



Análisis de la implementación de la estrategia Atención Primaria en Salud –APS en
Santiago de Cali desde el modelo constructivista. Periodo 2016 – 2020



Estrella Izquierdo Alzate

Código 1803807

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

TRABAJO DE INVESTIGACION

Para optar al título de

Magíster en Políticas Públicas

Santiago de Cali

Enero 2022



Análisis de la implementación de la estrategia Atención Primaria en Salud –APS en
Santiago de Cali desde el modelo constructivista. Periodo 2016 – 2020

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Raúl Andrés Tabarquino Muñoz

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Enf. Estrella Izquierdo Alzate

Santiago de Cali

Enero 2022

Contenido

Resumen	6
Introducción.	7
1. El problema de la investigación	10
1.2. Antecedentes	10
1.2. Estado del arte	16
1.3. Planteamiento del problema y pregunta de investigación	23
1.3.1. Algunas cifras de la situación social en Cali	25
2. Justificación	28
3. Objetivos	30
3.1. Objetivo general	30
3.2. Objetivos específicos	30
4. Metodología	31
5. Marco de referencia	33
5.1. Marco contextual de la investigación	33
5.2. Marco teórico	36
5.3. Marco conceptual	40
6. Resultados y discusión	43
6.1. APS. Evolución hasta la Política PAIS en Colombia	43
6.1.1. APS desde los lineamientos de la OMS	43
6.1.2. APS en Colombia y la Política PAIS	50
6.2. Implementación de APS en territorio caleño Periodo 2016 – 2020.	58
6.2.1. El diseño institucional propuesto por la Secretaría de Salud Municipal analizado desde el enfoque de la gestión pública.	59
6.2.2. Implementación en el periodo 2016 – 2020 por parte de los operadores. Análisis desde la complejidad de los procesos de cambio social.	70
6.2.3. Propuesta de criterios para identificar el objetivo social de APS en Cali. Análisis desde la teoría del cambio	82
7. Conclusiones	88
8. Recomendaciones	92
9. Referencias	94
Bibliografía	94

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Condiciones de la Guía de buena gestión pública para analizar el diseño propuesto por el ente territorial Secretaría de Salud Municipal de Cali.	38
Tabla 2 APS desde las conferencias mundiales de la OMS - OPS	45
Tabla 3 Consolidado de experiencias en APS en Colombia en el marco del convenio 485 MPS OMS/OPS Enero 2012	52
Tabla 4 Área de influencia de las Empresas Sociales del Estado ESE's de Cali	60
Tabla 5 Análisis desde el enfoque de Gestión pública al diseño de la SSPM de Cali para la implementación de la estrategia APS	64
Tabla 6 Reporte de ejecución de las actividades durante la implementación de proyectos de APS Cali 2016 - 2020.....	74
Tabla 7 Pasos metodológicos para el desarrollo de una teoría de cambio y la experiencia de implementar APS en Cali 2016 – 2020	78

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Tasa de desempleo en Cali 2010 - 2019	26
Ilustración 2 Estructura de los equipos de trabajo de la Secretaría de Salud	
Municipal de Cali	34
Ilustración 3 Valores, principios y elementos de APS en el sistema de salud	49
Ilustración 4 Descripción de APS desde los referentes normativos en Colombia	58
Ilustración 5 Fases para la construcción del diseño que implementa APS en Cali	63

Resumen

La Atención primaria en salud APS ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud OMS como política del sistema de salud, como enfoque de la prestación de servicios y como estrategia de política social que busca mejorar la calidad de vida de la población, la cual ha sido ampliamente documentada, aunque muy poco reconocida en su capacidad de generar cambios positivos en un mundo cargado de desigualdad e inequidad.

El objetivo de esta investigación es analizar la implementación de la estrategia APS en Santiago de Cali por parte de la Secretaría de Salud Municipal durante el periodo 2016 – 2020, para valorar si tiene condiciones para ser evaluada desde el modelo constructivista y se cumple con el objetivo social propuesto desde la Declaración de Alma Ata, por lo que se documentó la teoría del cambio a través de la cual se analiza el proceso de implementación propuesto en el Municipio de Cali.

A través de análisis documental se logra describir como se ha propuesto la implementación de APS a nivel global y en Colombia y se incluyó la revisión de la normatividad sobre APS. Se realiza taller investigativo y entrevistas semiestructuradas con el equipo de trabajo que lidera APS en la Secretaría de Salud Municipal, lográndose la descripción del diseño y del proceso como se implementó en el periodo de estudio.

En el análisis se confrontó por un lado lo propuesto por la OMS para implementar APS a nivel global y posteriormente lo establecido en la normatividad Colombiana con el diseño propuesto por la Secretaría de Salud Municipal de Cali encontrando una propuesta de APS selectiva que no cuenta con un sistema de monitoreo ni de evaluación y que deja

grandes vacíos frente al cumplimiento del objeto social. Posteriormente se comparó el diseño propuesto con el proceso que se implementó en el periodo 2016 – 2020 en el marco de la teoría del cambio encontrando criterios que permitirían una evaluación en un modelo constructivista en procura de aprender de las experiencias y mejorar los procesos.

Palabras claves: Atención Primaria en Salud, APS, implementación de APS

Introducción.

La Atención Primaria en Salud APS es una estrategia adoptada desde la Organización Mundial de la Salud en la Declaración de Alma Ata durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en 1978, para proteger y promover la salud de todas las personas en busca de contrarrestar las condiciones inadmisibles de desigualdad e inequidad en gran parte de la población mundial, por lo que la OMS instó a los gobiernos a asumir con responsabilidad y compromiso estrategias que mejoren dichas condiciones en consonancia con el desarrollo social, político y económico de los países. (OMS, 1978).

Esta estrategia está diseñada para ser implementada con el compromiso y participación de la comunidad y el trabajo articulado entre Estado, empresas del sector salud y de otros sectores en busca de soluciones para las diferentes problemáticas que aquejan las condiciones de salud de la población, en forma puntual los determinantes sociales de la salud en sus componentes básicos como son: la situación socioeconómica y política, los determinantes estructurales y los determinantes intermedios....”En combinación con el comportamiento individual, los factores genéticos y el acceso a la atención de salud de buena calidad, se cree que estos factores determinan todos o prácticamente todos los resultados en materia de salud.” (Solar O, 2007), los cuales serán descritos más adelante.

Para abordar la implementación de APS se revisó la evolución de esta estrategia desde Alma Ata hasta su llegada a Colombia, no solo en los documentos que publica la Organización Mundial de la Salud, (en adelante OMS) sino también los referentes normativos en Colombia, siendo este el origen de esta investigación, es decir, reconocer cómo se debe implementar en el Municipio de Santiago de Cali para que cumpla con los lineamientos globales y nacionales, específicamente con su objeto social, surgiendo así el interés de describir el diseño adoptado por el Municipio de Cali en el marco de las funciones que le corresponden al ente territorial Secretaría de Salud Municipal que propuso para su implementación el proyecto denominado: “Fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el Municipio de Santiago de Cali” como un interés académico, toda vez que la estrategia APS forma parte de una política pública. Además, es parte de la misión del ente territorial mantener y mejorar la salud de la población del municipio.

Desde el componente profesional, como enfermera, profesión que tiene como propósito: “...dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.” (Ministerio de Educación Nacional, 1996), el interés se centró en la teoría del cambio como herramienta para las transformaciones sociales en procura de encontrar propuestas de mejora al proceso desarrollado por el ente territorial, como una contribución de esta investigación.

Este trabajo se desarrolló a partir de 3 componentes: El primero es la estrategia APS en procura de identificar qué es y cómo se debe implementar en Colombia, partiendo de los postulados establecidos por la OMS en las diferentes conferencias desarrolladas desde

Alma Ata hasta la Declaración de Astana y la normatividad nacional. El segundo componente es la descripción de la propuesta de la Secretaría de salud Municipal para su implementación en el territorio caleño a partir de la ejecución del proyecto denominado “Fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el Municipio de Santiago de Cali” y el tercer y último componente contiene un análisis del proceso de implementación que propuso el ente territorial, análisis realizado a partir de la teoría del cambio como proceso para las transformaciones sociales.

Los 3 componentes se desarrollan en 4 capítulos así: El primero contiene la evolución de la estrategia APS desde la Declaración de Alma Ata hasta su abordaje en Colombia describiendo las características principales de la estrategia para el cumplimiento del objeto social. Seguidamente se describe el diseño propuesto por el ente territorial Secretaría de Salud Municipal para la implementación de la estrategia en el periodo 2016 – 2020 a través del proyecto “Fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el Municipio de Santiago de Cali”. En el tercer capítulo se realiza un análisis del proceso de implementación propuesto por el ente territorial desde la Teoría del cambio como proceso que permita identificar si el diseño se ha enfocado hacia el propósito social de la estrategia y si el proceso de implementación contiene una estructura que permita condiciones para ser evaluada desde el modelo constructivista. Finalmente, el cuarto capítulo incluye las conclusiones y recomendaciones centradas en reconocer las lecciones aprendidas y por aprender en busca de proponer acciones que realmente generen transformaciones en materia de salud en un territorio marcado por la desigualdad y la inequidad.

Entre las recomendaciones se han incluido unos criterios que puedan ser el inicio de un modelo de evaluación con enfoque constructivista, para que se puedan diseñar

intervenciones que posibiliten los cambios que la población del Municipio de Cali requiere en materia de salud.

1. El problema de la investigación

1.2. Antecedentes

En los siguientes párrafos se describen las revisiones bibliográficas que se incluyeron para identificar qué tipo de investigaciones se han realizado a nivel global, nacional y territorial relacionadas con la implementación de la estrategia APS y los resultados de estas.

Durante la declaración de Alma Ata en 1978, se consideró como objetivo social de APS *“...el mejoramiento de la calidad de la vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos”*, (OMS , 1978) objetivo que se ha sostenido a lo largo de la historia y evolución de la APS en las diferentes conferencias mundiales promovidas por la OMS OPS, como lo veremos más adelante. También se definieron los componentes como la participación social, comunitaria y ciudadana, la intersectorialidad, La formación de talento humano en salud con enfoque en APS, la conformación de equipos comunitarios de salud, entre otros, como elementos fundamentales para su desarrollo e implementación. (OMS , 1978)

Son innumerables las investigaciones adelantadas frente al tema de APS desde su promulgación a nivel de todas las regiones del mundo, unas enfocadas a reconocer la historia y evolución de APS, otras con ejercicios de análisis con enfoque político, social,

económico, otras muchas que cuentan diferentes experiencias de implementación tanto de APS integral como APS selectiva y en menor proporción algunas investigaciones que evalúan la estrategia desde diferentes enfoques y metodologías. A nivel de ejemplo se realizó una búsqueda en la base de datos Dialnet con las palabras: Atención Primaria en Salud APS, encontrando 199 documentos de los cuales 157 corresponden a artículos de revistas, 39 tesis, 2 artículos de libro y 1 libro. En la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, más conocida como Redalyc, la búsqueda con el mismo criterio arrojó 373.053 artículos. Así mismo se realizó la misma búsqueda en la base de datos Tesis doctorales en red TDR, a nivel mundial donde se obtuvieron 771788 documentos.

En cuanto a las investigaciones documentadas para este trabajo a nivel de América Latina se observa el especial interés por describir los desafíos y retos en la implementación de la estrategia APS en diferentes países de la región, incluyendo a Colombia, a pesar de existir el compromiso político de asumir dentro de los sistemas de salud la estrategia, compromiso que se observa en la reglamentación de los últimos años tales como la Ley 1438 de 2011, la Ley 1751 de 2015 en su documento de Política PAIS y más recientemente en la Resolución 2626 de 2019 que establece el modelo MAITE.

Al respecto una investigación realizada en Colombia 2012, describe entre sus conclusiones que los principales desafíos en países como Ecuador, Venezuela, Chile, Perú, Bolivia, Colombia, Costa Rica, El salvador, Guatemala entre otros, están el del talento humano en número y con la formación necesaria, la sostenibilidad financiera, la gobernanza, la calidad y los sistemas de información en torno al trabajo que se adelanta en esta región. (Osorio, 2013). En este estudio a partir del análisis de literatura científica por parte de las autoras, también se encontró como resultados el reto de los países latinoamericanos por incluir la equidad a pesar de que considera que APS: "...es clave

para alcanzar la efectividad de los sistemas de salud y que puede adaptarse a los diversos contextos sociales, culturales y económicos de los diferentes países” (Osorio, 2013)

En Chile a través de un estudio transversal que evaluó la implementación de la APS en el modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario se correlacionó la evaluación interna en 1263 instituciones de salud con la evaluación externa en los servicios de salud. Se encontró como resultado una correlación muy alta, siendo el eje de tecnología el que mayor implementación alcanzó y la participación ciudadana con enfoque familiar la que menor implementación logró. Este estudio concluye que la mayoría de las instituciones de salud de Chile han evaluado la implementación de la estrategia APS y requieren acompañamiento en las zonas rurales principalmente, como también reconocen que aún deben avanzar en la implementación del enfoque familiar y comunitario y el componente de calidad. (García-Huidobro, 2018).

En Cuba se revisó un informe que mostró la renovación de la APS y aquellos fenómenos que debilitan la implementación en el sistema de salud en las áreas de dirección, gestión, área financiera y servicios de salud proponiendo: “...*El propósito de la renovación para un contexto como el cubano, estaría enfocado en revitalizar la capacidad del sistema de salud de ensamblar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que pueda dar respuesta a los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos retos de salud enfocados en el acceso, equidad y calidad sostenida en los servicios.*”. El informe concluye que las reformas de la APS se deben enfocar en sostener los servicios de APS de manera eficiente y con calidad para dar respuesta a las necesidades de la población cubana. (Puig, 2014).

También se documentó el recuento que se realiza 40 años después de la Declaración de Alma Ata en las Américas, destacando la vigencia de los postulados iniciales de APS

pues el autor documenta que en 2014 la OPS ratificó la estrategia para el acceso y cobertura universal de salud en el marco de los valores y principios de APS descritos en Alma Ata, a partir de modelos de atención que respondan a las necesidades de las personas y la comunidad. (Almeida, 2018). Este fue uno de los documentos que permitió plantear en esta investigación que el objeto social de APS declarado en Alma Ata, sigue vigente.

Sin embargo, el autor plantea que existe una falta de coherencia entre la letra y las acciones descritas en APS favoreciendo al modelo de mercado en el que entró el sistema de salud a partir del “modelo médico industrial” haciendo más complejo la implementación de la estrategia. El autor también refiere que la APS integral no es solo responsabilidad del sector salud más aún cuando la intención es la mejora en la calidad de vida y que: *“...Los cambios en el primer nivel de atención se dirigen hacia tener un equipo de salud que cuente con las capacidades para actuar de manera intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud para actuar junto a la comunidad la participación es más que una mera formalidad, es el medio para dar real poder y protagonismo a personas y comunidades”*. (Almeida, 2018).

En Colombia se observa en los documentos revisados, que la estrategia APS ha sido implementada con propuestas aisladas en escuelas, hospitales, algunas comunidades y regiones en su mayoría resaltando las ventajas de la estrategia durante la implementación. Pero no se encontró un documento que evidencie la articulación de APS con todo el sistema de salud del país y con otros sectores; solo se presenta en situaciones muy puntuales pero no como APS integral ni siquiera a nivel territorial. Tan solo se logró documentar una tesis doctoral en 2010 que evaluó la APS en Colombia como política de salud, la cual se originó, como lo dice su autor “...dada la falta de estudios sobre la evaluación de políticas sanitarias y de manera particular la política de

APS implementada en Colombia....”. Este autor plantea entre sus conclusiones que:

“...la Comisión sobre los determinantes sociales entregó su informe final que coincide con trabajos epidemiológicos que confirman la necesidad de un abordaje intersectorial y que son claves para garantizar mejoras reales en la salud de las personas y de las poblaciones. Un abordaje integral e intersectorial es la mejor estrategia para abordar temas específicos como malaria, dengue, TBC...” (Apraez, 2010). Bogotá y Santander son las regiones del país con mayores experiencias documentadas. (Mosquera, 2011) (Rodríguez-Villamizar, 2016).

Con relación a la propuesta de APS renovada más necesaria que nunca, el documento Atención Primaria en Salud (APS). ¿De regreso al pasado?, menciona que la renovación propone además de los elementos constitutivos de la APS de Alma Ata, 3 elementos claves que son:

- Garantizar acceso equitativo a servicios básicos a través de APS promoviendo la participación ciudadana e intersectorialidad.
- Complementada con servicios especializados de salud intrahospitalariamente
- incluir sistemas de referencia y contrarreferencia, sistemas de información – planeación, seguimiento y evaluación y mecanismos de financiación y coordinación de la atención.

A lo anterior se suma que es necesario que APS se articule con otros sectores para implementar las acciones estratégicas de la promoción de la salud mejorando la calidad de vida y la equidad articulándola a las acciones esenciales de Salud Pública buscando principalmente “el desarrollo de políticas y de la capacidad institucional en planificación y gestión de la salud” para lograr: “de la APS reducir desigualdades, enfrentar determinantes sociales, superar la inequidad en salud y reconocer la salud como un

derecho de todos”. La nueva APS reorienta hacia la gestión y operación de los servicios de salud con enfoque de promoción de salud. (Franco-Giraldo, 2011).

Finalmente concluye el autor que: *“.... es necesario revitalizar los procesos de los sistemas de salud, Ante lo cual se requiere redimensionar las reformas sanitarias de los sistemas de salud, con base en la atención primaria en salud que se constituye en su eje de transformación. Pero más importante que esto es lograr que los gobiernos, éticamente, se pongan al servicio de sus poblaciones y no de los intereses de los organismos financieros multilaterales ni del capitalismo global. Sólo así ocurrirá si se hacen los cambios urgentes en las relaciones de poder y en las condiciones de equidad en la sociedad.”* (Franco-Giraldo, 2011).

Si bien es cierto APS es más necesaria que nunca, la voluntad política y la aplicación de los principios de esta estrategia durante su implementación debe ser un imperativo para lograr su objetivo.

A nivel Regional existe una tendencia en los últimos años hacia la investigación sobre experiencias de implementación de APS específicamente en zonas identificadas con grandes problemáticas sociales como pobreza extrema, desempleo, desnutrición entre otros, donde se articularon varios actores liderados desde la academia, para generar acciones de promoción y prevención basados en APS (Holguín-Ruiz, 2015) o el ejercicio realizado en Palmira donde se analizaron las barreras y facilitadores en la implementación de la estrategia encontrando que son mayores las barreras relacionadas con adaptación al contexto, contratación, gobernabilidad e integralidad que los facilitadores siendo estos la gestión administrativa y la experiencia previa las cuales influyen en los actores, contenido, contexto y proceso, como parte de la estructura del Plan territorial del municipio de Palmira. (Bolaños, 2019).

Finalmente se revisó la tesis doctoral denominada Efectividad de la estrategia “salud al campo”: enfoque de evaluación realista, a través de la aplicación de un modelo evaluativo basado en el Realismo Crítico valorando la efectividad a una intervención basada en los principios de la APS en la zona rural de Cali, buscando identificar si realmente se modificó las condiciones de salud de la población. Las conclusiones de esta investigación se enfocaron en establecer lo que funcionó en el acceso de la población del área rural a los programas de Atención Primaria y se identificaron los aspectos que coincidieron y cómo esos aspectos generaron los efectos deseados en la población. Así mismo se identificó que aspectos no funcionaron o deben ser sujetos de ajustes o mejoras. Resalto como principal hallazgo en esta estrategia que puede contribuir en el análisis de la investigación que se desarrolló con la experiencia de implementación en Cali, que en la Estrategia Salud al Campo (ESC): *“La discontinuidad de la intervención, la demora en las asignaciones presupuestales, los recursos limitados para garantizar el acceso a toda la población y cortos periodos de tiempo en cada año de ejecución fueron factores críticos para garantizar la efectividad de la ESC”* (García, 2020).

1.2. Estado del arte

En este espacio se documentó específicamente los hallazgos enfocados en el proceso de implementación de APS, encontrando que aquellos países que documentan una APS integral cuentan con más ventajas que desventajas. Las investigaciones que se documentaron se centraron en países de América Latina, algunos departamentos de Colombia y municipios del Valle del Cauca incluyendo Cali.

Sin lugar a duda la OMS ha sido la entidad de orden mundial quien ha liderado la investigación y documentación a cerca de la estrategia APS, pasando por informes de las conferencias mundiales hasta documentos técnicos que dan cuenta de la evolución y los procesos de implementación de esta estrategia, al igual que la documentación de casos exitosos.

A nivel de los documentos científicos revisados se puede observar el nutrido interés en demostrar las ventajas y bondades de APS y los logros en el sistema de salud de aquellos países que la han implementado; así mismo es común encontrar en varios documentos la importancia de contar con la voluntad política para su implementación, así como también el marcado interés por reconocer la importancia de talento humano capacitado, el cual es escaso e insuficiente, la poca participación y aceptación en algunos países de la comunidad al igual que la garantía de la financiación para poder permitir la continuidad de la estrategia. También se observa en la literatura la escasez de procesos de evaluación de impacto de la estrategia a pesar de la multitud de investigaciones documentadas sobre el tema, en forma especial la evaluación a los procesos de implementación.

Un ejemplo claro surgió durante la socialización de este proyecto de investigación con el ente territorial Secretaría de Salud Municipal, a través del líder del equipo de APS quien manifestó la necesidad de implementar la evaluación de impacto pues a pesar de estar ejecutando el proyecto denominado “Fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el Municipio de Santiago de Cali” por más de 6 años, este no cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación.

El Salvador, país que desde 2010 viene trabajando una gran reforma al sistema de salud fundamentada en APS, incluyó los principios, valores y elementos de Alma Ata, logrando impactar de manera positiva las estadísticas en salud a partir de la implementación. Así mismo amplió en más de 7.000 las plazas para el personal de salud en un periodo de 10

años, la implementación de la gratuidad y la ampliación del primer nivel de complejidad, reconfigurando la gestión a través de Redes Integrales de Servicios de salud. La promoción de estilos de vida saludables, la intersectorialidad y la participación ciudadana, también se convirtieron en pilares de esta reforma al igual que la voluntad política la cual asegura la financiación y sostenibilidad de la estrategia como eje central de la reforma. (Hernandez, 2018).

En Chile desde 2005 se está trabajando una reforma centrada en APS, sus principios y valores, que culminó con la implementación del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria MAIS, con el apoyo del Ministerio de Salud que garantiza los recursos financieros, y que en un estudio transversal a través de un análisis multinivel se ha evaluado la implementación mediante el Instrumento para Evaluación y Certificación de Desarrollo del MAIS en 1263 establecimientos de atención primaria encontrando gran desarrollo en el eje de tecnología mientras que el enfoque familiar y comunitaria sigue siendo aún muy débil al igual que el componente de calidad. (García-Huidobro, 2018).

Por su parte Cuba, un país donde ha sido fuerte la APS como estrategia del sistema de salud, en los últimos años ha propuesto procesos de innovación para buscar cómo mejorar la estrategia, iniciando por un diagnóstico que recoge las debilidades durante la implementación en el primer nivel de atención, que generan bajo desempeño, motivaron a plantear una propuesta de renovación en busca de: "...mejorar el acceso, la equidad, la calidad, la eficiencia y la sustentabilidad del sector.". (Puig, 2014).

Una revisión documental exhaustiva sobre APS realizada en 2012 en busca de los desafíos que ha tenido esta estrategia para su implementación en América Latina, plantea que para implementarla en el sistema de salud se deben enfrentar retos y dificultades tales como: la falta de sostenibilidad y continuidad financiera, la escasa y limitada participación comunitaria, los recursos humanos en mayor proporción y más capacitados,

al igual que la ausencia de evaluación de los resultados. (Giraldo Osorio & Velez Alvarez, 2013).

Algunas experiencias previas de implementación de APS en Colombia, se recogieron en el proyecto 485 entre el Ministerio de la Protección Social y la OMS/OPS publicado en enero de 2012, denominado “Sistematización de las experiencias desarrolladas en el país de atención primaria de salud -APS - y redes integradas de servicios de salud -RISS- en los niveles territoriales. Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS” que recogió las experiencias de 12 regiones del país con el objeto de analizar de manera crítica el desarrollo de las experiencias de implementación. (Suarez, Zamora, Conte, & Olarte, 2012). Si bien es cierto resalta las experiencias exitosas, las bondades y contribuciones de la APS, las conclusiones se concentran en realizar un listado de 31 debilidades y dificultades o retos que tiene la implementación de la estrategia en un país que le apostó a un sistema de salud regido por una lógica de mercado, ignorando el impacto frente a las condiciones de desigualdad e inequidad de la población como también las repercusiones de estas condiciones en el desarrollo del país. Entre las conclusiones resalto: *“No hay claridad conceptual sobre qué es APS, Algunas experiencias evidencian que la implementación de APS es incipiente y que por lo tanto no trasciende los planes de gobierno, La voluntad política es un determinante importante para la implementación de la estrategia, Las experiencias se centran en un concepto de salud familiar que no necesariamente corresponden a lo que es salud familiar, Existe un problema de recurso humano debido a alta rotación del personal y a las precarias condiciones laborales en el plano salarial y tareas”*. (Suarez, Zamora, Conte, & Olarte, 2012)

Otro análisis sobre el desarrollo de APS articulado al Sistema de salud colombiano, presentó una propuesta que incluye los lineamientos para la implementación de la

estrategia en los entes territoriales que incluyó el desarrollo de los ejes de 1) La participación social, comunitaria y ciudadana. 2) La acción intersectorial y transectorial. 3) El desarrollo tecnológico. 4) El desarrollo administrativo. La implementación de estos 4 ejes se articula a través de los sectores sociales, económicos, ambientales, políticos, culturales y comunitarios e interrelacionado "...sobre el ente territorial con los programas y proyectos priorizados y concertados en el Plan de Desarrollo Territorial." En este ejercicio se propuso sensibilizar a la comunidad sobre sus realidades, que caractericen los problemas y participen en la gestión de los recursos, el diseño de las intervenciones que "transforme realidades", se ejecutan las intervenciones y se evalúa para establecer lo alcanzado y se continúa de forma cíclica. La propuesta desarrolla las condiciones en que se debe implementar a nivel del territorio los 4 ejes mencionados. (Gonzalez, 2015).

Llama la atención que, en los últimos años, en la región se viene generando investigaciones que procuran la evaluación de políticas sociales como es el caso de la APS, enfocándose principalmente a medir procesos o resultados cuantitativos, y en menor proporción a medir las transformaciones sociales que se generan, los cuales deben estar orientados a los determinantes sociales de la salud para el caso de APS. Lo anterior a partir de la definición que se adoptó en esta investigación sobre Política social como: "... *un conjunto articulado y temporalizado de acciones, mecanismos e instrumentos, conducidos por un agente público, explícitamente destinados a mejorar la distribución de oportunidades o corregir la distribución de activos a favor de ciertos grupos o categorías sociales.*" (Atria, 2005)

El mismo autor plantea que, en el ámbito estratégico de la política social: "... toda política social busca intervenir, en la sociedad de que se trate, un cierto proceso distributivo." En especial los que se refieren al "reparto de las oportunidades y de los activos sociales" en palabras del autor.

En el Municipio de Versalles al norte del Valle del Cauca, se logró la implementación del componente de participación comunitaria en las decisiones de la región, a partir de la estrategia APS liderada por el director del Hospital en el año 1998 y la intervención de la iglesia, logrando actividades comunitarias durante 22 años con grandes fortalezas centradas en promoción y prevención en salud al igual que la solución de problemas locales con la intervención de la comunidad. Esta estrategia fue considerada como una experiencia sobresaliente en el documento que consolidó la sistematización de las experiencias desarrolladas en el país de atención primaria de salud -APS - y redes integradas de servicios de salud -RISS- en los niveles territoriales a través del convenio 485 suscrito entre OMS – OPS y el Ministerio de Salud que recogió 13 experiencias en el país en 2012. (Suarez, Zamora, Conte, & Olarte, 2012).

En el Municipio de Palmira a través de un estudio cualitativo mediante el análisis de contenido temático se comparó barreras y facilitadores en los componentes de proceso, actores, contenido y contexto encontrando que la población con mayores vulnerabilidades identificadas presenta mayor cantidad de barreras en los servicios de salud y que a través de la estrategia APS se trabajó con este tipo de población para disminuir las barreras y mejorar el acceso a servicios de salud. (Reina, 2019).

También en el municipio de Palmira se realizó una investigación de tipo cualitativa que evaluó el proceso de implementación de la estrategia APS entre 2012 – 2014, a través del Modelo de Evaluación adaptado de Potvin haciendo un análisis descriptivo que mostró coherencia y relevancia entre el diseño y la implementación para los componentes de Prestación de Servicios de Salud y el de Participación Social y Comunitaria. Se identificó una buena capacidad de respuesta a partir de un equipo extramural multidisciplinario como también limitaciones al no disponer de recursos económicos en forma continua para el desarrollo del proyecto y la contratación del personal. (Parga, 2015).

Con relación a las investigaciones revisadas en el contexto territorial de Cali y otros municipios del Valle del Cauca, se documentó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en alianza con diversas entidades públicas (ESE Oriente) y privadas (Pontifica Universidad Javeriana, Caja de Compensación de Comfandi y la Fundación Paz y Bien), que consistió en la intervención de uno de los sectores de mayores problemáticas sociales como es el barrio Potrero Grande ubicado en la comuna 19, donde se realizó una caracterización a través de un estudio de prevalencia priorizando el hacinamiento crítico y las bajas coberturas en vacunación. La intervención a través de la estrategia APS logró: *“... la socialización del diagnóstico, la concertación de acciones, las alianzas locales y la realización de intervenciones concretas de mejoramiento como: jornadas de promoción y prevención dirigidas a reducir y controlar los factores de riesgo identificados, acceso a medicamentos efectivos y oportunos, control de brotes, aumento de coberturas de vacunación y fortalecimiento de la acción interinstitucional.”* (Holguín-Ruiz, 2015).

Con relación al ente territorial Secretaría de Salud Municipal de Cali, desde el año 2015 se documentó la implementación de la estrategia APS a través del proyecto “Fortalecimiento de la estrategia de Atención primaria en salud en el Municipio de Santiago de Cali” en el componente de Salud Pública con enfoque intersectorial y poblacional. Desde el año 2016 este proyecto se ejecuta a través de las Empresas Sociales del Estado ESE de baja complejidad, con cobertura en la totalidad de las comunas del municipio lo que proporciona acceso de toda la población a la prestación de servicios de salud. (Secretaría de Salud Municipal de Cali, 2019).

Para la ejecución de la estrategia se prioriza la población a partir del Análisis de la situación de salud ASIS y otras herramientas de información como el Sistema de Salud Pública SIVIGILA y se articula con la estrategia TIOS (Territorios de Inclusión y Oportunidad) en el marco del Plan de Desarrollo Territorial. (Secretaría de Salud

Municipal de Cali, 2019). Teniendo en cuenta que esta estrategia fue diseñada y promulgada por la Organización Mundial de la Salud en la conferencia de Alma Ata en 1978, surge entonces el interés de esta investigación por reconocer como se ha implementado a nivel territorial en el Municipio de Cali para articularse con los lineamientos de orden Global y nacional.

1.3. Planteamiento del problema y pregunta de investigación

En Colombia la estrategia APS ha sido trabajada en diferentes regiones desde antes de la Ley 100 de 1993 (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993) que implementó el Sistema General de Seguridad Social Integral, sin embargo, no fue sino hasta la modificación realizada por la ley 1438 de 2011 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011), que se adoptó la estrategia APS de manera oficial en el país, sin que estableciera los lineamientos en forma clara para su implementación. En forma posterior surge la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con la ley 1751 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) reforma que direcciona el Sistema para garantizar la salud como un derecho fundamental.

Para reglamentar la política PAIS, se promulgó la Resolución 419 de 2016 actualmente derogada, pero que en su momento definió que esta política tendría un marco estratégico basado en 4 estrategias entre las que se cuenta la APS con enfoque familiar y comunitario y contaría también con un Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS.

En el mes de septiembre de 2019, producto de los intentos territoriales por implementar el modelo con marcadas dificultades relacionadas con las brechas que generó las diferencias en el perfil epidemiológico y las condiciones sociales, económicas y culturales

encontradas en cada territorio descritas en las caracterizaciones poblacionales, se publica la Resolución 2626 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) por la cual se modifica la Política PAIS y se adopta un nuevo Modelo de Acción Integral Territorial MAITE, el cual reemplaza al MIAS. Es importante tener en cuenta la “Diversidad”, concepto establecido entre los principios rectores de la Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial (Ley 1454 de 2011) que reconoce: “las diferencias geográficas, institucionales, económicas, sociales, étnicas y culturales del país, como fundamento de la unidad e identidad nacional, la convivencia pacífica y la dignidad humana.” Ley que fue publicada en el diario oficial 48115 en junio de 2011.

La Política PAIS en su nueva estructura, orienta los objetivos del Sistema para mejorar las condiciones de salud de la población a partir de 2 estrategias: APS y Gestión Integral del Riesgo en Salud, y 2 enfoques: Cuidado de la salud y enfoque diferencial de derechos, que articulan el aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas de salud pública centrado en las personas, familias y comunidades. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019)

Las entidades territoriales serán responsables de la implementación y el seguimiento de la Política PAIS en articulación con las Entidades administradoras de planes de beneficio EAPB, las Instituciones prestadoras de servicios de salud IPS públicas, privadas o mixtas según las competencias, dando continuidad y en articulación con lo que ya venían trabajando desde el modelo MIAS en 2016. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), lo que genera mayor responsabilidad en las entidades territoriales Secretaría de Salud Municipal para lograr la articulación no solo a nivel interinstitucional sino también desde las políticas globales, nacionales y los mismos planes territoriales.

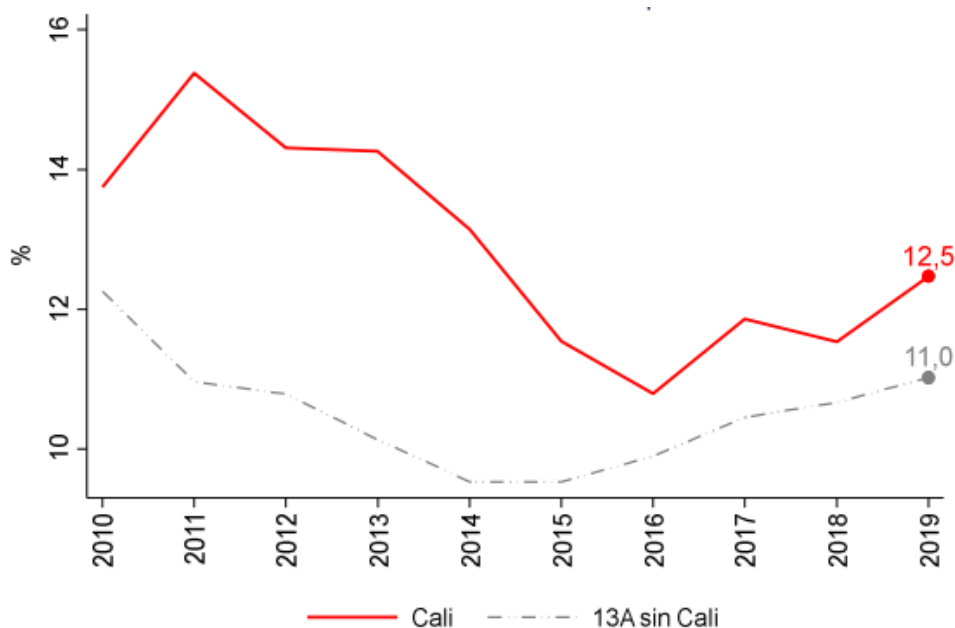
1.3.1. Algunas cifras de la situación social en Cali

Una investigación publicada en junio 2021 analizó las condiciones de la población en Cali que ingresó a la encuesta del SISBEN en 2019 y la comparó con la población que ingresó en 2009 siguiendo la metodología de Kaztman, encontrando que los hogares que ingresaron en 2019 focalizada principalmente en las zonas de oriente y ladera, en relación con la situación socioeconómica de los hogares sisbenizados “...empeoró en el 2019 con respecto al 2009. Es decir, la nueva población que se registró en el sistema, en el 2019, fue clasificada con menor puntaje frente a la del 2009 y comunas de ingresos altos y medios que en el 2009, no registraban población SISBEN, ahora, en este último periodo, empiezan a ser habitadas por familias en condición de pobreza.” (Caicedo & Castillo Valencia, 2021).

En el mismo documento se planteó que la población que se registró en el SISBEN en 2019 presenta un mayor porcentaje con relación al 2009 de hogares en situación de pobreza reciente y pobreza crónica ubicados en barrios considerados de estrato alto – medio, situación que en esos barrios no se presentaba en 2009, incluso puede ser más aguda en la población joven. (Caicedo & Castillo Valencia, 2021).

Estas situaciones son las que agudizan las condiciones de desigualdad en la ciudad y pueden estar relacionadas con el aumento en las cifras de desempleo entre 2016 y 2019, cifra que alcanzó el 12,5% incrementándose en 1 punto entre 2018 y 2019 específicamente en la población entre 18 y 24 años, por encima de los resultados de otras 13 ciudades del país que se incluyeron en el análisis realizado por el Departamento Nacional de Planeación (Departamento Nacional de Planeación, 2019), incremento que se observa en la siguiente ilustración:

Ilustración 1 Tasa de desempleo en Cali 2010 - 2019



Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2019), publicado en Mercado Laboral Urbano – Resultados 2019: Cali

La ilustración anterior muestra que en los años 2010 – 2016 el índice de desempleo estaba disminuyendo considerablemente, sin embargo, en el periodo en que se inicio la ejecución del proyecto objeto de análisis de esta investigación, las cifras cambian y empieza a aumentar año a año.

En cuanto al perfil epidemiológico de la ciudad, cabe resaltar que en el ASIS 2019, el índice de envejecimiento: “...En el año 2015 de 100 personas, 60 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2020 (mismo periodo de estudio de esta investigación), este grupo poblacional fue de 77 personas, esta cifra se ha incrementado con respecto al año 2005 que registro 36, con tendencia al incremento.” (Secretaría de Salud Municipal de Cali, 2020).

Los anteriores datos son algunos de los ejemplos que evidencian aspectos relacionados con los determinantes sociales de la salud de la población de Cali que requieren intervención por parte del Estado y que pueden ser abordados desde la estrategia APS en su concepción integral.

A partir de las reformas mencionadas, el breve contexto de ciudad y tomando como base el objetivo social con el que nace la estrategia de APS, surge entonces la pregunta que orienta esta investigación **¿Como se ha implementado APS en el territorio caleño en el periodo 2016 – 2020 para que responda a su objetivo social?** La intención de la estrategia por mejorar la calidad de vida de las poblaciones, tal como lo establece el objetivo social de APS debe estar soportado en acciones direccionadas a impactar los determinantes sociales de la salud, incluyendo los valores y principios promovidos desde Alma Ata, articulando la intersectorialidad y promoviendo la participación ciudadana y comunitaria.

Para responder a esta pregunta de investigación, se realiza revisión documental que incluyó normatividad con el fin de reconocer los lineamientos establecidos a nivel global por la OMS y en Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación de la estrategia APS en el marco de la política PAIS en el periodo 2016 – 2020 con el fin de reconocer cómo implementar la estrategia en el Municipio de Cali durante el periodo 2016 – 2020 en el marco de la política PAIS. Seguidamente reconocer cual es el diseño propuesto por la Secretaría de Salud Municipal de Cali para responder a estos lineamientos en el territorio y describir como se propuso la implementación para cumplir no solo los lineamientos globales y nacionales sino también el objeto social de la estrategia APS.

Ahora, como una contribución de esta investigación se propuso la teoría del cambio para valorar el proceso de implementación e identificar si tiene condiciones para ser evaluada desde el modelo constructivista.

Estos serán los insumos para poder realizar el análisis descriptivo del proceso de implementación de la estrategia APS en el Municipio de Cali durante el periodo 2016 – 2020 y responder a la pregunta de investigación.

2. Justificación

Como parte de las políticas públicas, las políticas sociales buscan mejorar las condiciones de la sociedad en especial los más vulnerables y desprotegidos, en aspectos comunes como la educación, la salud, la vivienda, entre otros. “Toda política social promueve y se compromete con un menor patrón de desigualdad social y debe ser evaluada desde esta perspectiva. De este modo, la política social es parte de la estrategia de desarrollo y a la vez, un efecto de este”. (Valdez, 2011).

Diversos autores referenciados a lo largo de este documento afirman el impacto positivo que tiene la implementación de la estrategia APS en la salud de las poblaciones, cuando esta se realiza desde los principios, valores y elementos inicialmente planteados en Alma Ata, contando con la voluntad política que garantice la reforma al sistema de salud, los recursos financieros y la continuidad de estos, al igual que la participación comunitaria y la intersectorialidad como elementos centrales.

Las condiciones de pobreza y marginalidad en la que viven miles de personas constituyen un hecho inadmisibles y deterioran las condiciones de salud de la población, afectan la dinámica económica de las familias y de los países y contribuyen a que cada vez se

deteriore más la calidad de vida por lo que es urgente y necesario trabajar en estrategias efectivas que han sido ampliamente documentadas y mundialmente reconocidas como es el caso de APS.

Así mismo mejorar las condiciones de implementación de la estrategia de APS en un territorio como el de Santiago de Cali, que ha sido duramente golpeado en su dinámica económica y social en los últimos años, es un imperativo que puede permitir el mejor y mayor uso de los recursos asignados a mejorar la calidad de vida de su población.

Hacerlo desde la Teoría del cambio: "...no sólo plantea una propuesta específica de atención a un problema, detectado a través de un diagnóstico puntual especialmente diseñado para tal fin, propuesta que busca alcanzar un determinado objetivo concebido como la mejor solución del mencionado problema, sino que construye una auténtica estructura integral de pensamiento que da sustento a una intervención o conjunto de intervenciones que persiguen la realización de una Visión de Futuro." (Monje, 2017).

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Analizar la implementación de la estrategia Atención Primaria en Salud APS, en Santiago de Cali 2016 – 2020 para valorar el cumplimiento del objeto social y las condiciones para ser evaluada desde el modelo constructivista, en el marco de los lineamientos nacionales.

3.2. Objetivos específicos

3.2.1. Describir los lineamientos de la estrategia APS en Colombia con el fin de identificar las condiciones para la implementación en el marco de los lineamientos universales y las políticas nacionales.

3.2.2. Reconocer el proceso de implementación de la estrategia APS en el Municipio de Santiago de Cali periodo 2016 – 2020 con el fin de analizar el cumplimiento de los lineamientos nacionales y el objeto social de la estrategia.

3.2.3. Valorar el proceso de implementación a partir de la teoría del cambio con el fin de identificar condiciones para ser evaluada desde el modelo constructivista.

4. Metodología

Por las características que describen el problema y los objetivos del proyecto de investigación, esta es una investigación descriptiva de corte cualitativa, enfoque constructivista, donde se aplicará como método la teoría del cambio. Se escogió como actor el ente territorial Secretaría de Salud Municipal quien a través de proyectos implementa APS en el territorio caleño.

Teniendo en cuenta la naturaleza de esta investigación, se realizó una revisión documental de investigaciones realizadas en los últimos 10 años, en bases de datos como Scielo, Redalyc, Elsevier, entre otras utilizando como criterios de selección APS, Implementación de APS, evaluación de APS. Se clasificaron inicialmente en documentos técnicos producidos por organismos mundiales como la OMS – OPS, y Nacionales como el Ministerio de Salud y Protección Social al igual que el ente territorial Secretaría de Salud Municipal de Cali; y documentos científicos producto de investigaciones previas realizadas en los últimos 10 años las cuales se agruparon con criterio regional en Investigaciones en América Latina, en Colombia y finalmente en el Valle del Cauca y Cali los cuales se procesaron a partir del análisis documental.

Los documentos técnicos se relacionaron en forma cronológica desde Alma Ata, describiendo la definición, el objeto social, los principios y valores, los elementos mínimos que debe tener la estrategia APS para su implementación; así mismo se revisaron las Declaraciones de las conferencias mundiales de salud desde 2005 hasta la más reciente conocida como la Declaración de Astaná (Kazajstán), en 2018. Estos documentos han

sido fundamentales para describir los orígenes y evolución de la APS, que se encuentra más adelante para responder al objetivo específico No. 1 de esta investigación.

Se realizó un taller investigativo y 2 entrevistas semiestructuradas con el equipo de trabajo que lidera la estrategia APS en la Secretaría de Salud Municipal con quienes se reconstruyó el diseño propuesto por el ente territorial Secretaría de Salud Municipal para APS y se describió el proceso de implementación. Finalmente, se revisan los informes técnicos entregados de los proyectos ejecutados en el territorio caleño durante el periodo observado con el fin de poder realizar un análisis descriptivo para determinar si la propuesta del ente territorial Secretaría de Salud Municipal de Cali cumple con los lineamientos globales y nacionales para la implementación de APS y si durante la implementación se cumple el objeto social de esta estrategia. A partir de la teoría del cambio, se realiza una comparación entre el proceso de implementación y los postulados de esta teoría como herramienta de gestión y se proponen criterios para una posible evaluación con enfoque constructivista en el marco de la gestión territorial del ente Secretaría de salud municipal de Cali en este ejercicio.

5. Marco de referencia

5.1. Marco contextual de la investigación

El ente territorial Secretaría de Salud Municipal de Santiago de Cali, es una de las 15 secretarías que forman parte de la Alcaldía municipal. Esta entidad “*..ejerce la rectoría del sistema de salud, contribuyendo a mantener y mejorar las condiciones de salud, la calidad de vida de la población y el desarrollo humano sostenible, mediante la implementación de políticas públicas y del marco jurídico del sector, fortaleciendo la gestión integral y el compromiso de los diferentes actores y sectores para el goce efectivo del derecho a la salud.*” (Cali, 2022).

Su estructura está dada de la siguiente manera:

1. Despacho del secretario.
2. Subsecretaría de Promoción, Prevención y Producción Social de la Salud.
3. Subsecretaría Protección de la Salud y Prestación de Servicios.
4. Unidad de Apoyo a la Gestión.

Entre las funciones que le corresponden al ente territorial están: Dirigir y controlar el desarrollo de planes, programas y proyectos, que promuevan entornos, modos, condiciones y estilos de vida saludables en el marco de las intervenciones colectivas en la cual se encuentra incluida la ejecución de los proyectos para la implementación de la estrategia APS, articulados al Plan Territorial de Salud y el Plan de Desarrollo Municipal.

La caracterización territorial y demográfica del Municipio de Cali a 2020, fecha final del periodo investigado, se encuentra documentada en el Análisis de la situación integrado de

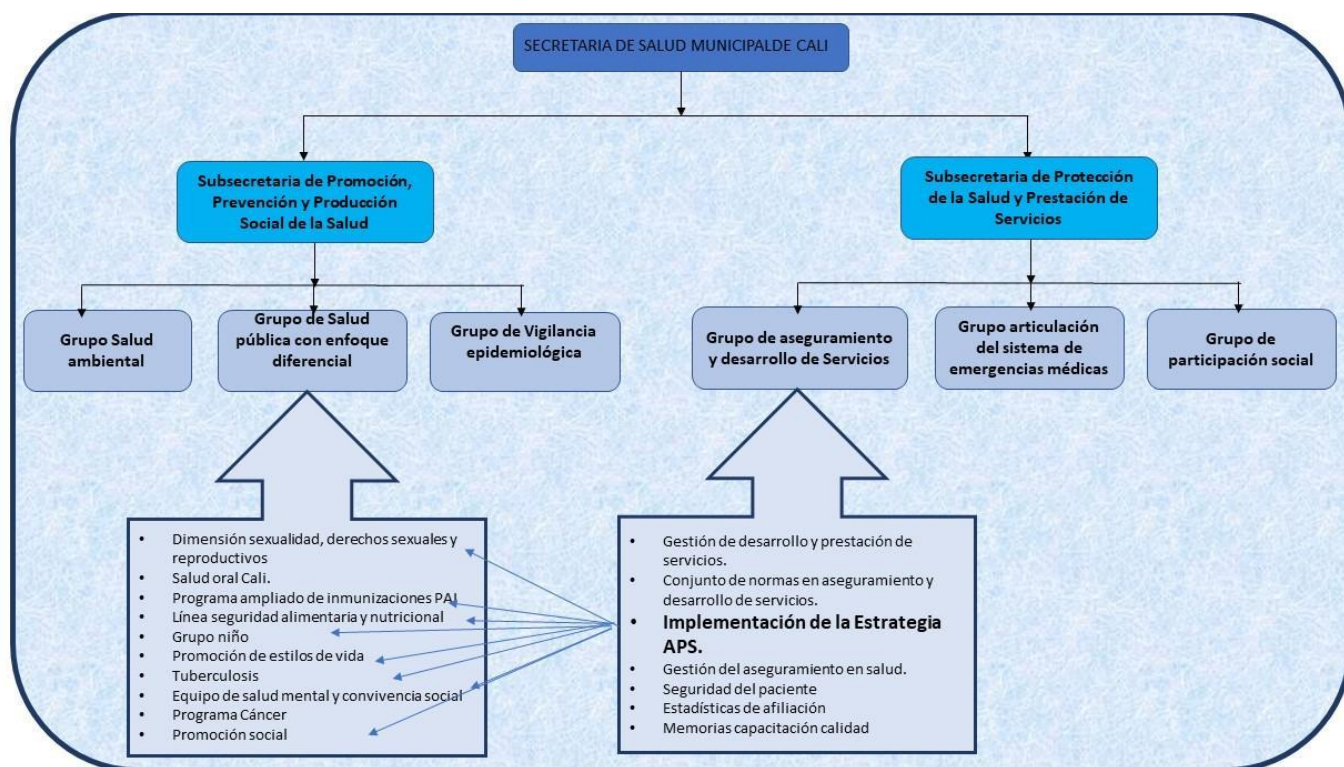
salud de Santiago de Cali ASIS 2020, disponible para consulta en

<https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?IServicio=Tools2&ITipo=viewpdf&id=50418>

A la Subsecretaría de Protección de la Salud y Prestación de servicios le corresponde la implementación de la estrategia APS, como lo muestra la siguiente ilustración:

Ilustración 2 Estructura de los equipos de trabajo de la Secretaría de Salud

Municipal de Cali



Fuente: Elaboración propia a partir de la información que se consultó en la página web www.cali.gov.co

Para el desarrollo de la gestión territorial en salud, el ente territorial Secretaría de Salud Municipal debe dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 1841 de 2013 donde se establece la implementación del Plan Decenal de Salud Pública que contempla entre sus líneas operativas la Gestión de la Salud Pública. En concordancia con lo anterior, la

entidad territorial concreta la planeación en el Plan Territorial de Salud, formulado según lo establece la Resolución 1536 de 2015, utilizando como insumos el Análisis de Situación de Salud ASIS y la metodología PASE A LA EQUIDAD EN SALUD, siguiendo los siguientes pasos

- Analiza la situación de salud de la población de su territorio;
- Contextualización
- Priorización
- Definición de las estrategias a partir de las situaciones priorizadas
- Definición de recursos, resultados y productos a alcanzar;
- Elaboración del Plan de Acción en Salud, que describe los productos, actividades, recursos y responsables a ejecutar en cada año.

Estos elementos deben quedar plasmados en el Plan Territorial de Salud y sus respectivos instrumentos. De esta manera se diseñan las condiciones para la ejecución de las políticas, programas, planes y estrategias de promoción de la salud donde se encuentra incluida la estrategia APS, y de gestión del riesgo, tanto desde el sector salud (en lo individual y en lo colectivo) como desde otros sectores. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En este contexto es importante reconocer la definición que establece el Ministerio de Salud y Protección Social sobre Gestión Pública, entendida esta como: "... proceso dinámico, integral, sistemático y participativo, que articula la planificación, ejecución, seguimiento, evaluación, control y rendición de cuentas de las estrategias de desarrollo económico, social, cultural, tecnológico, ambiental, político e institucional de una Administración, ..." (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). El mismo documento plantea la definición de Gestión de la Salud Pública como: "proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria,

está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del Sistema de Salud, junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad,” buscando la consecución, optimización, monitoreo y evaluación de los recursos (humanos, financieros, logísticos y tecnológicos) en la implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias de salud incluyendo la estrategia APS. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Por lo anterior es que el grupo de aseguramiento y desarrollo de servicios a través de la implementación de la estrategia APS, se articula con los programas del Grupo de salud Pública con enfoque diferencial, para aunar esfuerzos y sumar recursos que permitan mayor cobertura tanto de población como de servicios y acciones incluidas, tal como se observa en la ilustración 2, en busca de eliminar “duplicidades, desperdicios y sobre costos”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Es en este escenario, donde se desarrollará el análisis descriptivo de la implementación de la estrategia como parte de la Gestión de la Salud de este ente territorial, para establecer si se cumple el objeto social de la misma, describir el proceso de implementación y, apoyándonos en la teoría del cambio como herramienta de gestión, se pueden identificar condiciones para ser evaluada desde el modelo constructivista.

5.2. Marco teórico

Responder a las necesidades de la comunidad es cada día más complejo para las entidades territoriales, convirtiéndose en tema central de las agendas públicas no solo

para la elaboración de políticas públicas sino también por la escogencia del modelo de gestión que permita implementarlas cumpliendo su objetivo, según lo establece la normatividad nacional.

La gestión pública en Colombia se articula a los planes sectoriales y los planes territoriales y para el caso de la Gestión de la Salud Pública se debe lograr la optimización, monitoreo y evaluación de los recursos durante la implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias de salud. Es por eso por lo que en este trabajo de investigación se hará uso del **enfoque de Gestión pública** propuesto por Sabatier y Mazmanian (1979) revisando las 5 condiciones que los autores proponen cuando se busca cumplir los objetivos de una política pública, en este caso la estrategia APS. (Roth, 2019). Es decir, desde el enfoque de la Gestión pública se realizará de descripción del diseño propuesto por el ente territorial para la estrategia APS. Una vez esté claro cual es el diseño propuesto se realizará el análisis para saber si cumple con los valores, principios y elementos centrales de la estrategia APS propuesta por la OMS. Adicionalmente si cumple con los lineamientos nacionales en materia de Gestión territorial como función del ente territorial, establecido en la norma en materia de Planeación territorial. Lo anterior con el fin de lograr una mayor comprensión del proceso de implementación a través del proyecto de la estrategia APS en el periodo 2016 – 2020, es decir el deber ser, y los resultados de la gestión durante su implementación con el fin de identificar la brecha (implementación gap) (Roth, 2019) que permita observar si se cumple con el objeto social planteado en el diseño, como valor público generado por los proyectos.

La siguiente tabla describe las condiciones que se proponen para el análisis de la propuesta por Sabatier y Mazmanian (1979) según la literatura revisada (Angel, 2020), condiciones a través de las cuales se realizará el análisis.

Tabla 1 Condiciones de la Guía de buena gestión pública para analizar el diseño propuesto por el ente territorial Secretaría de Salud Municipal de Cali.

Condición	Premisa
Una teoría sólida	Es preciso tener una teoría del cambio social que establece firmemente la causalidad entre el instrumento utilizado los efectos deseados
Una ley bien concebida	Debe contener directrices de actuación, claras no ambiguas, y debe estructurar el proceso de implementación de manera que maximice la probabilidad de que los destinatarios se comporten como lo previsto
Responsables capacitados y comprometidos	Deben disponer de capacidades políticas y de gestión destacadas y sentirse comprometidos con los objetivos de la ley
Apoyo político y social	El programa debe disponer de apoyos activos durante todo el proceso de implementación de parte de grupos organizados y de actores políticos de peso para la realización de los objetivos de la política
Entorno favorable	Importancia del mantenimiento de las condiciones socioeconómicas que suscitaron la política pública.

Fuente: Manual de ciencia política y relaciones internacionales, Universidad Sergio Arboleda 2020. y en Roth 2019, página 190.

Así mismo, la **teoría del cambio** que se propone en esta investigación como una herramienta (Monje, 2017) permite identificar cómo se implementó la estrategia APS en el territorio del municipio de Cali, cuáles son sus objetivos, que resultados se esperan y como se pretenden alcanzar, información que se recogió a través de la técnica de taller

investigativo, en el que participaron 3 funcionarias que lideran el equipo de APS de la Secretaría de salud municipal de Cali, en la actualidad; así mismo se realizó la revisión del manual de procesos para la implementación de APS, con el fin de establecer los cambios que se planearon a partir del diseño.

Es importante resaltar que la literatura respecto de esta teoría propone que:

1. Si los cambios se dan como se propusieron en el diseño, al evaluar se obtendría cómo se lograron los efectos. Es decir que este resultado se puede obtener al finalizar la implementación del diseño.
2. Si la información analizada evidencia que no se han alcanzado los “factores de éxito”, el diseño tendrá pocas probabilidades de lograr el objetivo. Esto sucede cuando se evalúa durante la implementación.
3. Si los determinantes no se lograron impactar la evaluación debe mostrar los pasos que deben supervisarse a medida que se vaya implementando el diseño (Monje, 2017)

Tomando como base lo anterior, los cambios pueden generarse por distintas vías y se puede entonces ajustar el diseño, con el fin de alcanzar el objetivo, según lo plantea Weiss (1999).

Esta teoría refiere que para la transformación social se deben plantear propuestas trabajadas desde las fases de planificación, diseño, seguimiento y evaluación de procesos a través de instrumentos de intervención como políticas, programas y proyectos de inversión social siendo la evaluación la fase que más información genera. Así mismo esta forma de crear, gestionar y evaluar intervenciones sociales requiere de la articulación lógica e integral “...de la interacción entre actividades, resultados y contexto.” (Monje, 2017). Desde esta lógica, la implementación de políticas sociales puede generar

sistematización de experiencias que permitirán documentar incluso los procesos de rendición de cuentas en aquellos espacios donde participan entidades públicas, o privadas con financiación de proyectos con recursos fiscales.

5.3. Marco conceptual

Las **políticas de salud** forman parte de las políticas sociales y se definen como: “... *un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud. Una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito.*” (Tobar, 2015). Si las políticas de salud buscan reducir los problemas de salud y **APS** pretende: “...garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente... “, es posible inferir que APS es una estrategia de una Política de salud, tal como se encuentra descrita en la Política de Atención Integral en Salud PAIS, en Colombia. Sin embargo, existen países que la han asumido como una política, la OMS la define como un enfoque y Colombia la ha asumido como una estrategia de una política.

Durante la implementación desde Alma Ata se identifican dos enfoques de la APS: el enfoque integral, defendido por la OMS y el enfoque selectivo de la Fundación Rockefeller. **El enfoque integral de APS** involucra acciones para las enfermedades más prevalentes, medicamentos esenciales, inmunización, saneamiento básico, salud oral, programas para la salud materno-infantil y otros grupos prioritarios y alimentos, a través de acciones intersectoriales y del desarrollo contando con la participación de la comunidad. **El enfoque de APS selectivo** sólo incluye un paquete limitado de servicios de salud de alto impacto en los indicadores de salud y el perfil epidemiológico, como el

control del crecimiento, rehidratación oral, lactancia materna e inmunización. Después de varios años de implementada y considerables críticas por lo limitado, se le incrementó planificación familiar, apoyo alimentario y alfabetización de las mujeres. Esta nueva versión no incluiría entonces otros sectores ni requeriría de la participación de las comunidades, intervenciones que se escogían según los recursos disponibles y las prioridades de momento. Más adelante, organismos como el Banco Mundial apoyaron este tipo de estrategias debilitando la forma de APS integral. (Apráez Ippolito, 2010)

En el recorrido durante la revisión literaria se encontraron los insumos para identificar si en el territorio caleño se implementa APS integral o APS selectiva.

Recientemente se suma también al trabajo de garantizar la salud de toda la población, el enfoque de los **Determinantes Sociales de la Salud** en adelante DSS, toda vez que la situación de salud no depende exclusivamente de las acciones de los servicios de salud, pues la enfermedad también depende del contexto donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los servicios sociales a los cuales tienen acceso, como salud y educación, agua potable, medio ambiente, entre otros. Por lo anterior, las acciones que se desarrollen en el marco de los DSS deben incluir aspectos fundamentales como la intersectorialidad, la promoción de la salud y la equidad. La literatura clasifica los determinantes sociales en 2 grupos que son:

- Los determinantes estructurales de la salud relacionados con la organización de la sociedad como el contexto socio económico y político, las políticas macroeconómicas y sociales, políticas públicas, cultura y valores sociales. Estos determinan las desigualdades en salud.
- Los determinantes intermediarios de la salud como las circunstancias materiales en que las personas viven y se desarrollan como la vivienda, el empleo, disponibilidad de alimentos, los comportamientos y factores biológicos, los factores

psicosociales y el sistema de salud que impactan hacia la equidad en salud y el bienestar. (De la Torre-Ugarte-Guanilo & Oyola-García, 2014).

Es importante los conceptos aquí desarrollados los cuales se entretajan en el desarrollo y las conclusiones de la investigación.

6. Resultados y discusión

6.1. APS. Evolución hasta la Política PAIS en Colombia

6.1.1. APS desde los lineamientos de la OMS

Los orígenes de APS se remontan varias décadas atrás de la Declaración de Alma Ata con elementos que retoman el modelo de los “Médicos descalzos” en China y otros modelos basados en trabajos comunitarios durante el siglo pasado en la década de los 60 y 70, documentados por ONG`s y especialmente la Organización Médica Cristiana, resaltando los resultados de la estrategia incluso en condiciones de extrema pobreza. Muchos de estos éxitos fueron recogidos en la publicación Health by the People en 1975, hecha por el director de la División para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud de la OMS, Kenneth Newell, sobre experiencias en África, Asia y América Latina. (Irwin & Scali, 2005).

El informe sobre salud publicado en 1977 por la OMS y la UNICEF hace especial énfasis a factores como la pobreza, las condiciones inadecuadas de las viviendas y la carencia en educación los cuales eran los mayores contribuyentes para las enfermedades en los países en desarrollo, resaltando que la tecnología sanitaria no era suficiente e incluso en ocasiones era inadecuada para la atención de las enfermedades. Estos elementos son los que anteceden la declaración de Alma Ata, favoreciendo la aceptación de la estrategia APS, Declaración que contó con la participación de 134 países y 67 organizaciones internacionales, bajo un solo lema: “Salud para todos en el año 2000”; el modelo basado en APS *“declara explícitamente la necesidad de una estrategia integral de salud que no solo preste servicios de salud, sino que también aborde las causas sociales, económicas*

y *políticas subyacentes de mala salud*” es decir, que impacte los determinantes sociales de la salud. (Irwin & Scali, 2005).

En 1985 la Fundación Rokefeller convocó a un congreso que denominó “Buena salud a bajo costo” donde se hicieron públicas las experiencias exitosas de la implementación de APS en China, Costa Rica, Sri Lanka y Cuba logrando impactar significativamente los indicadores de salud, con la convicción de trabajar desde los determinantes sociales de la salud, situación que se reforzó con la Carta de Ottawa para la promoción de la salud en 1986, aplicando los principios de APS e incluyendo elementos centrales como la intersectorialidad y la participación comunitaria en procura del objetivo social. (OMS, Informe sobre la Comisión de Determinantes sociales de la salud, 2008)

La implementación de la estrategia también contó con fuertes críticos quienes terminaron implementando una forma menos ambiciosa de la estrategia que denominaron APS selectiva en busca de mayores resultados cuantitativos y menos inversión de recursos aun si esto significaba menos efectos sociales, situación que logró mucha fuerza en diversas regiones especialmente entre los países más pobres, (Parga, 2015) logrando debilitar poco a poco a la APS integral por los resultados casi inmediatos que lograba con menor inversión y sin tener que hacer cambios estructurales en las políticas de país, ni tener que involucrar otros sectores y mucho menos empoderar a la comunidad.

Durante finales de los 80 e inicios de los años 90, las políticas neoliberales y la globalización promovidas, financiadas y articuladas desde organismos mundiales como el Banco Mundial, el BID y el Fondo Monetario Internacional, implementaron un modelo económico, reduciendo la intervención del estado a quien consideraban ineficiente, y reemplazando la función social con énfasis en la equidad por una lógica de mercado que le apuesta a la eficiencia (Irwin & Scali, 2005).

Ya a inicios del presente siglo, la OMS retoma su papel protagónico en el sector con la llegada de Margareth Chan como directora general de la OMS, quien se compromete a direccionar las políticas de la entidad nuevamente hacia la APS y en el informe sobre la salud en el mundo 2008 ratificó que la globalización y los fenómenos implementados a partir de las convicciones neoliberales afectaron considerablemente “...la cohesión social de muchos países”. (OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2008. APS Mas necesaria que nunca., 2008)

Desde ese momento se publican informes técnicos recogidos en las diferentes conferencias mundiales de salud especialmente de APS, que incitan a continuar trabajando por el objetivo social de la estrategia el cual aún, hoy, sigue vigente.

Para tener una aproximación de lo publicado por la OMS a continuación se incluye en la tabla No. 1 la evolución del concepto y características de APS descritos en los documentos generados durante las conferencias internacionales sobre APS y las declaraciones que allí se promulgan.

Tabla 2 APS desde las conferencias mundiales de la OMS - OPS

Referente documental	Definición de APS	Características o criterios
Declaración de Alma Ata. 1978	“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías proactivos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los	1. la educación sobre los principales problemas de salud, suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, abastecimiento de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales;

	individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (OMS , 1978)	el suministro de medicamentos esenciales 2. Participación intersectorial 3. Participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la APS, 4. prioridad a los más necesitados 5. Conformación de equipos de salud multidisciplinarios.
Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo) 2005	“Un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.” (OMS - OPS, 2005)	1. Facilitar inclusión social y equidad en salud 2. Fortalecer participación comunitaria 3. Orientación hacia promoción de la salud y atención integral 4. Trabajo intersectorial 5. Calidad y seguridad del paciente 6. Fortalecimiento de recursos humanos 7. Condiciones para renovación de APS 8. Sostenibilidad financiera 9. Investigación y tecnología 10. Redes y cooperación internacional.
Conferencia Internacional sobre	“..La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) se	1. “-La salud es una causa y un factor generador de desarrollo y

Salud para el Desarrollo "Derechos, Hechos y Realidades" Declaración de Buenos Aires. 2007	basa en valores y principios que siguen vigentes y que deben orientar la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud en todos sus niveles y para todos". (OMS O. , 2007)	crecimiento de una nación." (OMS O. , 2007) 2. El cuidado de la salud basado en la equidad como factor clave de desarrollo 3. Cobertura universal para lograr equidad, enfoque de género y grupos vulnerables
La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS. 2007.	"Un sistema de salud basado en la APS como un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema."	1. Dar respuesta a las necesidades de salud de la población. 2. Orientación hacia la calidad 3. Responsabilidad 4. Rendición de cuentas de los gobiernos, 5. Justicia social, 6. Sostenibilidad, 7. Participación e 8. Intersectorialidad.
Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de	"Atención primaria de salud y servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por	1. Desarrollo de conocimientos y capacidades. 2. Recursos humanos para la salud. 3. Tecnología 4. Financiación 5. Empoderar a las personas y comunidades.

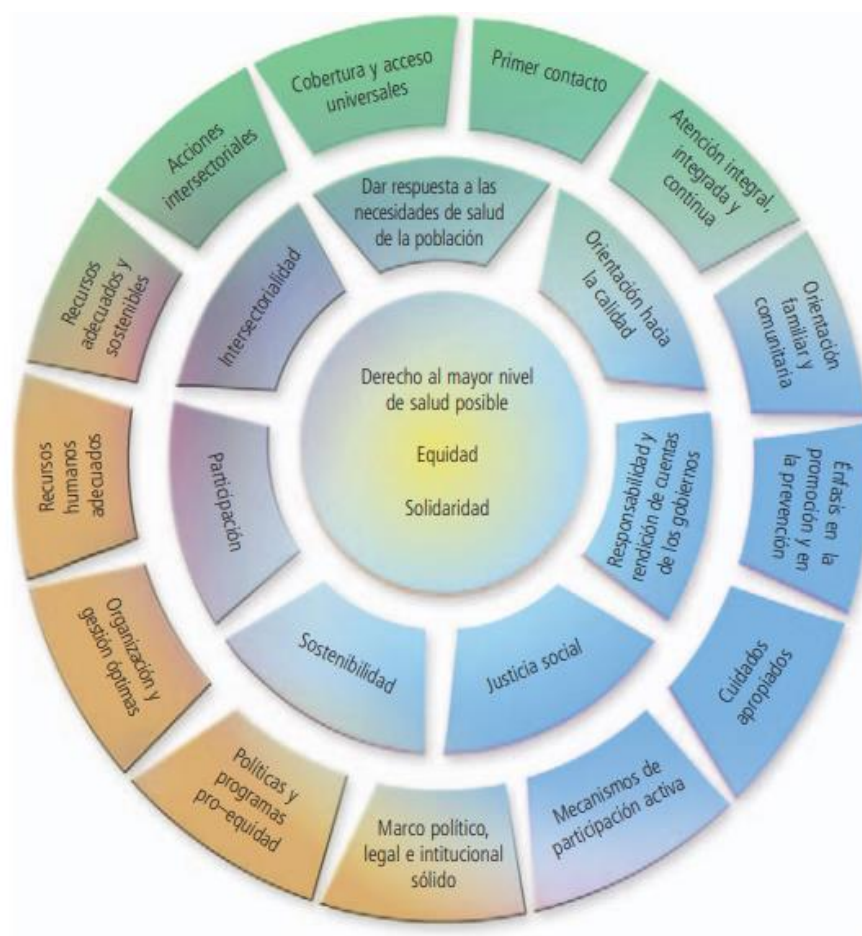
Desarrollo Sostenible. 2018	profesionales de la salud bien formados, competentes, motivados y comprometidos.” (OMS, Conferencia sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2018)	6. Alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales.
72. ^a Asamblea Mundial de la salud. 2019	Se reafirma la Declaración de Alma-Ata (1978) en pro de la salud para todos.	1. Diseño de políticas, estrategias y planes nacionales para el desarrollo en la aplicación de la visión y los compromisos de la Declaración de Astaná 2. Movilización de recursos humanos, tecnológicos, financieros y de información para ayudar a crear una atención primaria de la salud sólida y sostenible. (OMS, 72 Asamblea mundial de la salud, 2019)

Fuente: Elaboración propia.

En las diferentes declaraciones arriba mencionadas, se evidencia que la definición establecida en la Conferencia de Alma Ata 1978, prevalece en el tiempo a pesar de las transformaciones o adaptaciones, al igual que varias de sus características como la participación ciudadana y comunitaria, el componente de intersectorialidad, la constante

solicitud de talento humano capacitado y suficiente, la sostenibilidad financiera, entre otras. Así mismo prevalecen la solicitud de convertir a la APS en piedra angular del sistema de salud. (OMS, 72 Asamblea mundial de la salud, 2019), al igual que los valores y principios como los que se describen en la ilustración No. 1, han sido también constantes en la literatura, en forma especial y reiterativa, el derecho al disfrute del mayor nivel de salud posible para toda la población, y la equidad y solidaridad como parte de la seguridad social.

Ilustración 3 Valores, principios y elementos de APS en el sistema de salud



Fuente: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS-OMS 2007.

En la ilustración anterior se puede reconocer en cada uno de los niveles la estructura de APS, siendo el círculo central los valores que se originaron desde la misma Alma Ata 1978, el círculo central contiene los principios que se han ido ampliando con cada una de las reuniones mundiales sobre APS y el círculo externo contiene los elementos que contienen a APS, contruidos también en las diferentes reformas desde 2005 hasta las declaraciones de Astaná.

6.1.2. APS en Colombia y la Política PAIS

Desde 2005 con la Declaración de Montevideo, se plantearon reformas a la APS que finalmente permitieron que la OMS – OPS tomara posición frente a las condiciones de desigualdad e inequidad cada vez más arraigadas en América Latina, posición que propone que cada país implemente APS a partir de sus condiciones socioeconómicas y necesidades propias, siempre y cuando las propuestas se articulen desde los principios, valores y elementos propuestos en Alma Ata para cumplir el objeto social.

Al respecto, el documento de posición estructurado por la OPS OMS plantea que:

“.... los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los pactos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población. Los principios permiten la construcción de los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y la asignación de los recursos y para la operación del sistema de salud, y los elementos son componentes estructurales y funcionales que se interrelacionan y están presentes en todos los niveles del sistema de salud.” (Giraldo Osorio & Velez Alvarez, 2013).

Desde los años cincuenta en Colombia se han documentado experiencias de APS constituyéndose en los principales gestores de esta en el país Santiago Rengifo Salcedo con reconocidas obras a nivel de la Universidad del Valle y Héctor Abad Gómez fundador de la Facultad de Salud pública que lleva su nombre en la Universidad de Antioquia. (Apráez Ippolito, 2010)

Algunos documentos mencionan que a finales de los 80 se aumenta la gestión de APS en Colombia, y puntualmente en Cali en 1989 donde se adopta la estrategia de APS como un componente de salud de la ciudad. En 1991 en la ciudad de Pereira se organizó un evento nacional que dio origen a la Red Nacional de APS. Desde la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle se realiza en 1996 una evaluación de gestión de la APS en 40 municipios del Departamento del Valle del Cauca con un instrumento aplicado en 10 ciudades de Colombia. (Apráez Ippolito, 2010)

Entre 2004 y 2008 en Bogotá, en el Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas de Bogotá se implementó la política sectorial “Salud para una Vida Digna”, en procura de: “avanzar en la garantía del derecho a la salud para superar las inequidades en los resultados en salud y en el acceso a los servicios de salud”, sobre la base de los valores y principios de: “Salud como un derecho humano fundamental, equidad, solidaridad, autonomía y reconocimiento de las diferencias”. (Rico, 2011).

Existen otras experiencias documentadas de manera aislada como experiencias puntuales en diversas regiones que dan cuenta de los intentos de implementar APS en el País. A nivel normativo, en 2011 se promulga la Ley 1438 de 2011 por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual en su artículo 12 adopta la estrategia compuesta por 3 componentes que son: Servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud, y la participación social, comunitaria y ciudadana. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011).

Para su implementación, esta norma define claramente a APS como una estrategia de coordinación intersectorial de ejecución integral sin embargo, más adelante en la misma norma la llama “...el Sistema de Atención Primaria en salud” definiendo los principios orientadores entre los que incluye los establecidos por la OMS, haciendo énfasis en la intersectorialidad, la promoción y prevención de la salud y el planteamiento de acciones para impactar los determinantes sociales de la salud con participación activa de la comunidad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011).

A pesar de los lineamientos nacionales, las experiencias que se documentan corresponden a situaciones territoriales, locales o institucionales sin evidencia de participación intersectorial y muy baja documentación sobre participación ciudadana en la toma de decisiones, sino simplemente como beneficiarios de las acciones implementadas.

A continuación, se describe en la tabla No. 3, las experiencias que se lograron documentar a nivel país en el marco del convenio 485 ejecutado entre el Ministerio de la Protección Social y la OMS/OPS denominado Sistematización de las experiencias desarrolladas en el país de atención primaria de salud -APS - y redes integradas de servicios de salud -RISS- en los niveles territoriales, presentado en 2012 (Suarez, Zamora, Conte, & Olarte, 2012):

Tabla 3 Consolidado de experiencias en APS en Colombia en el marco del convenio 485 MPS OMS/OPS Enero 2012

Región del país	Nombre de la estrategia	Características generales
Valle del Cauca	Participación social	Participación social como eje articulador de la estrategia APS, como un mecanismo para que la comunidad

		participe activamente de la resolución de los problemas de salud. El enfoque son prioridades en salud pública.
Versalles	Versalles saludable	Brindar atención integral que apunta a mejorar y mantener la calidad de vida de los versallenses por medio de la creación de una red que asegure el acceso de la población al proporcionar centros de atención cercanos a las viviendas y los lugares de trabajo
Cali	Un nuevo latir	Desarrollar intervenciones en salud pública en territorios con poblaciones específicas a través de acciones intersectoriales, participativas, colectivas e integrales, orientadas por el enfoque de determinantes sociales, tendientes a contribuir al desarrollo local, mejorando indicadores de salud de los individuos, su familia y la comunidad'
La Dorada	Células de acción solidaria	Generar bienestar social a través del autocuidado tanto individual como comunitario, a la vez que incentiva la articulación del Estado y la comunidad en la implementación de estrategias que aseguren el beneficio de la sociedad doradense en sus diferentes momentos del ciclo de vida individual, al igual que el bienestar de las familias.
Manizales	Atención Primaria en Salud	Conformar equipos extramurales de carácter multidisciplinario, para que, en contacto directo con la comunidad se pueda optimizar la prestación de los servicios, se detecten prioridades en salud y se eliminen posibles barreras de acceso.
Cundinamarca	Salud para mi pueblo	fortalecer el sistema de promoción y prevención a través de unidades diagnósticas móviles para así lograr

		atención personalizada en barrios, veredas, colegios y escuelas dirigido específicamente a las familias en condición de vulnerabilidad
Boyacá	APS- Salud familiar	Garantizar la atención integral en salud y así mejorar la calidad de vida de los boyacenses enfocando los esfuerzos en la vida familiar y de esta manera asegurar la atención oportuna en las diferentes etapas de la vida que llevan al auto cuidado tanto individual como familiar y comunitario.
Bogotá	Salud a su casa	Implementar acciones integradoras que den cuenta de las prioridades de la comunidad con el fin de garantizar la autonomía del grupo familiar como colectivo y la individual de cada uno de sus miembros, encaminados principalmente a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
Santander	1. Santander en serio. 2. Santander incluyente 3. Santander Sano	La estrategia 1 y 2 corresponde a políticas de orden social y económico para mejorar la calidad de vida de la población del Departamento a través del incentivo de oportunidades laborales, la generación de ingresos propios y el mejoramiento de las condiciones socio-económicas de aquellos en situación de vulnerabilidad. La tercera estrategia busca articular seis ejes fundamentales para asegurar la mejora de la calidad de vida de los santandereanos. Tales ejes son: el aseguramiento, la prestación y desarrollo de servicios de salud, la salud pública, la promoción, la prevención, la

		vigilancia y, por último, el control de los riesgos profesionales, de emergencias y de desastres.
Bucaramanga	ISABU en su barrio	Aumentar la adherencia a los programas de promoción y prevención y ejecutar acciones que contribuyan al mejoramiento de la salud y la calidad de vida, en la población más pobre y vulnerable con enfoque centrado en la persona, familia y comunidad. Identifica las necesidades con participación comunitaria y las resuelve con acciones intersectoriales
Antioquia	Con sentido humano	Contribuir al mejoramiento del nivel de salud, bienestar y calidad de vida de la población antioqueña, como condiciones del desarrollo humano, mediante la instalación, desarrollo y consolidación de la estrategia de atención primaria en salud, para el cuidado de las familias fortaleciendo las familias en procesos saludables para 'que la vida del ser humano se dignifique en términos de oportunidades para el desarrollo social armónico.
Barranquilla	Salud a mi casa	Asegurar el mejoramiento de la salud de la población al disminuir 'la mortalidad y discapacidad prematura, la morbilidad evitable, en todo el ciclo de vida de la población basado en prevención y promoción, así como en el reordenamiento de la red pública de servicios de salud en el Distrito, para mejorar la accesibilidad, la efectividad de la oferta, a la vez que se disminuye la duplicidad de acciones, se logra la sostenibilidad financiera, articulando acciones individuales, familiares y colectivas.

Fuente: Informe final del convenio 485 MPS OMS/OPS Enero 2012.

Casi todas las experiencias mencionadas fueron tomadas textualmente del documento informe final del convenio 485, y para el desarrollo de cada propuesta, los entes territoriales a cargo diseñaron el plan de acción de manera individual, con el uso de múltiples estrategias. Así mismo, el documento informe final presenta cómo se conformaron los equipos de trabajo, los perfiles de los cargos y las funciones que cada uno de los perfiles desarrollaba. En las regiones se encontraban diferencias en la conformación de los equipos incluyendo personal médico, enfermeras, auxiliares de enfermería, odontólogos, técnicos de saneamiento y en algunas ocasiones incluían personal de nutrición, trabajo social, psicología, entre otros.

También es importante resaltar que el tiempo de duración de las estrategias es diverso pues existen experiencias que se venían trabajando desde la década de los noventa y otras que iniciaron en 2004, 2008 y hasta en 2010.

Este ejercicio permite identificar que la APS en Colombia, si bien es cierto cuenta con innumerables experiencias, estas no se articulan como una política nacional sino como un ejercicio donde cada ente territorial implementa las condiciones según sus necesidades y recursos disponibles y pueden reflejar el carácter de ser APS selectiva. Estas son algunas de las múltiples experiencias desarrolladas en el país, aunque no son todas y la mayoría de ellas se implementaron antes de la Ley 1438 de 2011.

Posterior a este ejercicio y con los lineamientos establecidos en la ley 1438, se empieza a articular las acciones de la APS con el marco de la salud pública teniendo en cuenta que comparten objetivos no solo desde los determinantes sociales de la salud, sino que las acciones de salud pública también buscan resultados en salud por lo que converge con APS en que el fin es obtener resultados de salud para toda la población, articulándose

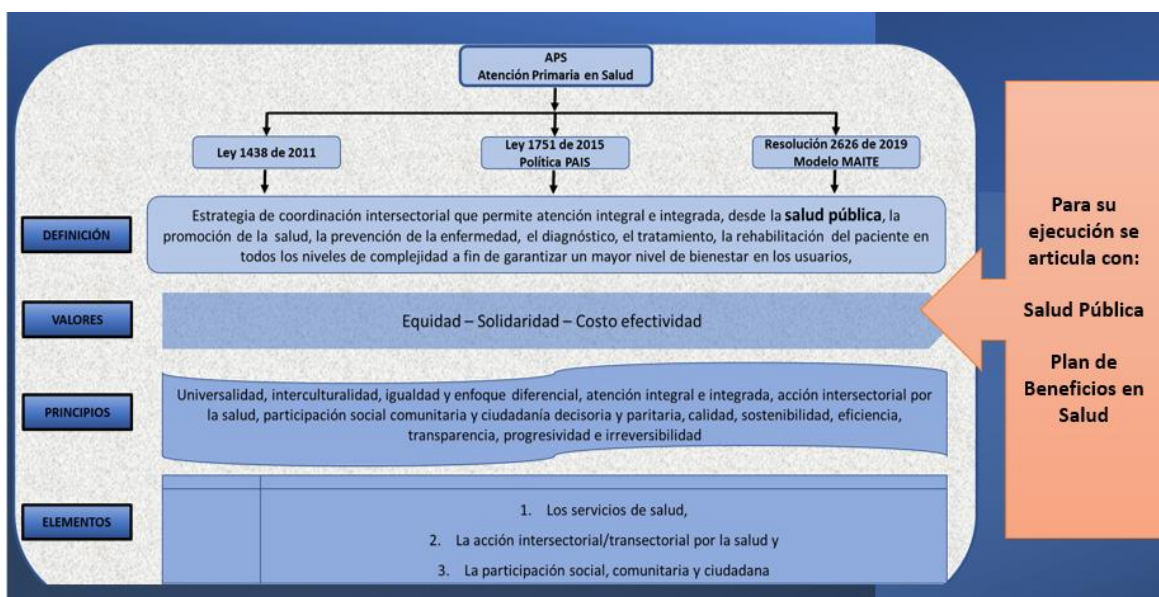
desde el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, por lo que las acciones tanto de APS como de Salud pública, al compartir un mismo objetivo y fin, se lograban articular.

Finalmente, dentro del marco regulatorio en Colombia, se promulga en 2015 la Ley 1751, Ley estatutaria de salud que propone la Política de Atención Integral en Salud PAIS, estableciendo la reforma a partir de un marco estratégico con 4 estrategias entre las que se encuentra la APS y un modelo operativo. Para la implementación de esta reforma, además del documento de política se expide recientemente la Resolución 2626 que describe el modelo operativo de la política denominado MAITE, transfiriendo la responsabilidad de implementar el modelo a las entidades territoriales, tal como lo dice textualmente el artículo 3: "...Las entidades territoriales ejercerán el liderazgo de la implementación y el seguimiento de la Política de Atención Integral en Salud dentro de su jurisdicción". (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Este modelo también está acompañado de un marco estratégico compuesto por 2 estrategias (APS y gestión del riesgo) y 2 enfoques. La norma también define APS donde la articula con Salud pública, Promoción y prevención, a través de acciones individuales y colectivas.

La siguiente figura recoge la propuesta del modelo describiendo según lo que propone Alma Ata, los principios, valores y elementos que debe tener APS para su implementación en Colombia. La imagen es un esfuerzo personal por plasmar gráficamente cómo se ubica APS en Colombia y cómo se articula con otros componentes

Ilustración 4 Descripción de APS desde los referentes normativos en Colombia



Fuente: Elaboración propia construida con información textual de las Leyes 1438 de 2011, Documento de la Política PAIS 2015 y Resolución 2626 de 2019.

En la imagen anterior se logra concretar que tanto la Ley 1438 como la Política PAIS y la Resolución 2626 de 2019 describen de manera similar la definición, valores, principios y elementos que rigen en la actualidad para la implementación en Colombia de la estrategia APS, misma estructura que deben implementar las entidades territoriales de salud.

6.2. Implementación de APS en territorio caleño Periodo 2016 – 2020.

Con el fin de poder realizar una mejor comprensión sobre el proceso de implementación en este trabajo de investigación, se incluyó una descripción del diseño y la comparación con los lineamientos desde la OMS y la normatividad colombiana en el marco de la Gestión pública, el cual se detalla a continuación.

6.2.1. El diseño institucional propuesto por la Secretaría de Salud Municipal analizado desde el enfoque de la gestión pública.

Tomando como referente la literatura, la implementación no se limita a la simple ejecución de tareas, en palabras de Roth (2019) desde el análisis de políticas públicas este autor refiere que: "...esta etapa es fundamental porque en ella la política, hasta entonces casi exclusivamente hecha de discursos y palabras, se transforma en hechos concretos, en realidad palpable.". (Roth, 2019).

Inicialmente se revisó el documento que el ente territorial ha denominado Manual de procesos y procedimientos para la Estrategia APS donde la Secretaría de Salud Municipal de Cali plasmó el diseño a través del cual propone implementar la estrategia, cumpliendo los lineamientos nacionales. Desde este documento se recogió la información para comparar con las condiciones que se proponen en la Guía de buena gestión pública propuesta por Sabatier y Mazmanian (1979) con el fin de analizar desde el enfoque de gestión pública y desde allí realizar la descripción de los componentes de la buena gestión pública referenciada por André-Noël Roth Deubel (Roth, 2019).

Así mismo se incluyó la revisión del documento Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2016, desde donde se tomaron conceptos como Gestión, Gestión pública y Gestión en Salud Pública que establece los lineamientos nacionales para la gestión de planes, programas y proyectos en salud desde donde se articula con la teoría del cambio.

En la información técnica revisada, suministrada por la Secretaría de Salud Municipal de Cali, se pudo establecer que la estrategia se ejecuta a partir de 3 proyectos donde se vinculan a las Empresas Sociales del Estado ESE's de baja complejidad del Municipio, como los operadores de los proyectos, por tener presencia en todo el territorio, el reconocimiento de la comunidad y de las condiciones del entorno al igual que una larga trayectoria en la prestación de servicios de salud de baja complejidad, lo que las hace conocedoras del contexto en el que se ubica la población.

Las Empresas Sociales del Estado de baja complejidad de Cali han sido los operadores del proyecto durante el periodo observado por la trayectoria y reconocimiento en materia de prestación de servicios de baja complejidad con presencia en toda la ciudad según la siguiente tabla:

Tabla 4 Área de influencia de las Empresas Sociales del Estado ESE's de Cali

ESE	Área de influencia	No. De instituciones con que cuenta
Empresa Social del Estado ESE Centro	Comunas 8, 9, 10, 11, 12,	1 Hospital de baja complejidad. 1 Unidad Ejecutora de saneamiento 14 centros de salud 2 Puestos de salud
Empresa Social del Estado ESE Ladera	Comunas 1, 3, 17, 18, 20 y zona rural de La Buitrera, El saladito, Montebello	1 Hospital de baja complejidad.

		1 Unidad Ejecutora de saneamiento 18 Centros de Salud en la ciudad 18 centros de salud en zona rural
Empresa Social del Estado ESE Norte	Comunas 2, 4, 5, 6, 7	1 hospital de baja complejidad. 1 Unidad Ejecutora de saneamiento 16 centros de salud
Empresa Social del Estado ESE Oriente	Comunas 13, 14, 15, 21 Zona rural Navarro	1 Hospital de baja complejidad 1 Unidad Ejecutora de saneamiento 7 centros de salud 17 puestos de salud 1 puesto de salud en zona rural
Empresa Social del Estado ESE Sur oriente	Comuna 16	1 Hospital de baja complejidad 1 centro de salud 2 puestos de salud

Fuente: Pagina web Alcaldía de Santiago de Cali, consultada en

https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/34871/localizacin_y_telfonos_1/ el 10-01-2022

En total la red de prestación de servicios del operador de los proyectos está conformada por:

- 5 Hospitales de baja complejidad
- 4 Unidades ejecutoras de saneamiento
- 56 centros de salud
- 21 puestos de salud
- 19 centros de salud en área rural

La ciudad tiene 21 comunas y las ESE's cuentan con presencia en el 100% de la ciudad, siendo esta la red más grande con que cuenta el territorio caleño y de más amplia cobertura territorial lo que le genera una ventaja frente al resto de IPS de la ciudad.

Los proyectos que se ejecutaron en el periodo son:

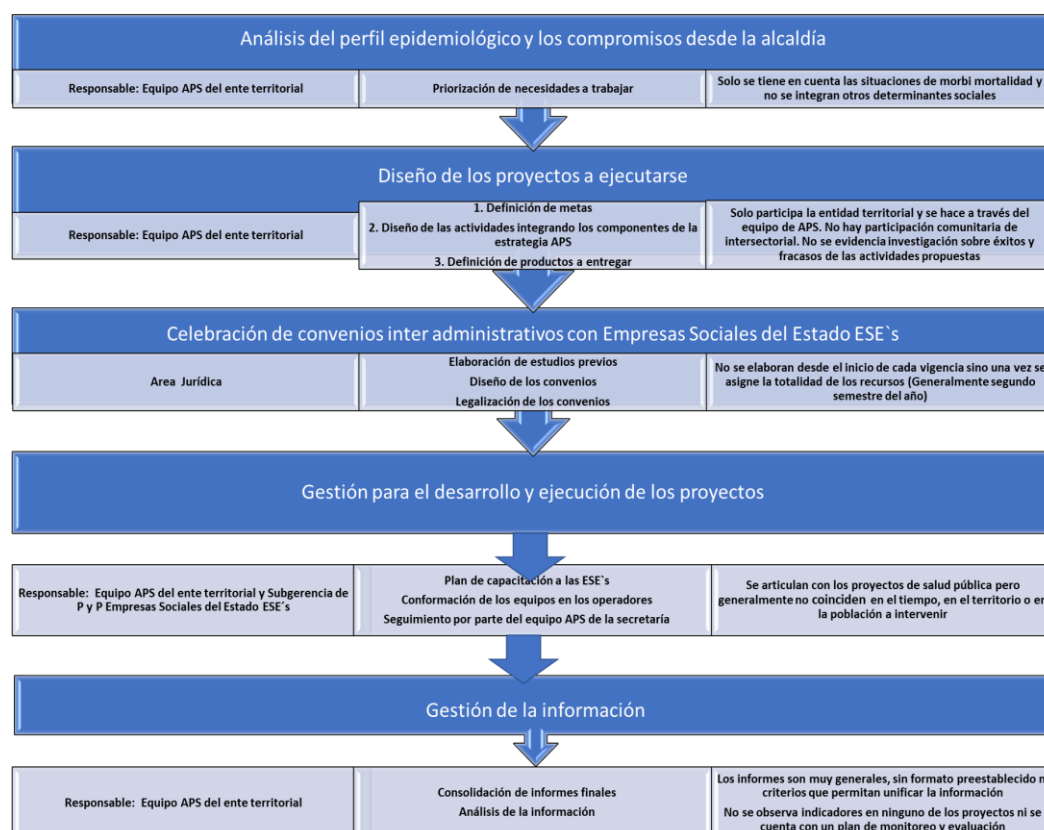
1. Fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el Municipio de Santiago de Cali. Este es el proyecto que se tomará como referente para el análisis tanto del diseño como de la implementación.
2. Salud al Campo con enfoque de Atención Primaria en Salud. Este proyecto fue objeto de una investigación que desarrolló una evaluación de efectividad a partir de una evaluación realista para determinar si cumplió los objetivos durante 10 años de ejecución. En la actualidad ya no se ejecuta.
3. Implementación de estrategias educativas en salud en el municipio de Santiago de Cali.

Los proyectos tienen como propósito **“impactar los indicadores de salud relacionados con enfermedades de interés en salud pública y el perfil epidemiológico con base en los determinantes sociales de la salud”** en consonancia con el objetivo social de APS.

El diseño del proyecto cuenta con 5 metas y a cada meta se le definió el procedimiento que describe cómo se va a realizar y las actividades que terminarán generando los productos.

En la siguiente imagen y con la información que se revisó del diseño de la estrategia a través de 2 talleres investigativos con el equipo de funcionarias de la Secretaría de Salud Municipal que lidera APS, se buscó responder a cuestiones como el qué, cómo, porqué y donde funcionará el programa y se organizó las etapas del diseño donde se incluyó las dificultades que se observaron en cada una a partir de la técnica de entrevista semiestructurada.

Ilustración 5 Fases para la construcción del diseño que implementa APS en Cali



Fuente: Elaboración propia a partir del Taller investigativo 1 con el equipo APS de la Secretaría de salud municipal de Cali

Desde el marco de análisis de las políticas públicas, la literatura propone cerrar el ciclo con la fase de evaluación entendida esta como “..una práctica seria de argumentación basada en una información pertinente, permite precisamente opinar de manera más acertada, con menos subjetividad, acerca de los efectos de las acciones públicas.” (Roth, 2019) Como se observa en la ilustración anterior que describe las fases con que cuenta el diseño, éste no incluye la etapa de evaluación que tiene un propósito tan importante.

También se revisaron los instrumentos a través de los cuales se realiza la caracterización de la población y se describe la forma de recolectar la información de los proyectos tanto en medio físico como en formato digital, aunque no se menciona un formato a través del cual se deba presentar el informe de ejecución ni los criterios que permiten agrupar la información.

Después de revisar las condiciones en que se construyó el diseño que contiene la formulación de decisiones tomadas por la Secretaría de salud para implementar APS en Cali a partir de los lineamientos globales y la norma nacional, se presenta el siguiente análisis a partir del enfoque de Gestión pública.

Tabla 5 Análisis desde el enfoque de Gestión pública al diseño de la SSPM de Cali para la implementación de la estrategia APS

Condición	Premisa	Descripción
Una teoría sólida	Es preciso tener una teoría del cambio social que establece firmemente la causalidad entre el instrumento utilizado y los efectos deseados	La Secretaría fundamenta el diseño en el enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS), es decir, si se impacta los determinantes entonces mejora la calidad de vida de la población intervenida.

		Los DSS son el referente causal para movilizar las acciones y generar el cambio a partir de los proyectos que ejecuta la secretaría para la implementación de la estrategia APS, El objetivo de la Secretaría al implementar APS es impactar los indicadores de salud relacionados con enfermedades de interés en salud pública como por ejemplo el riesgo cardiovascular, afectando los determinantes sociales y ambientales. Este sería el objetivo final. por lo que aumentar la adherencia a los programas de riesgo cardiovascular sería la hipótesis teórica que permite generar cambios en los indicadores de salud y este sería el efecto, por lo que el medio puede ser implementar un plan de seguimiento y monitoreo al programa de riesgo cardiovascular en las entidades del sector
Una ley bien concebida	Debe contener directrices de actuación, claras no ambiguas, y debe estructurar el proceso de implementación de manera que maximice la probabilidad de que los destinatarios se comporten como lo previsto	Desde lo político el ente territorial es quien define los términos contractuales frente a las ESE`s como únicos operadores de los proyectos. Así mismo realiza acompañamiento y monitoreo durante la implementación. Jurídico: Claramente definido en las normas vigentes, desde cómo se debe implementar y se describe en los documentos de proyecto como estudios previos y contratos.

		Desde lo administrativo: la Secretaría acompaña la implementación a través del equipo de APS tanto en procesos de capacitación como de seguimiento durante la implementación. Sin embargo, una debilidad del proceso es que no se garantiza la continuidad de los equipos de trabajo año tras año generando alta rotación del personal. La propuesta diseñada no contempló indicadores ni proceso de evaluación. Desde lo financiero los recursos están asignados por fuentes fiscales, aunque una debilidad del proceso es que los recursos no se sostienen durante todo el año por lo que las acciones tampoco. Se ejecuta máximo durante 5 a 6 meses cada año. Jurídicamente los recursos están definidos sin embargo la continuidad durante toda la vigencia fiscal no.
Responsables capacitados y comprometidos	Deben disponer de capacidades políticas y de gestión destacadas y sentirse comprometidos con los objetivos de la ley	El equipo de APS de la secretaría de salud, lleva vinculado de manera continua durante varios años, con amplia experiencia y formación en la política. Las Empresas sociales del estado ESE's tienen una amplia y larga trayectoria en el manejo de la función pública por su naturaleza y su prioridad es generar valor público durante la prestación de servicios de salud, son reconocidas por las comunidades y trabajan articuladas con ellas. El ente

		territorial cada año ejecuta acciones de capacitación a todos los equipos de las ESE`s que ejecutarán los proyectos.
Apoyo político y social	El programa debe disponer de apoyos activos durante todo el proceso de implementación de parte de grupos organizados y de actores políticos de peso para la realización de los objetivos de la política	La estrategia APS es liderada desde organismos supranacionales como la OMS, OPS, UNICEF, y territoriales como Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales Departamental y Municipal por lo que el apoyo político y social es amplio y reconocido. APS es una política global universalmente reconocida y socialmente aceptada en los territorios. Esta estrategia se articula con los proyectos de salud pública lo que permite aunar esfuerzos, ampliar los recursos, manejo intersectorial, entre otros. Sin embargo, no se evidencia aún la vinculación de los grupos de participación social y comunitaria ni grupos de práctica médica que puedan aportar de manera sostenida como lo requiere la estrategia, ni la conformación de alianzas con grupos de interés (stakeholder). Durante la ejecución de los proyectos tampoco se observa participación de la academia.
Entorno favorable	Importancia del mantenimiento de las condiciones socioeconómicas que suscitaron la política pública.	Aspecto débil del diseño pues no se evidencia estudios e investigaciones que respalden la construcción del diseño ni procesos de monitoreo y evaluación documentados que den cuenta de los objetivos alcanzados ni el impacto generado.

		No se evidencia información que describan los cambios logrados con la ejecución de los proyectos. No se evidencia la identificación de aliados estratégicos (Stakeholder) a lo largo de 5 años de ejecución de los proyectos ni grupos o asociaciones comunitarias que se sostengan en el tiempo.
--	--	---

Fuente elaboración propia apoyada en Roth (2019).

A pesar de que el diseño propuesto desde su objetivo y los 3 elementos básicos de APS, responde a los lineamientos establecidos en Colombia para su implementación, este presenta algunos vacíos pues no menciona los principios y valores en forma explícita y los 3 elementos presentes en el diseño desde los comienzos, tienen el siguiente comportamiento:

- **Servicios de salud con equipos multidisciplinarios** los cuales se conforman al interior de las ESE's una vez se legalizan los convenios interadministrativos, equipos que han ido evolucionando en términos de la interdisciplinariedad, donde se ha logrado incluso la intervención de otras áreas diferentes a salud. La dificultad mayor en estos equipos corresponde a la falta de continuidad. Con relación a los servicios de salud, las ESE's cuentan con amplia presencia en toda la ciudad, incluso en el área rural con reconocimiento por parte de la comunidad por su amplia trayectoria lo que la hace conocedora de las dinámicas y complejidades de las áreas de influencia que les corresponde atender.
- **Intersectorialidad/Transectorialidad** se desarrolla desde el proyecto de entornos para la vida que articula diferentes sectores para un abordaje intersectorial de las problemáticas de las comunidades. Sin embargo, la ejecución

de las actividades que realizan no coincide en tiempo, no se evidencia documentada en los informes finales de los proyectos.

- **Participación social, comunitaria y ciudadana** la cual aún no se ha logrado consolidar refiriendo la funcionaria de la Secretaría de salud que, aunque se generó el espacio en el convenio del año 2019, no se logró articular mayor participación por parte de la comunidad y quien les representó no manifestó interés ni voluntad para realizar la gestión. A pesar de que la secretaría de salud generó los procesos de capacitación y concertó metas dentro del proyecto para incentivar la participación de la comunidad. Tampoco se ve claramente incluido en el diseño como se articula este componente en los proyectos.

Desde los lineamientos nacionales establecidos por el Ministerio de Salud y Protección social para la gestión de la salud pública en el marco de la Política de Atención Integral en Salud PAIS, donde APS es una de las estrategias del modelo, “.... *la gestión incluye la capacidad de las organizaciones para mejorar continuamente la calidad de los bienes y servicios que produce; se debe centrar en los resultados y necesidades de los usuarios....*”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En este mismo documento se concluye que “*gestionar involucra no solamente la administración de los recursos de una organización, incluye liderar personas, actores y organizaciones para el cambio con rapidez e innovación a fin de lograr bienes y servicios de alto valor para la sociedad de acuerdo a sus necesidades, expectativas y contexto*” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), el subrayado es mío.

Finalmente plantea el Ministerio que la gestión pública debe alcanzar los resultados propuestos en: “*términos de desarrollo, bienestar y mejor calidad de vida para toda la población...*” lo cual es consecuente con el objetivo de APS que propone la OMS. Así las

cosas, el Ministerio también contempló el objetivo social de APS cuando define la gestión pública como parte de las funciones de la administración pública.

Así mismo se contempló en la definición de gestión pública, la interacción con otros actores donde cada uno asume sus competencias y responsabilidades en busca de los cambios o transformaciones que se deben generar para buscar mejorar la calidad de vida con una visión de futuro o de largo plazo, a partir de la definición de escenarios deseados “::: y los pasos intermedios que es necesario dar para llegar allá. Estos pasos intermedios deben ser propuestas concretas, realizables, medibles, proyectos colectivos”, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), elementos que corresponden con cierta similitud con los que se describirán más adelante como parte del análisis que se ha hecho frente a la teoría de cambio, puntualmente al describir los pasos metodológicos para el desarrollo de una teoría de cambio, un enfoque de pensamiento-acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social (Retolaza, 2010) que se analizarán más adelante.

Este ha sido el ejercicio de describe cual ha sido el diseño presentado por el ente territorial para la implementación de la estrategia en el marco de las normas vigentes.

Cabe resaltar que en la ilustración No 3, se presenta las normas que han dado legalidad a la estrategia coincidiendo tanto en la definición como en los principios, valores y elementos que se han asumido en Colombia y que se deben implementar en el Municipio de Cali.

6.2.2. Implementación en el periodo 2016 – 2020 por parte de los operadores. Análisis desde la complejidad de los procesos de cambio social.

En la literatura revisada se tomo como base para el análisis de la implementación, la propuesta realizada en conjunto entre el Instituto Humanista de Cooperación al Desarrollo

(HIVOS) y el Proyecto Regional de Diálogo Democrático del PNUD publicado a través del documento denominado Teoría de cambio. Un enfoque de pensamiento-acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social.

El análisis consistió en la comparación de los pasos metodológicos que propone el autor para el desarrollo de una teoría de cambio y lo trabajado por la Secretaría de Salud Municipal de Cali para la implementación de APS en el periodo observado, descritos en la Ilustración 5 Fases para la construcción del diseño que implementa APS en Cali. Es importante precisar que estos pasos metodológicos tienen alguna similitud con lo establecido en la Resolución 1536 de 2015 en los contenidos del componente estratégico del Plan Territorial de Salud.

Se inicia haciendo una descripción de algunas cifras en materia de salud en Cali durante el periodo observado, en forma posterior se presenta una tabla con la información extraída de los informes finales que dan cuenta de las acciones generadas durante la implementación de la estrategia en el periodo 2016 – 2020 revisando cada uno de los componentes implementados y comparándolos con los elementos centrales que propone la OMS para la implementación de la estrategia y finalmente se presenta una tabla que realiza la comparación entre los pasos metodológicos que propone el autor para el desarrollo de una teoría de cambio (Retolaza, 2010) y lo trabajado por la Secretaría de Salud Municipal de Cali para la implementación de APS en el periodo observado,

Para comprender la complejidad del problema que enfrenta la ciudad en cuanto a determinantes sociales, se revisaron algunas cifras en materia de salud en Cali a 2020, en el Instituto Nacional de Salud (INS), y se identificó que entre el 29 de diciembre de 2019 y el 12 de septiembre de 2020, se han registrado 11.345 casos de Dengue en Cali, siendo la cifra reportada más alta en todo el país. Así mismo en el mismo periodo se han registrado 26 casos de Zika clasificándola como la entidad territorial del país con el mayor

número de casos reportados, también se reportaron 15 casos de Chikungunya ubicándole como la tercera ciudad del país en reporte, al igual que 651 casos de Tuberculosis que le otorgan también el tercer lugar a nivel de país. 11 casos de muertes en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda IRA, la posicionan en el 5 lugar. (Cali como vamos , 2020).

En materia de Seguridad y convivencia entre el 1 de enero 2020 y el 16 de diciembre 2020 se registraron en Cali 1016 homicidios, 4854 denuncias por violencia interpersonal y violencia intrafamiliar, 11930 denuncias por hurto. (Cali como vamos , 2020).

En materia de pobreza, el documento denominado Balance social. Cali – Valle del Cauca 2019 presentado por la Cámara de Comercio de Cali, refiere que: “La población en situación de pobreza monetaria en Cali, se incrementó en 13859 personas en 2019...” con relación a la cifra de 2018”; en cuanto al índice de pobreza multidimensional, *“En el Valle del Cauca, cinco de quince variables de privaciones por hogar presentaron un deterioro anual en 2019: desempleo de larga duración (+1,6 pps), trabajo informal (+1,4 pps), bajo logro educativo (+0,9 pps), analfabetismo (0,5 pps) y sin acceso a fuente de agua mejorada (+0,2 pps)”* (Grupo de estudios empresariales y de competitividad Cámara de Comercio de Cali., 2020)

Si bien es cierto hay algunas cifras estadísticas que pueden haber mejorado comparativamente con otros años, en la actualidad la ciudad no presenta un panorama alentador en materia de calidad de vida, lo que hace que sea un problema complejo plantear una propuesta que le apunte a cambiar los determinantes estructurales.

A continuación, se presenta una tabla que recoge la información extraída de los informes finales que dan cuenta de las acciones generadas durante la implementación de la estrategia en el periodo 2016 – 2020, aunque la escasa información reportada, y la

dispersión en la misma, dificultaron la consolidación pues el ente territorial no reportó tener un formato estándar donde se consolide la información final que entregan los operadores de los proyectos cada año, sin embargo, se trató de encontrar elementos comunes sobre todo en los informes de los años 2019 y 2020 que contenían mayor consistencia, a partir de lo establecido en el diseño, con el fin de completar el análisis del diseño y la implementación para establecer el cumplimiento de los lineamientos nacionales y el objeto social de la estrategia.

Tabla 6 Reporte de ejecución de las actividades durante la implementación de proyectos de APS Cali 2016 - 2020

PERIODO	Valorar condiciones ambientales y de salud de población en territorios priorizados	Intervenir 80% de familias identificadas con riesgos ambientales y riesgos en salud.	Desarrollar 2 mesas intra e intersectoriales, en cada territorio, para intervenir condiciones ambientales y riesgos en salud	Desarrollar 2 jornadas de promoción y prevención, en cada territorio, para la atención de la población	Elaborar y ejecutar 1 plan de IEC, en cada ESE, para la intervención de condiciones ambientales y riesgos en salud
2016 – 2017	Solo se encontró información de condiciones de salud	El informe refiere que se intervino el 86% de familias con riesgo en salud. No se reportó intervención ambiental	No se reporto	No se reporto	No se reporto
2018	Cumplimiento del 100% de la meta de caracterización de condiciones de salud	El informe refiere que se intervino el 80% de familias con riesgo en salud No se reportó riesgo ambiental	30 mesas con participación intersectorial	66 jornadas de salud	No se reporto
2019	Además del cumplimiento de la meta de caracterización en salud, también se reporta caracterización e	100% de familias caracterizadas y 80% de familias intervenidas	28 mesas con participación intersectorial	30 jornadas de promoción y prevención	

	identificación de viviendas con riesgo ambiental.				
2020	Cumplimiento del 100% de la meta de caracterización	El informe refiere el 80% de familias con riesgo en salud intervenidas	11 mesas con participación intersectorial	6 jornadas de salud	No se reporto

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes finales de la ejecución del proyecto suministrados por la Secretaría de salud municipal de Cali

Frente a los 3 componentes de la estrategia APS y la implementación del diseño propuesto por la Secretaría de salud se observa lo siguiente:

1. **Servicios de salud con equipos multidisciplinarios.** Cada año que se ejecutó el proyecto relacionado con la estrategia APS, se conformaron los equipos interdisciplinarios donde participaron Auxiliares de Enfermería, Enfermeras, médicos, auxiliar administrativo, Técnico en saneamiento, entre otros, los cuales generalmente no tenían continuidad en el tiempo. Se realizaron acciones de capacitación a los equipos de APS, se realizaron acciones de demanda inducida y educación al respecto, atención médica a grupos de riesgo como parte de la intervención, se realizaron seguimientos y se generó compromiso con la EAPB para que continuara el seguimiento. Los casos que por resistencia del usuario no se cerraban en el año de vigencia del contrato, se presentaban al año siguiente para continuar el proceso y a través del seguimiento, retomar la intervención hasta cerrar. El informe frente a esta meta no reporta acciones de monitoreo ni de evaluación, como tampoco presenta la relación con el impacto generado en los indicadores de salud ni en los determinantes sociales de la salud.

2. **Intersectorialidad/Transectorialidad** Frente a este componente se cumplieron las metas en cuanto a la presencia de entidades de otros sectores como medio ambiente, servicios públicos, educación en las reuniones generadas por el equipo de entornos para la vida donde se priorizan factores de riesgo que deben ser intervenidos y se organizan los equipos con participación multisectorial para acordar las acciones a seguir. Sin embargo, no se observa información que permita evidenciar la continuidad de las acciones y la garantía de seguimiento para cerrar los aspectos identificados como factores de riesgo. Así mismo tampoco se observa el cumplimiento de la meta en cuanto a la conformación de las 2 mesas intersectoriales, los compromisos que deben asumir ni los resultados que puedan lograr. El informe frente a esta meta no reporta acciones de monitoreo ni de evaluación, como tampoco presenta la relación con el impacto generado en los indicadores de salud ni en los determinantes sociales de la salud.

3. **Participación social, comunitaria y ciudadana.** Respecto de este componente el plan no especifica alguna acción que determine cual es el resultado esperado ni como se fomentará la participación y el empoderamiento de la comunidad en los aspectos propios de la estrategia APS a pesar de que la literatura frente a este componente evidencia que, a nivel de América Latina, es el componente más débil y que menos aporta en cuanto a la implementación de la estrategia. Es necesario aclarar que durante el taller investigativo la funcionaria que participó manifestó que en 2021 se trabajó “fuerte” la participación ciudadana, por solicitud de líderes comunitarios se involucró en los equipos de APS personas que han sido identificadas como líderes a nivel comunitario, se involucraron en el plan de capacitación que se generó por parte de la Secretaría a los equipos, sin embargo el resultado no fue contundente y no se observó motivación ni interés de las

personas vinculadas para continuar las acciones. El informe frente a esta meta no reporta acciones de monitoreo ni de evaluación, como tampoco presenta la relación con el impacto generado en los indicadores de salud ni en los determinantes sociales de la salud.

Teniendo en cuenta que el objetivo final de la implementación de la estrategia APS en Cali es **“impactar los indicadores de salud relacionados con enfermedades de interés en salud pública y el perfil epidemiológico con base en los determinantes sociales de la salud”** no se observa un análisis comparativo al final de la vigencia de los contratos a través de los informes que se revisaron, donde se pueda observar la medición y el resultado de las acciones en dichos indicadores , siendo el cambio un fin específico de las políticas sociales y un lineamiento del Ministerio de Salud y Protección Social en lo que corresponde a Gestión en salud.

Una vez que se ha descrito el diseño propuesto por el ente territorial para la implementación de la estrategia APS en Cali durante el periodo 2016 – 2020 se puede concluir que:

- La propuesta de implementación responde a los lineamientos nacionales parcialmente teniendo en cuenta que el objetivo propuesto en el diseño apunta al cumplimiento del objetivo social de APS de mejorar la calidad de vida y obtener beneficios sanitarios para la población la cual pretende impactar los indicadores de salud en enfermedades de interés en salud pública y el perfil epidemiológico, como también responde a lo planteado en la definición establecida en la norma para APS, **“Atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad....”** Frente a esta situación puntual no se puede demostrar el cumplimiento del objeto durante la implementación por no contar con procesos de monitoreo ni evaluación que den cuenta de los resultados

frente al objetivo propuesto. Desde el diseño se contempló y se expresó en el objetivo en concordancia con el objeto social de APS desde Alma Ata, pero en la implementación no se han definido los mecanismos para verificarlo ni se han realizado mediciones de impacto.

- Con relación a los principios y valores, no se mencionan en el diseño propuesto ni se observa evidencia de promover los principios y valores de APS durante la implementación, pues en los informes revisados no se mencionan.
- A pesar que es evidente el desarrollo de las actividades y el cumplimiento parcial de la normatividad tanto en el diseño como en la implementación de la estrategia APS en el Municipio de Cali por parte del Ente territorial Secretaría de Salud Municipal, en lo que corresponde al proceso de Gestión de la Salud Pública articulada a la estrategia APS, no hay forma de verificar cuales indicadores pueden haber sido impactados pues no se realizó la medición ni se documentó al respecto en los informes que se revisaron, no se ha evaluado por lo tanto no se puede garantizar el cumplimiento del objetivo.

Finalmente, se presenta la siguiente tabla que compara los pasos metodológicos propuestos en la literatura revisada para el desarrollo de una teoría de cambio y las fases para la construcción del diseño que implementa APS en Cali.

Tabla 7 Pasos metodológicos para el desarrollo de una teoría de cambio y la experiencia de implementar APS en Cali 2016 – 2020

Pasos metodológicos según teoría de cambio	Fases del diseño de APS implementado en Cali (2016 – 2020)	Análisis
1. El cambio deseado. visualización creativa y positiva que hacemos de una situación que se quiere alcanzar en un tiempo posterior al actual.	1. Análisis del perfil epidemiológico y los compromisos desde la alcaldía. Se realiza desde las condiciones de morbi mortalidad de la población y se priorizan las necesidades a trabajar.	Aún que dista del concepto propuesto por el autor citado, este es el inicio del proceso realizado por el ente territorial donde identifican las prioridades a trabajar. El autor propone que: "...el cambio deseado representa un conjunto de condiciones, relaciones y resultados que queremos contribuir a que ocurran en los años venideros a partir de nuestra acción en el entorno presente y futuro" no es solamente la identificación de un problema a resolver.
2. Los actores del cambio. actores que están involucrados en el proceso sobre el que se quiere influir activamente.	Solo se contemplan los operadores del proyecto, en este caso las Empresas Sociales del Estado y la población sobre la cual se ejecutan las acciones propuestas.	En el marco de la teoría del cambio y lo propuesto por el autor, el ente territorial debe incluir actores como grupos de práctica médica, según las prioridades a atender, la academia en lo que corresponde a la formación de talento humano en salud, ARL quienes de alguna manera forman parte de los actores, el subsector

		farmacéutico entre otros, como posibles actores del cambio quienes pueden aportar en la construcción del mismo.
3. Supuestos que utilizamos para desarrollar nuestra teoría de cambio. énfasis que pone en profundizar la práctica reflexiva. No sólo se trata de analizar e identificar las condiciones necesarias para definir la ruta a seguir, sino también de explicitar cómo llegamos a esas conclusiones y cuál es el proceso epistemológico por el cual construimos dichos argumentos y razonamientos.	Aunque el ente territorial cuenta con información suficiente que incluye la caracterización de la población y de la red prestadora de servicios de salud, no se evidencia un proceso de reflexión que permita identificar cual es el escenario ideal que desea y como llegar hasta él.	Desde la definición del autor, este punto contempla: Reflexión externa. El proceso de reflexión relacionado con el mundo exterior. Se centra en reflexionar individual y/o grupalmente sobre lo que ocurre en nuestro contexto social, histórico, político, económico. Reflexión interna. El proceso de reflexión relacionado con el mundo interior. Una mirada interior, individual y personal que nos ayuda a entender mejor cómo pensamos, por qué pensamos lo que pensamos, qué efecto tienen nuestras formaciones mentales y estructura cognitiva en cómo entendemos el mundo.
4. La ruta de cambio. identifica los hitos del proceso y las	Diseño de los proyectos a ejecutarse.	En palabras del autor, no se trata solo de definir acciones a realizar sino

condiciones que se han de dar para lograr avanzar con la certeza suficiente en medio de la complejidad en que ocurre todo proceso de cambio social.	Celebración de convenios interadministrativos con las ESEs Gestión para el desarrollo y ejecución de los proyectos.	que es necesario identificar las condiciones para que el cambio realmente se dé. Las condiciones y que éstas se den son claves para el cambio.
5. Indicadores de cambio. Permiten entender mejor cómo se está dando realmente el cambio; y de igual manera, permiten entender mejor cuál es nuestra contribución a la ocurrencia del mismo.	Gestión de la información que consiste en: Consolidado de informes finales. Análisis de la información.	No corresponden a indicadores de ejecución de actividades, sin embargo, en la información suministrada por el ente territorial, los informes finales solo se limitan a describir las actividades realizadas y la población incluida. Los indicadores de cambio son los que permiten describir como se está dando el cambio.
6. Mecanismos de aprendizaje, monitoreo y rendición de cuentas. El ciclo de aprendizaje experiencial en los adultos planteado en el modelo de Kolb (o de cómo descongelar nuestros modelos mentales y construir nuevos marcos conceptuales a partir de nuestra experiencia		Este componente no se encuentra incluido en el diseño propuesto e implementado por la Secretaría de Salud Municipal, sin embargo, la normatividad relacionada con la gestión pública en Colombia lo contempla como parte del proceso tanto la rendición de cuentas como el proceso de monitoreo y evaluación.

práctica e interacción reflexiva con el contexto)		Aspecto por mejorar en el diseño propuesto por el ente territorial.
---	--	---

Fuente: Teoría de cambio. Un enfoque de pensamiento – acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social. Retolaza 2010.

6.2.3. Propuesta de criterios para identificar el objetivo social de APS en Cali. Análisis desde la teoría del cambio

La literatura consultada plantea que: “...estamos definiendo a la TdC como un enfoque adecuado para el análisis y la intervención en sistemas complejos” (Monje, 2017) léase TdC como teoría del cambio.

Tomando como referencia la literatura (Monje, 2017), en el análisis que se realizará a partir de la teoría del cambio se incluirá el siguiente esquema de componentes básicos:

- Actores sociales: El ente territorial Secretaría de salud municipal de Cali y las Empresas Sociales del Estado ESE´s. El análisis del ente territorial y su propuesta se realizó en el numeral anterior, al igual que análisis de la intervención realizada por las ESE´s.
- Contextos complejos Implementar la estrategia APS para cumplir el objetivo social de esta estrategia en un escenario complejo como el territorio caleño
- Procesos de cambio: impactar los indicadores de salud relacionados con enfermedades de interés en salud pública y el perfil epidemiológico con base en los determinantes sociales de la salud.

Estos componentes básicos se interrelacionan en una dinámica: “...en la que los Actores sociales al interior de los Contextos complejos generan Procesos de cambio”. (Monje, 2017) a lo largo del tiempo, pues no solo son las causas de la enfermedad las que se

deben intervenir, sino aquellos determinantes estructurales que de alguna forma contribuyen a la enfermedad. Un ejemplo de esta complejidad es la pobreza la cual no es solo una cuestión de falta de recursos económicos, sino que su trasfondo real está en la desigualdad y la injusticia social. (Monje, 2017).

Aquí toma especial relevancia para esta investigación la necesidad de la participación y el empoderamiento de la comunidad, porque se observa que este es un elemento común tanto en la teoría del cambio como en la estrategia APS.

La ruta por seguir para hacer el análisis desde la teoría del cambio, una vez identificados los componentes básicos es el siguiente:

1. Desde el equipo de APS de la Secretaría de salud, identificar
 - a. Que se va a hacer. Diseño del programa el cual se describió en el numeral 6.2.1 de este documento, teniendo claro que éste es el objetivo de la propuesta diseñada.
 - b. Cómo se debe hacer. Proceso, el cual debe ser revisado para que se ajuste a alguna teoría que bien puede ser la gestión por procesos.
 - c. Porqué se debe hacer. Impacto esperado en los indicadores de salud pública
 - d. Donde se realizará. Contexto con sus complejidades
2. Definir cuál es el cambio que se pretende con un fundamento teórico, descrito en la tabla 6, una teoría sólida.
3. Identificar lo que pueden ser factores claves de éxito para el cumplimiento de la normatividad en la implementación de APS y el objetivo social. Desde la lógica de la intervención social, se busca: "...generar efectos a partir de la implementación de acciones planificadas de manera racional". (Solarte, 2004). Esos efectos y las

condiciones que los generaron serán los factores claves de éxito o criterios a priorizar.

La teoría del cambio como tal recoge en un proceso de evaluación muchos más aspectos tales como los indicadores de cambio, los factores determinantes de éxito y como se articula con la propuesta diseñada, los efectos en el corto y largo plazo a través de la cadena de resultados y los indicadores de resultado, así como la construcción del informe que sirva de sustento para explicar y documentar las experiencias de cambio, generalmente a través de un informe de evaluación con un modelo previamente diseñado. Sin embargo, esta investigación tan solo realiza el análisis por lo que no aborda todos los componentes en el análisis descriptivo y que pretende establecer unos criterios para identificar si las acciones de intervención de la estrategia APS en el Municipio de Cali, realmente están generando procesos de cambio que contribuyan al cumplimiento del objetivo social de APS y si es posible articular un proceso de evaluación con enfoque constructivista.

Tomando como referente que: “La intervención social busca generar efectos a partir de la implementación de determinadas acciones planificadas de manera racional” (Solarte, 2004), en otras palabras, los cambios que al final de la intervención van a generar mejores condiciones sociales, entre las estrategias que se han manejado se encuentran tanto la participación social y comunitaria como la intersectorialidad, elementos incluidos como básicos durante la implementación de APS propuesta por la OMS e incluida en la estructura de implementación en Colombia, sin embargo sin mayores resultados en la implementación que ha realizado la Secretaría de Salud Municipal en Cali.

Entre los elementos básicos que esta propuesto en la implementación de APS también se encuentra la prestación de servicios en salud para mejorar las condiciones de salud de la población.

Los 3 elementos aquí descritos son los que ha considerado el modelo colombiano para implementar APS en los territorios a partir del Modelo de Acciones Integrales Territoriales MAITE y desde la OMS se establece además de los elementos, los principios y valores como el mecanismo de intervención social para lograr el cumplimiento del objeto social de APS.

Desde la teoría del cambio en 1972 Carol Weiss propone reconocer posibles modelos causales de los programas entendidos como “..la cadena de asunciones que explican cómo las actividades conducen paso a paso a los resultados esperados”, (Corporación Andina de fomento CAF, 2016), es decir los cambios y evaluar desde esa misma estructura buscando la lógica de la intervención social.

En el capítulo 3 de este documento se describe el diseño propuesto por la Secretaría de Salud Municipal de Cali para la implementación de la estrategia APS como una intervención social, por lo que se logra identificar cuales son los cambios esperados reconocidos en el objetivo establecido en el diseño del programa: Impactar los indicadores de salud relacionados con enfermedades de interés en salud pública y el perfil epidemiológico: y la intención o propósito de este objetivo es contribuir al objetivo social de APS: mejorar las calidad de vida de la población, en otras palabras el fin último sería: **“Impactar los indicadores de salud relacionados con enfermedades de interés en salud pública como contribución para mejorar la calidad de vida de la población caleña”**.

Por lo anterior y teniendo en cuenta la teoría del cambio, se debe establecer el modelo lógico teoría del programa a través del cual se pretenden los cambios, es decir la estructura del programa respondiendo a:

QUE: Impactar los indicadores de salud de las enfermedades de interés en salud pública

COMO Articulando la prestación de servicios de salud, la participación ciudadana y la intersectorialidad como elementos básicos de APS

PORQUE: Porque se debe contribuir a mejorar la calidad de vida de la población como objetivo social de APS

DONDE: en el territorio caleño

Este sería la propuesta para el modelo lógico. Los resultados deben ser los indicadores de salud de las enfermedades de interés en salud pública impactados y el cambio esperado debe ser la mejora en la calidad de vida de la población caleña.

Por lo tanto y desde la teoría del cambio como método de evaluación, la pregunta que se debe plantear es: ¿Como lograr el impacto en los indicadores de salud de las enfermedades de interés en salud pública?

Si la cadena de intervenciones que va a generar el cambio esta dada por la articulación entre la prestación de servicios de salud, la participación ciudadana y la intersectorialidad como elementos básicos de APS, esto debe permitir entonces seleccionar los criterios que se deben monitorear durante la implementación de la estrategia para garantizar el éxito del proceso, que sería el cambio o mejora en la calidad de vida de la población caleña. Así las cosas, el modelo lógico, es el que define los aspectos claves o los factores de éxito de resultado, de proceso y de estructura que se pueden monitorear y evaluar los cuales deben abarcar toda la intervención con el fin de poder identificar las causas reales que permitieron el cambio, de ahí que sea tan importante la calidad con la que se gestiona la información. (Corporación Andina de fomento CAF, 2016) .

Carol Weiss propone 5 categorías sobre las que se deben construir los criterios:

1. Criterios relacionados con el resultado:

- a. Indicadores de salud a impactar. Teniendo en cuenta el proceso que realiza la Secretaría de salud, para el diseño de la propuesta, descrito en la Ilustración 4 denominada Fases para la construcción del diseño que implementa APS en Cali, la fase No. 1 corresponde al Análisis del perfil epidemiológico y a partir de este análisis que refleja el comportamiento de la morbi mortalidad en el año inmediatamente anterior, se podrá seleccionar los indicadores que se espera impactar.

2. Criterios relacionados con el proceso. Estos criterios deben estar relacionados con los aspectos que se consideraron claves en cada uno de los procesos detallados en el programa. En el caso del diseño de implementación de APS en Cali, algunos criterios serían:

- a. Calidad. Criterio obligatorio en salud sobre todo en la prestación de servicios de salud.
- b. Pertinencia.
- c. Relevancia entendida como la incidencia de las intervenciones en las condiciones de vida de la población destinataria (Feinstein, 2007).

Sin embargo, teniendo en cuenta el diseño propuesto por la Secretaría de salud, en este campo de los criterios de proceso, se deben incluir aquellos criterios que determinan el nivel de participación ciudadana en los procesos al igual que el tipo de intervención intersectorial que se dio. Esto nos puede ayudar para que en el análisis se establezca los procesos que realmente aportaron a los resultados y como lo hicieron.

3. Criterios que determinen si los resultados corresponden al programa

4. Criterios que vinculen los procesos y los resultados

5. Criterios que establezcan como y porqué se dieron los cambios.

Una vez estén articulados, definidos y justificados los criterios, es necesario tener en cuenta el análisis que se debe realizar para establecer el funcionamiento del programa, el logro de los objetivos, pero sobre todo si el cambio se dio, cómo y porqué. (Corporación Andina de fomento CAF, 2016)

7. Conclusiones

- Es claro que desde la revisión documental realizada a la literatura relacionada con APS, se evidencia que el objetivo social de ésta se ha sostenido en el tiempo a pesar de todos los documentos técnicos generados durante los congresos mundiales e investigaciones realizadas por la OMS/OPS: “...*el mejoramiento de la calidad de la vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos*”, (OMS , 1978). Este es el objetivo global que sigue vigente para la estrategia APS y que, desde los diseños de los proyectos para la implementación de APS en las entidades territoriales, se deben considerar en el proceso de Gestión pública.
- Los mismos documentos técnicos han planteado no solo la definición sino también los principios, valores y elementos básicos sobre los cuales se debe trabajar la implementación de APS, mismos que se reconocen a nivel global y que se describen en los documentos de investigaciones y en la normatividad.
- Colombia ha tenido una trayectoria significativa para la implementación de APS, específicamente en los últimos años, al menos desde los documentos legales que se describieron en esta investigación. Es claro que la forma de implementar APS

en Colombia está dada por la definición, valores, principios y elementos que se encuentran incluidos en forma similar en la Ley 1438 de 2011, el documento de Política que define la Política de Atención Integral en Salud País ley 1751 de 2015 y su implementación territorial a través de los mismos criterios que se plantearon en la Resolución 2626 de 2019. Desde el punto de vista de la normatividad en Colombia se identificaron las condiciones para la implementación en el marco de los lineamientos universales y las políticas nacionales a través del proceso de Gestión de la Salud Pública en el ente territorial Secretaría de Salud Municipal de Cali.

- El ente territorial Secretaría de Salud Municipal de Cali, cuenta con un diseño para responder a la implementación de APS el cual ha sido construido teniendo en cuenta los elementos definidos en las normas vigentes para una APS selectiva que trabaja articulada al componente del Plan Decenal de Salud Pública. Es necesario aclarar que los procesos y las fases están definidas sin incluir los principios y valores, aunque estos están implícitos en las normas vigentes.
- Los procesos que documentó el ente territorial no corresponden con la estructura de un modelo de gestión a pesar de que el Ministerio de Salud y Protección Social en el documento denominado Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud, elaborado en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 518 de 2015 presenta unas consideraciones importantes para la implementación de los procesos. Al respecto el ente territorial cuenta con un diseño que intenta cumplir con los lineamientos globales desde el objeto planteado en el diseño, pero con grandes debilidades como no incluir el proceso de monitoreo y evaluación. Lo anterior permite entonces plantear que el modelo que se implementa en Cali para APS es muy básico, con tendencia a la ejecución de

acciones como la base del proceso, pero sin que el propósito sea cambiar, a pesar de estar especificado en el objetivo del proyecto y que la teoría sobre la cual soportan la implementación está orientada hacia impactar los determinantes sociales de la salud. En otras palabras, el ente territorial no ha logrado durante la implementación superar el nivel de cambio de lo operacional centrado en los eventos que se realizan habitualmente, sin incluir aún cambios que apunten a la modificación de patrones o estructuras. *“En definitiva, el proceso de diseño de una Teoría de Cambio pone énfasis en el cambio de paradigma de cómo entendemos la realidad. De esta forma, supone que las acciones emprendidas para transformar esa realidad emanarán de una nueva manera de entenderla.”* (Retolaza, 2010)

- En el proceso de implementación si bien se han ejecutado una serie de acciones congruentes con las políticas nacionales, estas acciones no garantizan que se cumpla el objeto de la propuesta ejecutada (impactar los indicadores de salud) ni el objeto social de APS toda vez que aún no se han realizado procesos de evaluación, los informes solo dan cuenta de las actividades realizadas, los recursos ejecutados y la población atendida. La gran ausente en el proceso de implementación ha sido la participación social y ciudadana, componente donde no se evidencia ningún nivel de desarrollo ni de compromiso siendo imperativo lograr la vinculación al proceso de implementación y que esto a su vez permita mayores niveles de intervención.
- Por otro lado, la intersectorialidad y transectorialidad tampoco son fortalezas del proceso pues no se logra identificar la participación por ejemplo de los grupos de práctica médica, las ARL como parte de los actores del sistema de salud colombiano, la academia encargada de la formación del talento humano en salud, el sub sector farmacéutico, entre otros. En pocas palabras aún no se articulan

entidades del sector salud que tienen responsabilidades en la implementación de APS como tampoco hay una participación fuerte de otros sectores en forma continua y comprometida con esta estrategia.

- Aunque la propuesta contempla la etapa de gestión de la información donde no solo se consolida, sino que también se analiza la información recolectada, los informes finales de los proyectos ejecutados no evidencian la ejecución del 100% de las actividades propuestas, ni el cumplimiento total de las metas, al igual que los productos incluidos en su totalidad, lo que no contribuye a un buen análisis. A esto se suma la ausencia de un proceso de monitoreo y evaluación a pesar de estar contemplado en el proceso de Gestión de la salud pública por parte de los entes territoriales.
- Tomando como base la intención implícita de las políticas sociales, donde se incluye a APS, de generar cambios que aporten a la calidad de vida de las poblaciones, en estos momentos donde las desigualdades y la inequidad se encuentran muy marcadas en América Latina, en Colombia y en Cali, es imperativo generar procesos de evaluación que den cuenta si realmente los proyectos contribuyen con los cambios requeridos por la comunidad caleña. Es aquí donde la teoría del cambio se puede convertir en una herramienta de gestión y de mejora continua.
- Con relación a los criterios para la valoración con el fin de identificar condiciones para ser evaluada desde el modelo constructivista, se revisó la teoría del cambio en su propuesta como herramienta de gestión, se incluyeron algunos elementos que, a un futuro, pueden permitir el levantamiento del proceso de evaluación por el ente territorial Secretaría de Salud Municipal y que se trabajaron desde la propuesta de la autora Carol Weiss con 5 categorías sobre las que se deben construir los criterios.

- Es de recalcar que la implementación de APS en el territorio caleño cuenta con algunas fortalezas como contar con recursos financieros en forma permanente durante cada vigencia fiscal, un equipo que lidera desde el ente territorial y que se ha sostenido en el tiempo lo que les ha permitido una amplia experiencia y un conocimiento fuerte sobre la estrategia, una red de prestadores que participa como operadores del proyecto, con presencia en todas las comunas de la ciudad y trayectoria en prestación de servicios de baja complejidad lo que les ha permitido el reconocimiento de la comunidad y la posibilidad de identificar las condiciones de cada sector de la ciudad.

8. Recomendaciones

Las políticas de salud se consideran políticas activas siempre y cuando puedan ser evaluadas para demostrar los efectos y resultados alcanzados. (Tobar, 2015).

Es así como se plantean entonces las siguientes recomendaciones:

1. APS ha sido considerada en 2008 como una estrategia más necesaria que nunca, y las condiciones sociales que vive Santiago de Cali en la actualidad realmente justifican que los esfuerzos fiscales que se orientan hacia la implementación garanticen el impacto y aporten al objeto social para que se contribuya a mejorar las condiciones de vida de la comunidad.
2. Para cumplir lo anterior, es factible realizar el diseño del proceso de evaluación que se articule a la propuesta que tiene el ente territorial para buscar los

cambios que son propios de las políticas sociales. Este diseño puede ser abordado desde la teoría del cambio como una opción de mejora continua.

3. Ahora, para un buen proceso de evaluación es necesaria la calidad de la gestión de la información no solo como garantía de la gestión pública para la rendición de cuentas, sino también para documentar las experiencias y hacer visible los esfuerzos desarrollados.

Finalmente, no se puede desconocer que APS ha sido una estrategia que cuenta con poca aceptación dentro del sistema de salud colombiano pues se pueden enumerar las siguientes condiciones:

- Desde sus comienzos APS ha sido estigmatizada como la medicina de los pobres lo que no ha proporcionado la aceptación en muchos profesionales de la salud por considerarla de bajo perfil.
- El desconocimiento a nivel del personal de salud sobre lo que realmente es APS hace que en las mismas instituciones de salud y en el personal sanitario se confunda con los servicios primarios de salud y se desconozca la integralidad de las acciones. En varios documentos de investigación consultados durante este trabajo se pudo documentar la ausencia y escasez de personal sanitario formado en APS.
- La academia ha sido también un gran ausente durante la implementación de APS por parte del ente territorial, pues este actor puede convertirse en un aliado estratégico para la construcción de propuestas que realmente le apunten a un cambio en el perfil epidemiológico de la población caleña al igual que el impacto en los indicadores de salud tanto desde la formación del talento humano en salud

como desde los convenios docente asistenciales que se ejecutan en la red de prestadores.

Cierro este ejercicio reconociendo que el equipo de trabajo con que cuenta el ente territorial Secretaría de Salud Municipal de Cali para la implementación de la estrategia APS es un equipo motivado, comprometido y con la convicción que la estrategia es una necesidad que puede contribuir a mejorar la calidad de vida de la población caleña, refieren que de poderse generar continuidad a lo largo de todo el año fiscal y fortalecer los procesos que aún no han logrado consolidar, seguramente los resultados serían evidentes en materia de impacto en los determinantes sociales de la salud. Resalto el compromiso y la pasión con la que se refieren al narrar las experiencias vividas durante los años que se documentaron en esta investigación y la firme convicción de que APS es una estrategia que, si le aporta a la comunidad, así no tengan aún las evidencias para demostrarlo.

9. Referencias

Bibliografía

- Almeida, G. (2018). La atención primaria de salud en la región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42 - 104.
- Angel, S. (05 de 01 de 2020). *Repositorio Universidad Sergio Arboleda*. Obtenido de Repositorio Universidad Sergio Arboleda:
<https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/1457/La%20gesti%CC%81n%20pu%CC%81blica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Apráez Ippolito, G. (2010). En busca de la Atención Primaria de salud y salud para todos: reflexiones de una búsqueda. *Dossier salud pública y epidemiología en odontología*, 29 - 36.
- Atria, R. (2005). Políticas sociales. Concepto y diseño. *Estudios sociales*, 53 - 72.

- Caicedo, M. I., & Castillo Valencia, M. (2021). Tipologías de pobreza en Cali. Un análisis con base en el SISBEN. *Tendencias. Revisata de la Facultad de Ciencias económicas y administrativas, Universidad de Nariño*, 39 - 70.
- Cali como vamos . (octubre de 2020). *Boletines de calidad de vida*. Obtenido de Cali como vamos:
https://www.calicomovamos.org.co/_files/ugd/ba6905_a80de357de7e4cc298688a029ed9ca6d.pdf
- Corporación Andina de fomento CAF. (2016). Dos métodos de evaluación: criterios y teoría del programa. En Ligero, & J. Andres, *La evaluación de políticas. Fundamentos conceptuales y analíticos* (págs. 49 - 110). Argentina.
- Departamento Nacional de Planeación. (2019). *Mercado laboral urbano. Resultados 2019: Cali*. Cali: DNP.
- Franco-Giraldo, A. (2011). Atención primaria en salud (aps). ¿De regreso al pasado? *Opinion*, 83 - 94.
- García-Huidobro, D. (2018). Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista panamericana de Salud Pública*, 42 - 160.
- Giraldo Osorio, A., & Velez Alvarez, C. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*, 384 - 392.
- Gonzalez, J. C. (Mayo - Junio de 2015). Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de atención primaria en Colombia. *Carta comunitaria Atención Primaria en Salud. Volúmen 23. Número 132*. Bogotá, Colombia: Fundación Universitaria Juan N Corpas FUJNC.
- Grupo de estudios empresariales y de competitividad Cámara de Comercio de Cali. (octubre de 2020). *Balance Social Cali - Valle del Cauca 2019*. Obtenido de Cámara de Comercio de Cali: <https://www.ccc.org.co/wp-content/uploads/2020/10/Informe-Balance-Social-N-01.pdf>
- Holguín-Ruiz, y. o. (2015). Implementación de la aps en una zona urbana marginal de Cali: una experiencia de alianzas locales para enfrentar determinantes sociales. *Gerencia de políticas en salud*, 109 - 122.
- Irwin, A., & Scali, E. (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores*. Ginebra: OMS - OPS.
- Ministerio de Educación Nacional. (25 de Enero de 1996). Ley 266. *Por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia*. Bogotá D.C, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1993). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Ministerio de Salud y Protección Social*.
Obtenido de
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá D.C: MINSALUD.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *minsalud*. Obtenido de
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf

Monje, J. A. (2017). *Teoría del cambio en contextos complejos. 40 lecciones para la gestión de proyectos ágiles*. California: Createspace Independent Pub.

OMS . (1978). Conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud Alma Ata 1978. *Alma Ata 1978 Atención Primaria en Salud* (pág. 93). Ginebra: OMS.

OMS. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008. APS Mas necesaria que nunca*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2019). 72 Asamblea mundial de la salud. *Atención Primaria de Salud* (pág. 2). Washington DC: OMS.

Osorio, A. G. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación. *Atención Primaria*, 384 - 392.

Parga, J. H. (2015). *Biblioteca digital Universidad del Valle*. Obtenido de
<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/12568/CB-0542436.pdf?sequence=1>

Puig, P. L. (2014). Estrategia de renovación de la atención primaria de salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 75 - 84.

Reina, C. (2019). Barreras y facilitadores en la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en Palmira Colombia. *Revista de Salud Pública*, 1 - 8.

Retolaza, I. (2010). *TEORÍA DE CAMBIO. Un enfoque de pensamiento-acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social*. Guatemala: Sergráfica S.A Litografía.

Rico, R. (2011). *Biblioteca General Alfonso Borrero Cajal Pontificia Universidad Javeriana*. Obtenido de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/4744>

Roth, A.-N. (2019). La implementación de las decisiones. En A.-N. R. Deubel, *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación* (págs. 185 - 223). Bogotá D.C: Ediciones Aurora.

- Secretaría de Salud Municipal de Cali. (2019). *Alcaldía de Santiago de Cali*. Obtenido de <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/155738/implementacion-de-la-estrategia-de-atencion-primaria-en-salud--aps/>
- Secretaría de Salud Municipal de Cali. (2020). *Análisis de la situación integrada de salud ASIS*. Cali.
- Solar O, I. (0 de 2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Solarte, L. (2004). La evaluación y la intervención social. En L. Solarte, *La evaluación de políticas públicas en el estado liberal* (págs. 137 - 147). Cali: Colección ciencias sociales.
- Suarez, R., Zamora, S., Conte, G., & Olarte, M. F. (2012). *Sistematización de experiencias desarrolladas en el país de Atención Primaria de Salud APS y redes integradas de servicios de salud RISS en niveles territoriales. Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de experiencias*. Bogotá: MPS y OMS OPS.
- Tobar, F. (2015). Salud y cuestión social. En M. C. otros, *Gestión territorial integrada para el sector salud* (págs. 11 - 22). Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.