

**BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA CONTINUIDAD EN LA
EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN UNA ENTIDAD TERRITORIAL
DE SALUD EN COLOMBIA, ENTRE 2012 - 2015**



CARLOS ALBERTO REINA BOLAÑOS

**Trabajo de Investigación para optar al
título de Magíster en Salud Pública**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CALI – VALLE
2018**

**BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA CONTINUIDAD EN LA
EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN UNA ENTIDAD TERRITORIAL
DE SALUD EN COLOMBIA, ENTRE 2012 - 2015**



CARLOS ALBERTO REINA BOLAÑOS

**Trabajo de Investigación para optar al
título de Magíster en Salud Pública**

MARÍA FERNANDA TOBAR BLANDÓN

Directora del proyecto

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CALI – VALLE
2018**

Nota de aceptación

Firma del Presidente del Jurado.

Firma del Jurado.

Firma del Jurado.

Santiago de Cali, Febrero de 2018

DEDICATORIA

Dedico esta tesis de forma muy especial a cada una de las personas que con su esfuerzo e ingenio tratan de hacer de este mundo un lugar mejor.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, la profesora María Fernanda Tobar por su gran ayuda, confianza y colaboración en este trabajo de investigación.

A mis profesores, por compartir este mundo tan maravilloso que es la Salud Pública.

A mis compañeros, por las infinitas horas de aprendizaje y confrontación de ideas.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	15
2. ESTADO DEL ARTE	19
3. PERSPECTIVA TEORICA.....	25
4. OBJETIVOS.....	29
5. METODOLOGÍA.....	30
5.1 TIPO DE ESTUDIO	30
5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	31
5.3 ACTORES CLAVE	32
5.4 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	34
6. ANÁLISIS	36
6.1 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.....	37
6.2 PLAN DE ANÁLISIS.....	41
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
8. RESULTADOS	44
8.1. Caracterización de la estrategia de APS Municipio de Palmira.....	44
8.2. Categorías de barreras y facilitadores de contexto, actores, contenido y proceso, para la continuidad de la estrategia de APS	50
8.3. Comparación de barreras y facilitadores de contexto, actores, contenido y proceso, para la continuidad de la estrategia de APS.	83
9. DISCUSIÓN.....	87

10. CONCLUSIONES.....	95
11. RECOMENDACIONES	101
12. ANEXOS	103
12.1. ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	103
12.2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	107
12.3. GUIA ENTREVISTA ACTORES CLAVE ESTRATEGIA APS	108
12.4 AVAL COMITÉ DE ÉTICA	111
13. BIBLIOGRAFIA.....	114

LISTA DE CUADROS

Cuadro N°. 1: Definición operativa de Categorías y Subcategorías de análisis.	
.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico N°. 1: Componentes Triangulo de Políticas.....	27
Grafico N°. 2: Estructura Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud.	
.....	47
Grafico N°. 3: Estructura Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud de apoyo.	47
Grafico N°. 4: Fases de implementación de la estrategia de APS.	48
Grafico N°. 5: Relación semántica entre códigos temáticos, centrales y categorías de análisis.	51
Grafico N°. 6: Facilitadores de contexto.	52
Grafico N°. 7: Facilitadores de proceso.	55
Grafico N°. 8: Facilitadores de contenido.	59
Grafico N°. 9: Facilitadores de actores.	63
Grafico N°. 10: Barreras de contexto.	67
Grafico N°. 11: Barreras de proceso.....	72
Grafico N°. 12: Barreras de contenido.	76
Grafico N°.13: Barreras de actores.	79
Grafico N° 14: Cantidad de códigos temáticos relacionados con subcategorías y categorías de análisis.	86
Gráfico N° 15: Número de códigos asociados a barreras y facilitadores.	
.....	87

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1: Numero de aparición de códigos según entrevista realizada.	
.....	83
Tabla N° 2: Temas asociados a barrera, facilitador o ambos.	84

RESUMEN

Introducción: Desde la declaración de Alta Ata en 1978 la APS ha tenido relevancia dentro de los sistemas de salud a nivel mundial, convirtiéndose en un importante elemento para el logro del acceso universal y equitativo a la atención en salud. En Colombia han surgido diferentes experiencias de implementación de la estrategia con reconocimiento por sus resultados, como lo son La estrategia PIMAR y la Estrategia PRIMOPS. Posterior a los años 90 surgen diferentes experiencias de APS impulsadas por los entes territoriales en salud, sin embargo, estas no continúan en la actualidad, la mayoría de ellas finalizadas al momento de culminar el periodo gubernamental en que fueron ejecutadas. Actualmente la APS toma un carácter de obligatoriedad en la planificación de los Planes de Salud territorial a partir de la Ley 1438 de 2011, lo cual hace necesario conocer los medios para que esta estrategia pueda lograr su continuidad en el tiempo.

Objetivo: Conocer las barreras y facilitadores que determinaron la continuidad de la estrategia de APS en una Entidad Territorial de Salud (ETS) de orden Municipal de Colombia, entre el 2012 y 2015.

Metodología: Se hizo uso enfoque metodológico cualitativo mediante el Análisis de Contenido Temático. El ente territorial de salud en el cual se revisó la experiencia de APS fue el del municipio de Palmira, el cual es un municipio con 283.431 habitantes. La población objeto del estudio fueron los informantes clave, individuos con un papel potencialmente significativo en la formulación y desarrollo de la estrategia de APS, elegidos con un enfoque no probabilística por conveniencia. La información se obtuvo de fuentes primarias y secundarias, la primaria obtenida mediante la técnica de entrevista semi-estructurada. Se hizo uso del análisis por categorías predefinidas. En el análisis se tomaron las entrevistas previamente

grabadas digitalmente y se transcribieron, para el posterior proceso de análisis. Se utilizó el software informático de análisis cualitativo Atlas Ti 7, como herramienta de apoyo para el manejo de los datos.

Resultados: El análisis de barreras y facilitadores para la continuidad de la estrategia de APS en el ente territorial de salud, identificó las principales características de la estrategia y una serie de temas recurrentes al momento de analizar las posibles barreras y facilitadores en los componentes de proceso, actores, contenido y contexto. Cada uno de estos temas presentaron comportamientos diversos según la percepción de los participantes, en donde algunos temas fueron percibidos como facilitadores, barreras o con el comportamiento de ambos.

Conclusiones: Con la identificación de barreras y facilitadores para la continuidad de la estrategia de APS, se fortalece el estado documental de investigaciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población. La caracterización de la estrategia fue realizada tomando como base la información secundaria de documentos oficiales disponibles, lo cual presentó limitantes. Como principales barreras se encontraron la adaptación al contexto, los procesos de contratación, la gobernabilidad y la integralidad de la estrategia, como facilitadores se encuentran la gestión administrativa y la experiencia previa, por otro lado se encontraron factores que influían como barrera o como facilitador, dentro de los cuales se encuentran la seguridad, influencia política, el modelo de atención, el conocimiento de la población, la intersectorialidad, imaginarios frente a la estrategia, recursos económicos, ciclo de la estrategia, la normatividad y las expectativas frente a la estrategia.

Se compararon las barreras y facilitadores, encontrando que a nivel global se encuentran mayores barreras que facilitadores, este comportamiento se refleja en la teoría, puesto que esta indica que la población vulnerable presenta mayor

cantidad de barreras frente a los servicios de salud y la estrategia hace especial énfasis en este tipo de población.

Palabras clave: Atención primaria en salud, Barreras, Facilitadores.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria en Salud APS, es un tema que ha generado controversia desde la declaración de Alma ata, puesto que es reconocida como una estrategia pilar de la promoción de la salud, la cual tiene como finalidad el propósito de difundir internacionalmente modelos de atención en los cuales la población constituye un agente fundamental en la gestión de la salud. Esta estrategia ha tenido diferentes tipos de interpretaciones, las cuales se han adaptado a las circunstancias sociales, económicas y políticas de cada país en que se ha desarrollado (1).

En el caso de Colombia, las experiencias de implementación de la APS han tenido diferentes momentos y han sido llevadas a cabo por diferentes actores, siendo los más relevantes, los prestadores de servicios de salud y los entes territoriales de salud. La reglamentación estatal hacia el cumplimiento de la estrategia de APS no es clara hasta el año 2007, en donde es nombrada en la ley 1122, posteriormente en el año 2011 es reglamentada mediante la ley 1438 y finalmente es tomada como base para la creación del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS y en la Política de Atención Integral en Salud PAIS, en donde la estrategia APS adquiere un carácter de obligatoriedad a nivel nacional con responsabilidad del estado y de sus instituciones, en este caso los entes territoriales de salud.

El municipio de Palmira en el Valle del cauca, es un municipio con 283.431 habitantes, de los cuales el 80% de la población reside en el área urbana y el 20% en la zona rural y con una extensión de 1.162 Km cuadrados. En el año 2012 Palmira inicia el proceso de implementación de la estrategia de APS, la cual tenía como objetivo “Mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población intercultural y diversa, ciclos vitales y grupos vulnerables con enfoques determinantes”. Esta estrategia fue ejecutada durante el periodo 2012 – 2015 con

buenos resultados, sin embargo no logra su continuidad en el tiempo hasta la actualidad.

Para el desarrollo de esta investigación, de orden cualitativa, se hizo uso del análisis de contenido temático, en el cual se realizaron entrevistas a los informantes clave, los cuales eran personas con alto conocimiento de la estrategia tanto en la formulación como implementación de la misma, se indagaron en los temas que pudieron influir en la continuidad de la estrategia, encontrando diferencias en las percepciones y puntos a tomar en cuenta al momento de plantear e implementar en una estrategia de promoción de la salud como la APS a nivel municipal.

Este proyecto hace aportes al estado documental de investigaciones de intervenciones en salud pública, necesarias para el fortalecimiento y la mejora continua de las acciones llevadas a cabo por las entidades territoriales de salud. El análisis de barreras y facilitadores permitió identificar los principales temas a tener en cuenta para favorecer la continuidad de la estrategia de APS y facilitar su gestión, esto con el fin de aportar una estrategia que puede llegar a tener grandes beneficios en la salud de la población y en especial de la más vulnerable socialmente, trayendo consigo una disminución en las brechas de inequidad en salud.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En la Declaración de Alma-Ata de 1978 la Atención Primaria en Salud - APS fue definida como: *“El cuidado sanitario esencial basado en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar”* (2). Definición propuesta que adoptaron diferentes países alrededor del mundo hasta convertirse en una estrategia importante en los sistemas de salud, que son un elemento fundamental de la estructura social del estado y es responsable de enfrentar el desafío de mejorar la salud de su población. (3)

La APS es considerada uno de los pilares fundamentales dentro de los Sistemas de Salud mundiales, dado el actual contexto de fragmentación y crisis de los mismos (3). Cada vez es más conocido, que la atención clínica de salud convencional, es menos eficaz de lo que puede llegar a ser la APS (3). Razón por la cual, ésta fue considerada como una de las estrategias para alcanzar los objetivos de la Agenda de Salud para las Américas 2008 – 2017, convirtiéndose en un importante elemento para el logro del acceso universal y equitativo a la atención de salud (4).

Poco tiempo después de la Declaración de Alma Ata, se presentaron dificultades para que la APS se llevara a cabo dentro de los principales gobiernos mundiales y fuera impulsada desde organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud OMS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (5). En 1985, la Fundación Rockefeller habló de “Buena Salud a Bajo Costo”, la UNICEF chocó con las ideas de APS, y en Estados Unidos surgió la propuesta de APS selectiva, misma que “fue diseñada para mejorar las estadísticas de salud, pero abandonó el enfoque de Alma Ata, centrado en la equidad social y el desarrollo

de sistemas de salud” (6). Esto demostro un desconocimiento de la esencia del concepto de la APS como un compromiso del estado y la sociedad por la mejora de las condiciones de vida y salud en los territorios En América Latina la estrategia de APS, ha ganado relevancia dentro de las agendas de gobierno como uno de los principales ejes de los sistemas de salud (4). La amplitud del concepto de APS desde su concepción, ha permito que en diferentes países se haya interpretado y adaptado la APS a sus respectivos contextos políticos, sociales, culturales y económicos dando consigo diferentes formas de comprender y practicar la APS (6). Estas diferentes acepciones conservan una serie de atributos esenciales que la caracterizan, tales como: Primer contacto, Continuidad, Extensión y Coordinación; e incluye los atributos Enfoque familiar, Orientación comunitaria y Competencia cultural (7).

Sin embargo, la APS enfrenta dificultades en aspectos recurrentes como lo son la fragmentación y segmentación de los sistemas, la sostenibilidad financiera, limitada gobernanza, fallas de calidad en la atención, talento humano insuficiente, sistemas de información deficientes, bajas coberturas y baja capacidad resolutive del sistema público de salud (8). A demás de otras dificultades conexas como las reformas en sectores de la producción, la agricultura, el comercio y el situado fiscal, que de alguna u otra forma impactan el sistema de salud y la vida de las personas.

En Colombia la APS ha tenido una resonancia social, política y económica desde hace varias décadas, por lo que se cuenta con experiencias de integración de la APS como estrategia al sistema de salud del país, entendida y definida a partir de tres elementos fundamentales; equidad, desarrollo social y participación comunitaria, con responsabilidad en los entes territoriales (9). Lo anterior hizo evidente la articulación entre la teoría y praxis, y trajo consigo la noción de la APS como un programa destinado a la población más vulnerable en términos económicos y sociales. Desde los años 70, se conocen diferentes

experiencias en APS en el territorio nacional, que han mostrado resultados positivos para el mejoramiento de las condiciones de salud de población con mayor vulnerabilidad social y económica; experiencias como: La estrategia PIMAR y la Estrategia PRIMOPS (10) (11), posteriores al año 2000 se resaltan las experiencias de *Salud A Su Hogar* en Bogotá, *Palmira Avanza En Salud Más Cerca De Ti* en Palmira y *Salud En El Hogar* en Medellín (12). Todas estas experiencias llevadas a cabo desde las Entidades Territoriales de Salud – ETS de orden municipal y distrital, pero sin continuidad en la actualidad, la mayoría de ellas finalizadas al momento de culminar el periodo gubernamental en que fueron ejecutadas, a excepción del ente territorial de salud de Bogotá (13).

Actualmente la APS toma un carácter de obligatoriedad en la planificación de los Planes de Salud territorial a partir de la Ley 1438 de 2011, que tiene como objetivo fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud. El Artículo 11° de esta ley, define que “*Las acciones de salud pública y promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada*” lo cual otorga una gran responsabilidad a las ETS, en lo que tiene que ver con la implementación de la estrategia en los territorios (14).

Pese a que la APS es reconocida como una estrategia que ha logrado resultados positivos en la mejora de salud de la población; y a su carácter de obligatoriedad en el marco normativo colombiano, no ha sido posible que se haya garantizado la implementación y permanecía en el tiempo, por lo cual surge la siguiente pregunta ¿Cuáles son las barreras y facilitadores que determinan la continuidad de la implementación de la APS en las Entidades Territoriales de Salud?

Dar respuesta a esta pregunta, será un insumo fundamental de las Entidades

Territoriales de Salud, para la continuidad de la Estrategias de APS, que garanticen los beneficios en la salud a la población objetivo.

2. ESTADO DEL ARTE

La Atención Primaria en Salud (APS) “*promulgada por la Declaración de Alma Ata en 1978 como estrategia para alcanzar Salud para Todos hizo énfasis en una serie de valores, principios, nociones conceptuales y metodológicas que constituyen un enfoque amplio de la salud, una racionalidad de política de salud, y una serie de instrumentos eficaces para promover la creación e implementación de sistemas de salud de cobertura y acceso universal, organizar y operar servicios de atención en salud integrales y centrados en la persona, la familia y la población, la formulación participativa e intersectorial de políticas públicas, y la promoción de liderazgos sociales y gubernamentales que sirvan al objetivo principal de contribuir al logro del nivel de salud más alto posible haciendo énfasis en el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad social* (15)”. Este concepto ha sido integrado de forma reiterada por diferentes países de la región, en búsqueda de la mejor y más costo efectiva estrategia para mejorar la salud de la población.

A partir de la declaración de Alma Ata, aparecen cuatro enfoques principales para entender la APS, los cuales son la APS integral (16), la APS selectiva (17) la APS desde la Atención Primaria (18) y la APS renovada (19). La APS integral es tanto una filosofía política de la salud como una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud con el fin de desarrollar la salud de la población actuando sobre los determinantes sociales y teniendo como base los ocho elementos esenciales de Alma-Ata. La APS selectiva a diferencia de la integral se planteó como un medio inicial de responder a los objetivos propuestos en Alma Ata y de esta forma llegar a la APS integral, siendo la forma más difundida de implementación de la APS. Por otro lado, se encuentra la APS con enfoque de Atención primaria que es fundamentado en valores y principios de Alma-Ata haciendo énfasis en intervenciones médicas orientadas a la persona, la familia y la comunidad desde el primer nivel del sistema de atención en salud. La APS

Renovada fue entendida como la base de los sistemas de salud relanzando los principios de Alma Ata, contruidos sobre los valores de la equidad, la solidaridad y el derecho a gozar del grado máximo de salud posible.

En la literatura se encuentran experiencias de APS, las cuales logran tener continuidad en la implementación desde diferentes contextos, principalmente desde contextos de servicios de salud o de autoridades sanitarias. En el caso de las de servicios de salud, muestran como las organizaciones requieren de diferentes capacidades para brindar servicios de APS y obtener resultados dentro de la salud de la población (20) (21) (22) (23), estas experiencias reflejan que la organización y procesos son acordes a la atención primaria selectiva (APS-S) que se centra principalmente en la provisión de un conjunto de intervenciones médicas costo-efectivas según el modelo de salud clínica tradicional. Entre los que presentan elementos de operación desde las autoridades sanitarias, muestran como es necesario examinar elementos tanto de la comunidad como de la misma autoridad para un análisis integral de la APS, llevando consigo acciones más efectivas (24)(25)(26).

Al examinar las experiencias de APS, estas muestran retos para lograr la continuidad de la implementación, dentro de los cuales se encuentran el desarrollar estrategias para enfrentar la adaptación al medio, la construcción de institucionalidad y normas de funcionamiento (27). Además, la literatura muestra que sólo el 9% de las investigaciones en APS son enfocadas en perspectiva de sistema de salud, la mayoría de ellos mantiene un enfoque clínico de servicios de salud que responden en mayor medida al enfoque de APS selectiva (25).

A nivel de América Latina se encuentra que las principales barreras a las que se enfrenta la APS para su implementación en los sistemas de salud son (8):

- Reducir las inequidades en salud
- Superar las dificultades relacionadas con la universalidad y la eficiencia

en un contexto de solidaridad.

- la visión fragmentada de los conceptos de salud y desarrollo
- Proponer una política de formación y desarrollo de recursos humanos.
- la escasa continuidad de las políticas de salud Fortalecer el sistema de información.
- los recursos humanos insuficientes en número y capacitación.
- Fortalecer la práctica de la salud pública y la evaluación
- la falta de flexibilización en la gestión que permitan la adaptación a cada realidad y contribuyan a la mejora de la coordinación entre los distintos recursos y niveles asistenciales

En el caso de Colombia, el Ministerio de Salud Colombiano analiza y agrupa las barreras a las que se enfrenta la APS en su contexto, con las condiciones que presenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud, agrupándolas en cuatro dimensiones (28):

- Dimensión ética: Mayor equidad en salud, Solidaridad.
- Dimensión política: Salud Para Todos, Derecho a la Salud, Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Dimensión social: Salud en Todas las Políticas, Acción intersectorial, Participación ciudadana.
- Dimensión técnica: Reorientación de los servicios de salud con criterios de promoción de la salud, Modelos de cuidado integrales, Sostenibilidad financiera del sistema, entre otros.

En el año 2005 con la declaración de Montevideo todos los gobiernos de las Américas se comprometen en renovar la APS, entendida como la base de los sistemas de salud relanzando los principios de Alma Ata (19). Posterior a esta declaración resurgen experiencias de APS en el contexto colombiano, en donde se encuentra que la implementación y continuidad de la APS desde las Entidades Territoriales de Salud depende en gran medida de la voluntad política

y la capacidad operativa local, la cual en la mayor parte de las veces es limitada, trayendo consigo dificultades frente a presupuestos restringidos, recurso humano poco capacitado, reducido e inestable, dificultad para promover acciones intersectoriales para el trabajo sobre los determinantes sociales de la salud e Incentivar los procesos de participación ciudadana y comunitaria (8)(9). Sin embargo, existen experiencias de APS que pese a estas dificultades han logrado ser llevadas a cabo por parte de las Entidades Territoriales de Salud a nivel Municipal, distrital y Departamental, y que cuentan con evidencia de evaluación, dentro de las cuales se encuentran:

Bogotá

Desde el año 2004, el gobierno del distrito de Bogotá decidió implementar la APS a través del programa de Salud en el Hogar, siendo concebida como un modelo para la prestación de servicios de salud de primer nivel (29). La propuesta de retomar la estrategia de APS en Bogotá se orientó a garantizar el derecho a la salud con equidad, impactar los determinantes sociales y ambientales de la salud, mejorar el acceso a los servicios y reorientar el modelo de gestión y atención en salud (12). Actualmente el enfoque usado es el de la APS Renovada, mediante el cual se hace énfasis en los derechos humanos, la integralidad de la atención, la promoción de la calidad de vida y el territorio.

La estrategia de APSI (Atención Primaria en Salud Integral) se inició con el programa Salud a Su Hogar (SASH) en el 2004, posteriormente con el cambio de gobierno a partir del año 2008, se le denominó Salud a Su Casa (SASC) y desde el 2012 el de Territorios Saludables. La principal dificultad encontrada en esta experiencia es a nivel financiero, dado que presentaba un carácter segmentado que dificultaba la consecución de su carácter integral, con orientación familiar y comunitaria (12).

Palmira

El modelo de APS que se implementa en el municipio de Palmira inicia su desarrollo en el 2012, con la viabilidad política y las directrices del Plan de Desarrollo del Gobierno Municipal y el Plan Territorial de Salud de la Secretaría Municipal de Salud 2012 – 2015. El municipio de Palmira tomando como referencia experiencias previas de APS, y en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, diseña e implementa una Estrategia de APS donde su apuesta municipal se direcciona hacia el fortalecimiento de la prestación de los servicios a nivel local. Retoma dos de los tres componentes de la APS establecidos en la ley 1438 (30).

En las atribuciones y competencias de la estrategia, la formulación de los lineamientos conceptuales y técnicos están a cargo de la Secretaría Municipal de Salud, y la implementación es a través único hospital público local el cual tiene a cargo la conformación y seguimiento de equipos básicos de salud extramurales (12). Este Hospital, el Raúl Orejuela Bueno (HROB), vincula al personal que integra los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud (EBAPS). Los EBAPS están conformados por cinco profesionales y tres auxiliares: médico general, odontólogo, enfermera profesional, fisioterapeuta, y un profesional de las ciencias sociales o psicología. Los auxiliares son técnicos de higiene oral, técnicos de saneamiento y auxiliares de enfermería denominados “Forjadores” (12).

Santander

Surge en el año 2007 en el marco de renovación de la APS, concebida y desarrollada como un modelo de gestión para la política pública de salud para las diferentes provincias del departamento, la cual propende por involucrar a los diversos actores del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, actores, sectores sociales y productivos en el logro del mayor bienestar y la

calidad de vida de la población. Así, la Secretaría de Salud de Santander adopta la definición de APS planteada en la declaración de Alma Ata y como pilar fundamental acoge los valores y elementos de la renovación de la APS definidas por la OMS/OPS (2007). El modelo filosófico conceptual incorpora los atributos de la APS propuestos por Starfield, reconociendo seis atributos explícitos como elementos críticos: el primer contacto, la territorialización, la integralidad, la coordinación, la intersectorialidad y la participación comunitaria, los cuales se consideran como los ejes centrales articuladores para la operación de la estrategia (12)(31).

En la organización de la implementación específica del Modelo de Atención Integral basado en APS en Santander (MAIBAPS) se conforman equipos técnicos interdisciplinarios en el orden departamental y provincial encargado de los lineamientos y seguimiento de las acciones (12).

En el caso de investigaciones con objetos de investigación de identificación de barreras y facilitadores en la implementación de la APS, se encuentran investigaciones con diferentes enfoques, dentro de los cuales se encuentran: puesta en práctica de una política de estado (32), comportamiento de barreras y facilitadores a nivel de la literatura (33), modelos de atención institucionales en salud mental (34) y los enfoques metodológicos comúnmente usados para analizar barreras y facilitadores de la APS(35).

Finalmente, dado que se encuentran diferentes barreras para que la estrategia de APS pueda mantener su continuidad en el tiempo en las ETS, es de importancia obtener mayor conocimiento de aquellos aspectos que desde las diferentes ETS y sus actores involucrados, permiten u obstaculizan la continuidad de la estrategia de APS.

3. PERSPECTIVA TEORICA

Se hizo uso de la perspectiva teórica como medio para acercarse a la información, dado que en el campo del conocimiento que se pretende abordar no se dispone de muchas teorías que expliquen el fenómeno que se estudia; solo se tienen generalizaciones empíricas, es decir, proposiciones que han sido comprobadas en la mayor parte de las investigaciones realizadas, caso en el cual se hace uso de la perspectiva teórica (36). Esta investigación requiere de la interpretación de múltiple información que puede surgir a raíz del encuentro con los actores clave, por lo cual esta perspectiva teórica se construye a partir de la revisión de la literatura, conceptualización, antecedentes en general e investigación con objetos de análisis similares.

Las barreras y facilitadores pueden definirse como aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente la consecución de un objetivo en específico (37), que en el caso de la APS la cual se trabaja en esta investigación, se manifiesta en la continuidad o no de la estrategia dentro de los entes territoriales de salud.

Los términos continuidad y sostenibilidad han sido utilizados de forma ambigua en la literatura para referirse al mantenimiento de las acciones de las intervenciones en salud en el tiempo, en el caso del termino sostenibilidad ha sido asociado al ámbito económico, en donde es visto como un medio mediante el cual se puede evitar caer en riesgo fiscal y por lo tanto llegar al fin de la intervención en salud (38). Por otro lado, el termino continuidad ha sido asociado a las diferentes acciones clínicas y administrativa de una intervención y como estas suceden una tras otra en un tiempo acorde a los estándares, por lo tanto, la continuidad es vista desde el criterio de oportunidad de acciones frente a las necesidades de la persona (39).

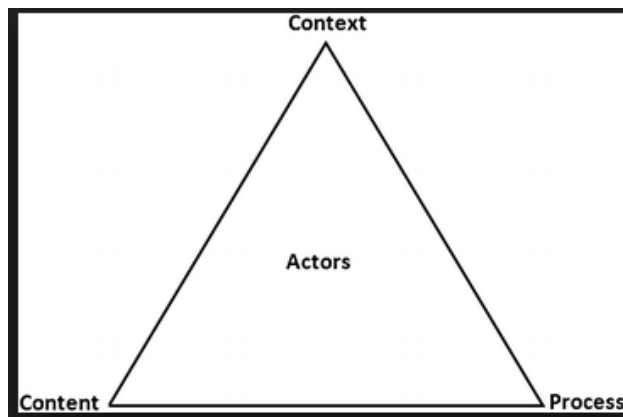
Para esta investigación, el termino continuidad fue entendido como un resultado y la sostenibilidad un proceso, es decir, la continuidad es el resultado del proceso de sostenibilidad, por lo cual, la continuidad se refiere a la continuación de las actividades y sus efectos, la cual se manifiesta en las rutinas organizativas de las acciones en el día a día por lo cual puede ser evaluada de manera transversal en cualquier momento. La sostenibilidad, por otro lado, implica los procesos que se toman para asegurar el futuro de los programas en salud y por lo tanto tiene que ver con la macroestructura que soporta la intervención en salud, para que la misma se mantenga a futuro y por lo tanto pueda llegar a la continuidad (40).

Para el análisis de intervenciones complejas en salud pública, se ha utilizado el triángulo de políticas de Walt y Gilson (41)(42)(43), el cual simplifica el abordaje, análisis y comprensión de intervenciones en salud pública relacionadas con políticas de salud, por lo cual es un enfoque que se adapta a las necesidades de esta investigación, al estar enfocada en una intervención de promoción de la salud relacionada con la ejecución de una política pública nivel municipal. Este triángulo de políticas presenta cuatro factores dentro de los que se encuentran las barreras y facilitadores, los cuales son: actores, contenido, proceso y contexto. Los factores de contexto hacen referencia a las características y al funcionamiento general del asunto a tratar y responden al “por qué” de la intervención. Los factores de contenido son los relacionados al contenido específico del tema y responden al “qué”. Los factores de proceso hacen alusión a la dinámica de la ejecución y responden al “cómo” y los factores de actores se refieren a las personas involucradas en la ejecución y que reflejan el “quien” (44).

Este enfoque permite abordar la estrategia de APS y entenderla como la forma de implementación de una política pública, lo cual la convierte en una intervención compleja y por lo tanto, en una intervención con múltiples factores

que alteran su funcionamiento, con lo cual este triángulo se convierte en una herramienta útil para explorar los diferentes factores que pueden afectar la intervención, puesto que las políticas de salud presentan un proceso interactivo frente al contexto socio-económico y cultural en donde son implementadas y los actores que hacen parte de ellas son los encargados de gestionar su proceso de ejecución.

Grafico N°. 1: Componentes Triangulo de Políticas



La asignación de la información de la investigación a cada uno de los componentes del triángulo, se da a través de la correspondencia de los contenidos en la información disponible y su relación con la definición de cada uno de los cuatro componentes. Toda la información relevante encontrada a partir de la revisión de los resultados de la investigación es sintetizada en los diferentes componentes del triángulo, de esta forma se explorar el comportamiento de los hallazgos y se puede comprender el funcionamiento de la intervención en salud (43)(44).

Las barreras o facilitadores abarcan una gran amplitud de situaciones en la medida en que puedan ser dinámicos o estáticos frente a la posibilidad de actuar sobre ellos para cambiarlos o aprovecharlos en un mediano o largo plazo a lo largo del proceso que se analiza. Por consiguiente, los factores dinámicos están enmarcados en posibilidades para la acción en un contexto y momento determinados. Por lo cual, la capacidad y habilidad de gestión de los actores participantes sobre los factores que están en juego dentro de la intervención en salud, favorecen el aumento de factores dinámicos en detrimento de los estáticos (32).

4. OBJETIVOS

General

Conocer las barreras y facilitadores que determinaron la continuidad de la estrategia de APS en una Entidad Territorial de Salud (ETS) de orden Municipal de Colombia, entre el 2012 y 2015.

Específicos

1. Caracterizar la estrategia de APS de la ETS, con base en el contexto, actores, contenido y proceso de ejecución de la estrategia.
2. Identificar las categorías de barreras y facilitadores de contexto, actores, contenido y proceso de ejecución para la continuidad de la estrategia de APS en la ETS.
3. Comparar las barreras y facilitadores de contexto, actores, contenido y proceso de ejecución para la continuidad de la estrategia de APS, en la ETS.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se llevó a cabo con un enfoque cualitativo, dado que este es el que mejor se adapta a la pregunta de investigación, la cual gira alrededor de analizar las barreras y facilitadores que influyen dentro de un fenómeno en específico, en este caso la estrategia de APS y continuidad dentro de un ente territorial municipal de salud.

Dentro de este tipo de enfoque metodológico existen variedad de concepciones o marcos de interpretación según sea el caso, sin embargo, comparten la comprensión del objeto de investigación en los siguientes términos: *“todo individuo, grupo o sistema social tiene una manera única de ver el mundo y entender situaciones y eventos, la cual se construye por el inconsciente, lo transmitido por otros y por la experiencia, y mediante la investigación, se trata de comprender en su contexto”* (45).

Por lo cual, este tipo de enfoque metodológico permitió comprender la percepción de diferentes situaciones e interpretarlas como barreras o facilitadores a la luz de un contexto determinado, puesto que una misma situación puede ser interpretada como barrera, facilitador o ambas según sea el caso (46). La acción indagatoria inmersa en este enfoque cualitativo permite moverse de manera dinámica entre los hechos y su interpretación de forma flexible, lo cual es necesario para llevar a cabo esta investigación.

El nivel a utilizar en la investigación fue el interpretativo, el cual es uno de los dos principales tipos de niveles de análisis usados en el Análisis de Contenido cualitativo, dado que pretende identificar y categorizar elementos, explorar sus

conexiones, regularidad y origen. Este nivel de investigación pretende comprender o explicar rasgos de la vida social objeto de la investigación que van más allá de los sujetos de estudio (47).

5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

El ente territorial de salud en el cual se revisó la experiencia de APS, fue el del municipio de Palmira, por ser una experiencia de APS liderada desde la entidad territorial municipal de salud y porque contó con evaluaciones que respaldan su funcionamiento y eficacia.

Dadas las características del este estudio, se consideró identificar los actores clave que en su momento se encontraban vinculados a la entidad territorial; dado que las Entidades Territoriales de Salud, cuentan con personal técnico de vinculación estatal o pública y con personal vinculado por contratación, el cual tiene unos tiempos de permanencia en las entidades, regularmente supeditado a los tiempos de los gobiernos de turno. Una vez identificados los funcionarios que de una u otra forma estuvieron vinculados a la Estrategia de APS desarrollada y objeto de este estudio, se contactaron para invitarlos a participar del estudio.

Las características de la entidad territorial en la que se desarrolló el estudio, es una entidad de orden municipal, de categoría 2 del municipio. Su estructura organizativa y operativa, no es muy amplia, razón por la cual la identificación y selección de informantes resulta una tarea de criterio del investigador, quien determina la pertinencia o no de considerar un informante, de acuerdo con los criterios de inclusión definidos para el estudio.

El estudio también considero, realizar análisis de los documentos públicos de la

entidad territorial, disponibles en fuentes abiertas o de libre acceso. Dado que la estrategia, por razones que se espera que el estudio arroje, no continúan desarrollándose en la actualidad.

5.3 ACTORES CLAVE

La población mediante la cual se accedió a la información fueron los informantes clave o individuos con un papel potencialmente significativo en el proceso en estudio, que en este caso son los involucrados en la formulación y desarrollo de la APS dentro del ente territorial de salud. Estos se definieron tanto por su influencia y grado de participación en la toma de decisiones y dominio del tema, como por su disposición para brindar información.

Dadas las características e intencionalidad del estudio, la elección de los actores clave se realizó con un enfoque no probabilística por conveniencia. El cual consiste en seleccionar los actores de la población de forma arbitraria por parte del investigador. Los individuos involucrados en la investigación se seleccionaron sin ningún criterio estadístico, por lo cual no es posible hacer afirmaciones generales con rigor estadístico sobre el asunto de análisis. (48). Se tomaron inicialmente en la experiencia de APS un tomador de decisión, un referente de los ejes de la estrategia y un operativo de la estrategia, se aclara que en el caso del personal operativo este se contrataba a través del hospital público del municipio, pero bajo la dirección de la secretaria de salud. Posteriormente se continuo con la recolección de la información mediante la técnica de bola de nieve. El tamaño final de la muestra fue definido por el criterio de suficiencia, el cual considera que se llega a la saturación de la información cuando los datos nuevos recogidos no aportan nada nuevo según las categorías de análisis y los objetivos de estudio (49). Se esperó, que la participación en

este estudio sea mínimo de 6 informantes clave.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE INFORMANTES CLAVE

Se incluyeron como informantes clave las personas que tenían conocimientos de la estrategia de APS en el ente territorial durante el periodo estudiado. Estos fueron seleccionados por el investigador de acuerdo a su grado y nivel de participación en el diseño, la formulación e implementación de la estrategia y su expresa voluntad de hacer parte del estudio. Igualmente se incluyeron por el grado de compromiso y responsabilidad asumida con el proceso, el desempeño como gestores de la iniciativa y la capacidad para impulsar e implementar acciones dentro de los componentes esenciales de la estrategia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE INFORMANTES

Se excluyeron las personas que no participaron en forma directa en la implementación de la estrategia de APS que se analizó. Tampoco se consideraron aquellas personas que desconocían las diferentes fases por las que se desarrolló el proceso de formulación e implementación de la estrategia de APS en el ente territorial de salud. Dado que al no poseer información obtenida en forma directa y de primera mano, se pierde la confiabilidad en la misma y la objetividad de la información, por lo tanto, se excluyeron de la investigación.

5.4 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información se obtuvo por fuentes primarias y secundarias. La información primaria se obtuvo por parte de los informantes claves, quienes son personas conocedoras en forma directa del proceso de formulación y desarrollo de la Estrategia APS en el ente territorial de salud, además por haber expresado su interés en participar y aceptar de forma voluntaria vincularse en el estudio.

El proceso para acceder a los actores clave fue mediante la invitación formal a participar del estudio por medio del correo electrónico, en el caso de que la persona se encontrara interesada se fijó una cita en donde se explicó a mayor profundidad del estudio y se le hizo entrega del consentimiento informado como requisito para ingresar a la investigación. La información de estos actores fue obtenida mediante la técnica de entrevista semi-estructurada que integro preguntas motivadoras, para la generación de la información por parte del entrevistado.

Para la construcción de estas preguntas se hizo uso del triángulo de políticas de Walt y Gilson (43) el cual aborda los componentes de proceso, contenido, contexto y actores, realizando preguntas frente a las barreras y facilitadores para la continuidad de la estrategia inmersas en estos componentes, lo cual les era familiar dada su afinidad y experiencia en el tema. Las preguntas tuvieron la finalidad de conocer las perspectivas de cada participante frente al objeto de estudio, para esto se hizo uso de preguntas predeterminadas y exploratorias.

Las entrevistas semi-estructuradas se desarrollaron en los horarios y fechas acordados previamente con el entrevistado y en los espacios locativos que ellos designen, de manera que se construyera un ambiente de confianza que facilite la comunicación y el registro de la información suministrada por medio de un dispositivo digital, para posteriormente ser transcritas y codificadas en matrices

operativas para el análisis.

La recolección de la información secundaria se obtuvo a partir de fuentes de datos que corresponden a documentos oficiales del Estado, las áreas de planeación y otras áreas responsables de la gestión de las Estrategias de APS, tales como área de salud pública, participación social entre otros. Dicha documentación corresponde a:

- Normatividad legal.
- Plan territorial de salud vigente en el periodo de implementación de la estrategia.
- Plan de desarrollo municipal vigente durante la implementación de la estrategia.
- Evaluaciones realizadas.
- Informes de desempeño de la estrategia.

Estos documentos apoyaron el análisis dado a la información obtenida mediante las entrevistas semi-estructuradas, además permitió verificar si la pregunta de investigación, expresadas en categorías y subcategorías de análisis, logra ser respondida en conjunto con las entrevistas realizadas a los informantes clave.

6. ANÁLISIS

Se hizo uso del análisis por categorías predefinidas (ver cuadro 1), las cuales se construyeron a partir de la perspectiva teórica usada en esta investigación, permitiendo abordar las barreras y facilitadores (37) desde los diferentes componentes del triángulo de políticas de Walt y Gilson (43), para la continuidad de la estrategia de APS en los entes territoriales de salud, como medio para explorar las áreas temáticas de la pregunta planteada, los objetivos de la investigación y los antecedentes en la literatura. El nivel de estructuración del instrumento (entrevista semi-estructurada) que se utilizó para la recolección de la información, pretendió conocer o describir elementos específicos dentro del problema definido. A su vez cada una de estas categorías contiene subcategorías de análisis en las cuales se asignan o clasifican todas las citas seleccionadas dentro de las entrevistas realizadas a los informantes clave. En el caso de encontrar citas que pertenezcan al problema de investigación pero que no pueden ser asignadas a las subcategorías previamente definidas, estas citas se debieron trabajar en la construcción de categorías emergentes; es decir categorías que se construyen a partir de lo que se recoge en el análisis y no de definiciones anteriores. Para esto, se hizo necesario ir agrupando las citas en torno a ideas comunes, de tal forma de llegar a conformar subcategorías con las cuales se pueda crear la nueva categoría emergente (50).

6.1 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Como unidades de análisis se seleccionaron dos categorías de tipo deductivo (51), las barreras y los facilitadores, las cuales son aquellas categorías y subcategorías (Ver Cuadro 1), que dan respuesta a la aproximación teórica y a los objetivos de la investigación. Mediante estas categorías se clasificaron los hallazgos como una barrera o facilitador en la medida que faciliten o limiten la consecución de la continuidad de la APS dentro del ente territorial. Dentro de las sub-categorías de análisis se encuentran los componentes de contexto, proceso, actores y contenido inmersos en el triángulo de políticas de Walt y Gilson (43).

En el Cuadro N° 1 se definen las Categorías y Subcategorías de análisis, también se plantea la Técnica de recolección de información a desarrollar con cada una de ellas y se estableció la población mediante la cual se obtuvo la información.

Cuadro N°. 1: Definición operativa de Categorías y Subcategorías de análisis.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	SUBCATEGORÍAS DE ANÁLISIS	TÉCNICA	POBLACIÓN
BARRERA: Factores que impiden total o parcialmente la consecución de un objetivo en específico.	• BARRERAS DE CONTEXTO: Características y funcionamiento general los entes territoriales de salud que impiden parcial o totalmente la continuidad de la APS incluidas políticas sectoriales y transectoriales. • BARRERAS DE PROCESO: Dinámica de la ejecución de la estrategia que impiden parcial o totalmente la continuidad de la APS. • BARRERAS DE CONTENIDO: Contenido de la estrategia que impiden parcial o totalmente la continuidad	• Entrevistas semiestructuradas • Revisión documental	Tomadores de decisión de autoridad sanitaria. Referentes de los ejes de la estrategia. Operativos de la estrategia.

	de la APS. • BARRERAS DE ACTORES: Personas involucradas en la ejecución que impiden parcial o totalmente la continuidad de la APS.		
FACILITADOR: Factores que facilitan total o parcialmente la consecución de un objetivo en específico.	• FACILITADORES DE CONTEXTO: características y funcionamiento general los entes territoriales de salud que facilita la continuidad de la APS incluidas políticas sectoriales y transectoriales. • FACILITADORES DE PROCESO: dinámica de la ejecución de la estrategia que facilita la continuidad de la APS.	• Entrevista Semiestructurada • Revisión documental	Tomadores de decisión de autoridad sanitaria. Referentes de los ejes de la estrategia. Operativos de la estrategia.

	• FACILITADORES DE CONTENIDO: contenido de la estrategia que facilita la continuidad de la APS. • FACILITADORES DE ACTORES: personas involucradas en la ejecución que facilita la continuidad de la APS.		
--	---	--	--

6.2 PLAN DE ANÁLISIS

El análisis se basó en el proceso de creación de códigos de acuerdo a las categorías y subcategorías establecidas previamente, inicialmente se tomaron las entrevistas previamente grabadas digitalmente y se transcribieron, para posteriormente identificar si están recogidas de acuerdo a las categorías y subcategorías de análisis, para la elaboración del análisis y conclusiones del estudio. Para este proceso se utilizó la técnica de Análisis de Contenido Temático, en la cual considera la presencia de términos o conceptos. Las técnicas más utilizadas son las listas de frecuencias, la identificación y clasificación temática, y la búsqueda de palabras en contexto, pretende interpretar los significados, suponiendo en ellos un contenido manifiesto y un contenido latente (52).

Para llevar a cabo el proceso de análisis cualitativo de contenido, se utilizó el software informático de análisis cualitativo Atlas Ti 7, como herramienta de apoyo para el manejo de los datos y construcción de matrices de contenidos de acuerdo a las categorías y subcategorías de análisis.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El trabajo de investigación titulado “BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA CONTINUIDAD EN LA EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN UNA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD EN COLOMBIA ENTRE 2012 - 2015”, incluyo las consideraciones de los siguientes documentos: Constitución Política De Colombia de 1991, Declaración de Helsinki, la resolución 8430/93 y respeta los principios fundamentales del Informe Belmont: “Respeto a las personas, Beneficencia y Justicia” mediante la confidencialidad de la identidad de la información suministrada.

Para proteger los derechos de los informantes a no ser identificados y mantener la confidencialidad de la información, se realizó el diligenciamiento del consentimiento informado antes de que cada participante brindara algún tipo de información al investigador. Se explicó la forma en que se usaría la información y datos suministrados y como estos se protegerían, respetando la identidad los informantes, -no serán expuestos en primera persona, ni se utilizará su identidad o cargo profesional dentro de la estrategia- utilizando solo la información necesaria con fines estrictamente académicos.

Según el Artículo 11º de la resolución 8430 en su literal b), esta investigación fue catalogada como: “Investigación con riesgo mínimo”. Dado que es una investigación que emplean el registro de datos suministrados por la persona. Se resalta que los resultados de la investigación serán analizados dentro de parámetros éticos de seriedad y cumplimiento. La información recolectada estuvo bajo extrema confidencialidad, no se registró el nombre de los informantes clave de la investigación y la información referida no tuvo

repercusiones en ningún aspecto, de ser esta información expuesta, el investigador del proyecto será quien asuma toda la responsabilidad y cualquier aspecto legal. Se aclara que el investigador no tiene ningún conflicto de interés.

8. RESULTADOS

8.1. Caracterización de la estrategia de APS Municipio de Palmira

En el *contexto* se encontró que mediante la creación del plan de desarrollo 2012 – 2015 “Palmira avanza con su gente” creado mediante el Acuerdo 010 del 2012, el cual tuvo como visión “El municipio de Palmira en el año 2015 será un territorio seguro, incluyente, participativo, educado, saludable, competitivo y sustentable, con desarrollo humano e integración regional, basado en el aprovechamiento de sus potencialidades en biodiversidad, agroindustria, sector terciario, patrimonio cultural, conectividad, ciencia y tecnología, generando oportunidades de desarrollo a escala humana, procesos de inclusión social y gobernanza en alianza público – privada que permita mejorar los índices de calidad de vida”. Se creó la ruta estratégica a seguir durante los cuatro años de gobierno por parte de la administración municipal.

Para el cumplimiento de este plan en el apartado de salud se creó el plan territorial de salud “Palmira avanza en salud”. El cual tuvo como objetivo “Mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población intercultural y diversa, ciclos vitales y grupos vulnerables con enfoques determinantes.” Para esto se llevó a cabo la estrategia de Atención Primaria en Salud, la cual puso especial énfasis en el fortalecimiento de los servicios de baja y mediana complejidad para mejorar la capacidad resolutive en la prestación de servicios de salud.

El Municipio de Palmira es uno de los más grandes del Valle del Cauca, con una población de 283.431 habitantes según el censo del 2005. Presenta una división político administrativa de dos sistemas, uno urbano conformado por 7 comunas y uno rural con 9. El 80% de la población reside en el área urbana y el 20% en la zona rural. Palmira tiene una extensión de 1.162 Km cuadrados, una altitud sobre el nivel del mar de 1001 metros y un clima promedio en la cabecera municipal de 23°C (53). Este Municipio es clasificado como “Categoría 1” según la Dirección Nacional de

Planeación de Colombia y la ley 617 del 2000, en donde es ubicada en esta clasificación según su cantidad de población e ingresos corrientes de libre destinación anual, esta clasificación permite a los municipios manejos diferenciales de los recursos públicos, entre más alta la categoría mayor autonomía en el manejo de estos recursos. (54).

El *contenido* de la estrategia se vio reflejado en el plan territorial de salud de este municipio conto con tres programas, Salud pública, Aseguramiento y Atención Primaria en Salud. El programa de Salud pública conto con cuatro subprogramas, en los cuales el primero es el de Protección en salud, teniendo como objetivo cubrir en 95% la población objetivo. El segundo subprograma es el de Salud materna cuya meta fue aumentar en 6% el número de madres gestantes vinculas a programa de control prenatal antes de la semana N° 12 de gestación. El tercer subprograma es el de Salud en la primera infancia “Niños y niñas con estilo de vida saludable”. El cual se fijó metas de cumplir el 95% de cobertura en niños y niñas de 0 a 5 años con el esquema completo de vacunación, realizar dos campañas anuales de prevención en mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años, reducir en 2,7% la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años, realizar dos campañas anuales de prevención en mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años, implementar la estrategia de lactancia materna en las veinticuatro Instituciones Prestadoras de Salud IPS. El cuarto subprograma es el de Prevención en VIH/SIDA con metas de realizar cuatro jornadas de pruebas voluntarias de VIH para población en riesgo y promover cuatro campañas de comunicación de prevención de VIH/SIDA en población heterosexual, LGTBI y trabajadoras sexuales (55) (56).

El programa de aseguramiento planteo como objetivo “Alcanzar el 100% en aseguramiento de la población pobre no asegurada.” Esto mediante la realización de procesos de promoción de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS-, actualizando, identificando, priorizando, depurando, y

sistematizando las bases de datos del régimen subsidiado, contributivo, y otras bases necesarias, como medida de transparencia y eficacia con los recursos, realizando adecuación tecnológica y recurso para procesos de afiliación, gestión financiera de recursos y actividades de Inspección Vigilancia Control, -IVC- y auditoria del régimen subsidiado. Este programa conto con un subprograma de Fomento y monitoreo del aseguramiento, cual tenía como metas Afiliar al SGSSS 16.177 personas de la población pobre no asegurada y realizar inspección, vigilancia y control al 100% de las aseguradoras del SGSSS.

Finalmente se encuentra el programa de Atención Primaria en Salud, el cual tuvo como objetivo el Fortalecer la prestación de servicios de atención primaria en salud. Esto mediante el contacto con la comunidad a través de los equipos básicos de atención primaria en salud, los cuales eran los principales actores durante el proceso de implementación de la estrategia, al funcionar como facilitadores de la prestación de servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación, con un estricto seguimiento mediante actividades de Inspección, Vigilancia y Control IVC. Este programa conto con un subprograma llamado Fortalecimiento de la red pública, el cual tenía como metas el ejecutar cuatro proyectos de infraestructura y dotación en la red pública de salud, implementar y evaluar el modelo de Atención Primaria en Salud “Palmira avanza más cerca de ti” para la prestación de servicios de salud.

Los encargados de ejecutar la estrategia de APS en el territorio fueron los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud, EBAPS, son grupos de profesionales y técnicos en salud, cuyos perfiles están definidos a partir de las necesidades en salud identificadas (55) (56). Adicionalmente se encuentra un EBAPS de apoyo el cual es usado en situaciones específicas.

Grafico N°. 2: Estructura Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud (56).

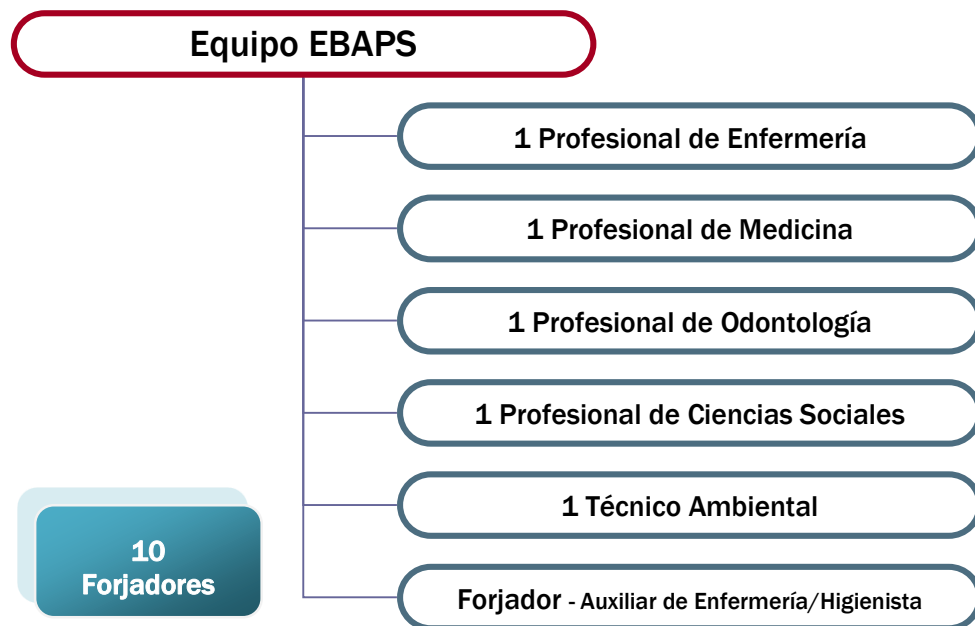
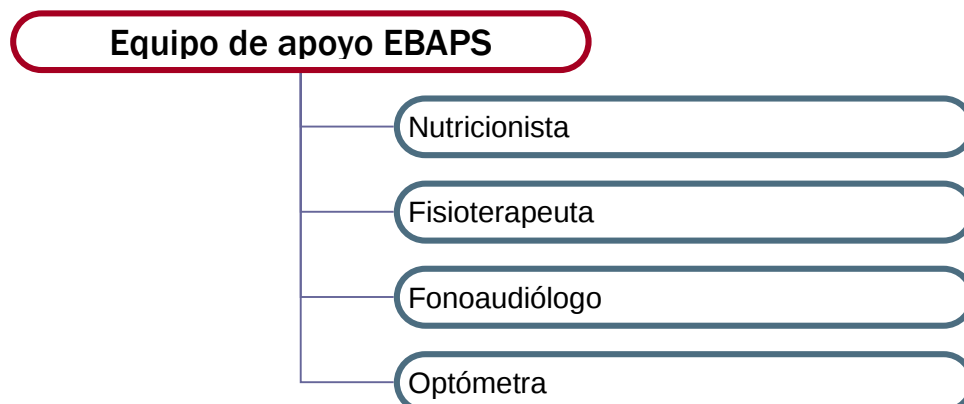


Grafico N°. 3: Estructura Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud de apoyo (56).



El *proceso* de implementación de la estrategia comprende un grupo de cinco fases que se muestran a continuación. Estas fases en la práctica no tienen un estricto orden secuencial y pueden darse permanente o intermitentemente en la estrategia (56):

Grafico N°. 4: Fases de implementación de la estrategia de APS.



Finalmente, en el año 2015 se realizó una evaluación de proceso de la estrategia de APS en el Municipio de Palmira (30), en donde se lograron constatar los siguientes logros:

- Empoderamiento de la comunidad y reconocimiento de la salud como derecho.
- Cambio en la percepción y en la operación del modelo de prestación de servicios de salud.
- Menor resistencia por parte de los funcionarios de la SSMP para integrarse a la propuesta de APS.

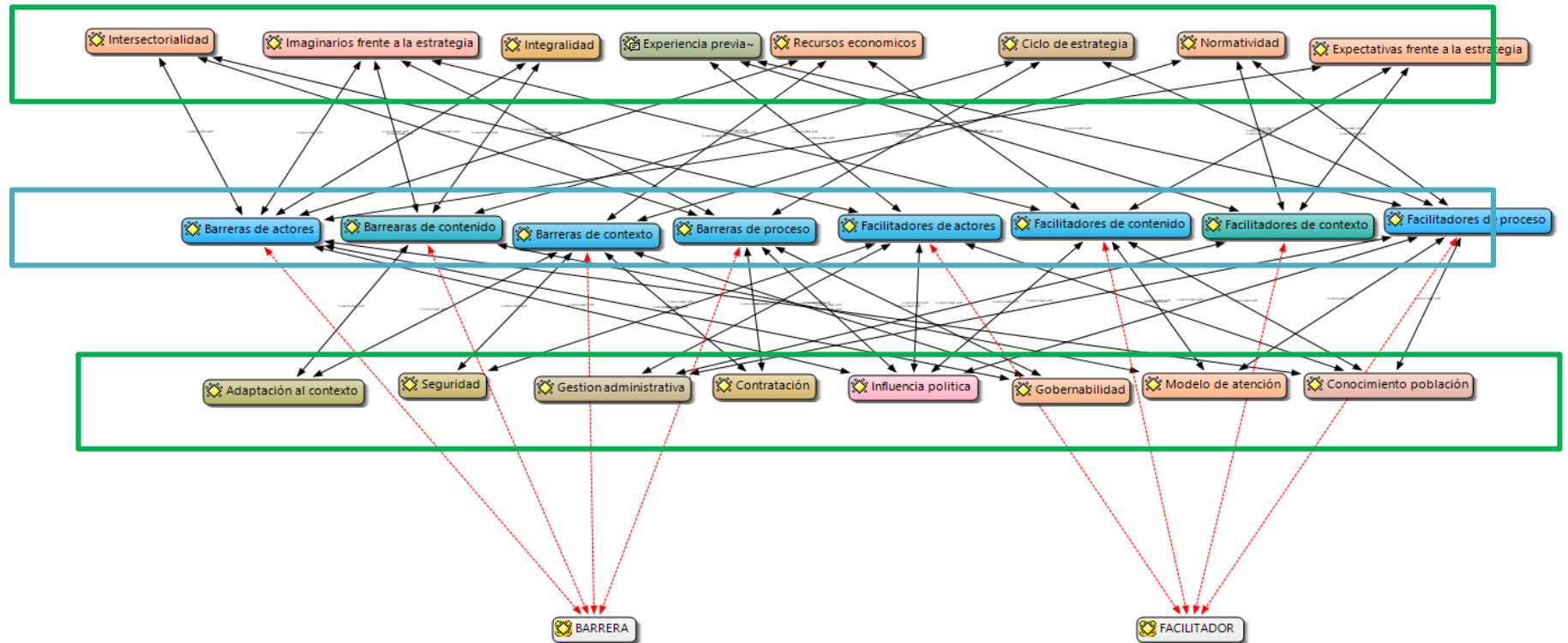
- Afectación positiva en los indicadores y metas de Salud Pública.
- Inicio y avance en la consolidación de un trabajo intersectorial.
- APS llegó donde se necesitaba.
- Las poblaciones recibieron los servicios de salud requeridos.
- Comunidad más informada con mayores grados de participación.
- Cumplimiento de coberturas y metas en salud.
- Aumento en la demanda de servicios de salud.
- Fortalecimiento del trabajo con EAPB.
- Reconocimiento de la Secretaría de Salud como autoridad sanitaria.
- Mejoramiento de la calidad en las actividades relacionadas con la prestación de servicios de salud.
- Recurso humano capacitado.
- El aplicativo como mecanismo para mejorar los procesos de captura y análisis de la información.

8.2. Categorías de barreras y facilitadores de contexto, actores, contenido y proceso, para la continuidad de la estrategia de APS.

La estructura de los resultados de esta investigación se abordó tomando como base el siguiente grafico (Grafico 4), el cual aborda como **Códigos Centrales** las subcategorías de análisis descritas en el apartado anterior de Metodología. Por otro lado, están los **Códigos Temáticos**, que recogen los temas encontrados al interior de las entrevistas, según lo plantea el método de Análisis Temático de Contenido, método usado en esta investigación. Los resultados fueron descritos mediante la relación entre Códigos Centrales y Códigos Temáticos.

El número final de entrevistas realizadas fue de 7 entrevistas, las cuales fueron definidas por el criterio de suficiencia, debido a que se llegó a la saturación de la información cuando los datos nuevos recogidos no aportaron nada nuevo según las categorías de análisis y los objetivos de estudio.

Grafico N° 5: Relación semántica entre códigos temáticos, centrales y categorías de análisis



Fuente: Entrevistas a participantes en la investigación.

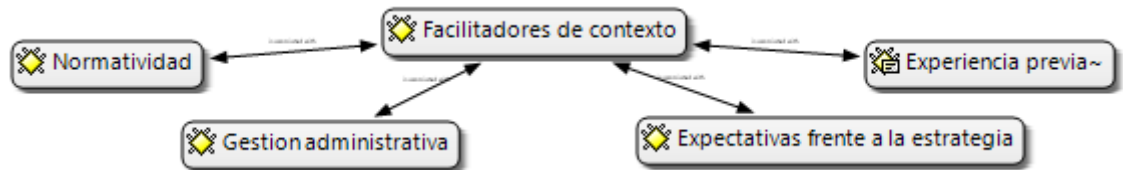
Códigos centrales: —

Códigos temáticos: —

FACILITADORES

FACILITADORES DE CONTEXTO

Grafico N°. 6: Facilitadores de contexto.



Según los entrevistados, se encontró que el tema de *experiencia previa*, tiene relevancia como facilitador para la continuidad de la estrategia, esta experiencia previa permite obtener insumos para llevar nuevamente a cabo la estrategia, también al tener una experiencia positiva es posible superar barreras del contexto de forma más efectiva.

Entrevistado: (...)“*Llegamos a un escenario donde muchas que cosas que habían sido aprendizajes nuestros entre 2005 y 2007 pues ya era un camino recorrido y no necesitábamos ponerlas a andar*”.(...) De igual forma se entiende que las condiciones contextuales son cambiantes y varían según el lugar donde se lleve a cabo la estrategia, por lo cual se debe tener un conocimiento actualizado de las condiciones del contexto para poder actuar de forma eficiente en él.

Entrevistado: (...)“*Cuando hicimos el ejercicio en Cali hace más de 20 años, las necesidades básicas en el distrito eran la ERA la IRA, problemas de piel, gastrointestinales, problemas de vacunación, manejo de agua, entonces nosotros enseñamos a cómo preparar el agua, pero esas necesidades ahora no son prioritarias*” (...).

Por otro lado, se encontró que el ideal frente al talento humano es que el mismo cuente con alta experiencia y conocimiento en APS, sin embargo, no siempre es posible contar con este tipo de personal, por este motivo es necesario buscar

alternativas como el trabajo en equipo con personas que si posean esta experiencia.

Entrevistado: (...)“*Con experiencia o no, porque tú sabes que los trabajos contratan personas nuevas, eso es de aquí, pero por lo menos que esa persona esté coordinada por personas con experiencia, personas que direccionen y que sepan aclarar dudas*”(…).

Otro aspecto importante son las *expectativas frente a la estrategia*, las cuales son identificadas como facilitadores en la medida en que se tiene conocimiento frente a las capacidades y posibilidades de la estrategia frente al cumplimiento de expectativas de los actores, de esta forma se pueden fomentar prácticas que fortalezcan la estrategia.

Entrevistado: (...)“*Uno tiene el contexto, tiene que entender cuáles son los imaginarios y expectativa de la gente para fomentar los círculos virtuosos y anular los círculos viciosos*”(…).

Estas expectativas son dinámicas y van cambiando según el momento de desarrollo de la estrategia y la visibilidad de sus logros, con lo cual se consigue un mayor posicionamiento y respaldo en el contexto.

Entrevistado: (...)“*Cuando comienzas hacer una estrategia con algunos reparos y algunas dificultades, con algunos e incertidumbres que es normal al momento de cambiar el chip, eso es normal, pero cuando los números empiezan a mostrar los resultados el contexto cambia y el ciudadano a pie y la comunidad empieza a reconocer la estrategia*”(…).

Referente al tema de *normatividad* como facilitador de contexto, los entrevistados informan que el marco normativo que rige actualmente ofrece espacios para la puesta en práctica de la APS según el nuevo modelo de salud.

Entrevistado: (...)“*Para nosotros implementar la estrategia, hemos cogido el Plan Decenal de Salud Pública, el Plan Territorial de Salud, el Plan de Desarrollo y hemos tomado unas prioridades, unas prioridades territoriales y las hemos bajado a la ciudad*”(…). De igual forma la *normatividad* permite la creación

de espacios para llevar a cabo la APS, reconociéndola como una parte fundamental y obligatoria del sistema de salud nacional.

Entrevistado: (...)“Se elaboró un plan para ejecutar la estrategia de APS en el municipio en el año 2012 y ahora estamos volviendo a retomar, pero haciendo la adaptación del MIAS a través de la política PAIS de salud que establece el gobierno nacional, algo muy importante en el sistema que hacía falta volverlo obligatorio”(…).

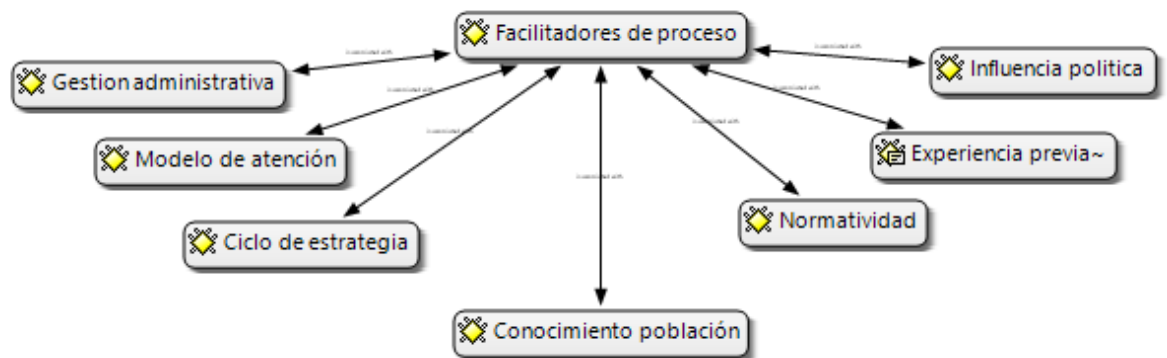
Frente al punto de *gestión administrativa*, fue reconocida como un medio para obtener mejores resultados en salud y con el cual se pueden llevar a cabo acciones obligatorias en salud por parte del ente territorial de forma más eficiente.

Entrevistado: (...)“Nosotros no descubrimos el agua tibia, miramos que tocaba hacer y lo hicimos de una forma diferente, con APS, y eso nos tragó mejores resultados a los periodos anteriores en que no se hizo”(…). También la *gestión administrativa* de las entidades territoriales en salud requiere de alianzas con el sector privado para el fortalecimiento de sus capacidades de acción, dado que las mismas no siempre son suficientes para conseguir los resultados esperados en la salud de la población.

Entrevistado: (...)“El 70% de la población aquí en Palmira lo manejan las EPS contributivas y el sector público el 30%, por eso te digo que las EPS hay que amarrarlas a la salud pública, porque si este tipo de ejercicio lo quiere tomar sólo el estado no va a ser exitoso”.

FACILITADORES DE PROCESO

Grafico N°. 7: Facilitadores de proceso.



El tema de *gestión administrativa* es de relevancia para facilitar el proceso de ejecución de la estrategia de APS, debido a que la gestión de los tomadores de decisión facilita que la estrategia puede llevarse a cabo pese a las dificultades de operación o falta de recursos, mediante esta gestión las condiciones contextuales logran ser adaptadas favorablemente y la estrategia puede ser llevada a cabo.

Entrevistado: (...)“*Los municipios la conservaron porque vieron que les funcionaba, la conservaron con sus propios recursos ya que no había del Departamento, había otros que decidieron parar, esperar a que les llegara la plata por parte del Departamento y no continuaron.*(...)”

Otro tema identificado por los entrevistados es el *modelo de atención*, puesto que el contenido de la estrategia logra adaptarse de forma versátil, cubriendo diferentes espacios, poblaciones y condiciones, según las necesidades en atención de la población, yendo desde la canalización hasta la completa prestación del servicio.

Entrevistado: (...)“*Podríamos irnos desde la canalización absoluta hasta la prestación absoluta, entonces en zona urbana casi todo era canalización, ¿Que afán de que le haga una consulta en su casa? usted puede tener una*

consulta en su puesto de salud, ahí era más canalización, en zona rural era más prestación, no se entiende una estrategia en que no haya atención de la gente”(...). Este modelo de atención basado en la APS, es concebido como una pieza fundamental del sistema de salud colombiano, el cual es capaz de dar respuesta a las necesidades en salud de la población.

Entrevistado: (...)“*La APS es la pieza que le falta al engranaje básico del modelo de salud, debería ser lo mínimo y no el Plus, debería ser una responsabilidad obligatoria de quien haga las veces de EPS*”(…).

Otro tema notorio es el *ciclo de la estrategia*, dado que la estrategia de APS atraviesa el fin de un periodo político y el inicio del siguiente, ante lo cual las prácticas en salud pública inmersas en el modelo de APS lograron seguir continuándose, esto dado los buenos resultados obtenidos, aunque no se continua con la estrategia en su totalidad.

Entrevistado: (...)“*Hoy se están implementando algunas actividades que nosotros implementamos hace algunos años atrás con la estrategia de APS, significa esto de una u otra forma que, a pesar del cambio político, el cambio coyuntural, hoy le ven bondades a ese modelo, esa es la razón por la cual aún se está implementado algunas cosas de la estrategia así no sea con el nombre de APS(…)*”. La continuidad del proceso de la estrategia no solo depende de la institucionalidad y administración, también depende de la comunidad la cual tiene un papel fundamental en el desarrollo voluntario de la estrategia.

Entrevistado: (...)“*Hay muchas cosas que se continúan, pero por parte de nosotros mismos, no tiene nada que ver con la Secretaría y el hospital, pero seguimos haciendo actividades allá en el barrio*”(…).

El tema de *conocimiento de la población* permite comprender las necesidades presentes en los territorios, además sirve de acercamiento a la población para conocerla a fondo, en contraste a la información que se puede obtener solo de fuentes secundarias.

Entrevistado: (...)“*Cuando yo empecé a ser las encuestas buscando las familias, censando todo el barrio, ya conocimos que necesidades realmente*

habían y no solo las que teníamos reportadas en las bases de datos”(...). Para obtener información de forma constante de la comunidad fue necesario contar con un agente comunitario, el cual cumplía el papel de intermediario entre la institucionalidad y la comunidad, de tal modo que se lograra la retroalimentación constante de información facilitando la ejecución de la estrategia.

Entrevistado: (...)“*El agente comunitario es el que la gente reconozca y se entiende con él, que saben que con él consiguen, que él es el líder, la primera parte de la estrategia se hizo así, el agente comunitario es el forjador, así lo logramos vincular y por eso tuvo mejores resultados”(...*).

La *normatividad* es un tema que permite obtener las bases para impulsar el cumplimiento de la APS, sin embargo, sigue siendo necesario que se supervise el cumplimiento de la norma como garantía de su cumplimiento, de esta forma se facilita la ejecución de la estrategia de APS.

Entrevistado: (...)“*Solo hay dos maneras de garantizar la continuidad en APS, Que se vuelva obligatoria para los actores y que se supervisa su cumplimiento”(...*).

La *experiencia previa* permite que la estrategia se logre retomar desde un punto específico y no desde el inicio, hay cosas que se ganan en procesos anteriores y no son necesarias tomarlas nuevamente cuando se reinician los procesos.

Entrevistado: (...)“*Lo que cambio de lo anterior ahora, es esa visión de lo que es APS, ya entendimos que APS también la hacemos nosotros no sólo la empresa contratada, eso nos ha servido como insumo”(...*).

La continuidad en el proceso de APS requiere de *influencia política* para poder llevarse a cabo, dado que va directamente ligada al plan político de los tomadores de decisiones, APS no solo implica el sector salud, implica todos los sectores de gobierno del territorio de forma articulada y esto se logra por medio de la rectoría institucional.

Entrevistado: (...)“*¿Cuál es la participación de la rectoría en el desarrollo de la estrategia de APS? si el alcalde se echará una estrategia sale, porque es*

que APS implica una manera de gobernar, una manera organizar el territorio y de las cosas”(...). Existen contenidos de la estrategia de APS que se mantienen en el tiempo con mayor facilidad, esto depende de la adaptación contextual y política que puedan tener los contenidos de la estrategia según los intereses del tomador de decisión.

Entrevistado: (...)“*Todo lo que tuvo continuidad digamos que es un contenido aceptado y que lo pudieron seguir desarrollando sin problema y todo lo que no tuvo continuidad son contenidos que requerían más voluntad política, la voluntad política es indispensable para desarrollarlo todo, pero hay contenidos más aceptables que otros” (...).*

FACILITADORES DE CONTENIDO

Grafico N°. 8: Facilitadores de contenido.



Dado el contenido de la estrategia enfocado a la promoción de la salud, surge la posibilidad de hacer uso de *recursos económicos* destinados para la salud pública, para lo cual es necesaria la autonomía de la utilización de recursos brindada a través de la certificación municipal en salud (57), sin embargo, la estrategia también permite la posibilidad de hacer uso de recursos externos a los de salud gestionados por los tomadores de decisión, los cuales se logran obtener al convencer a otros sectores de la importancia de la estrategia para el desarrollo de los indicadores de salud de la población.

Entrevistado: (...)“El alcalde tenía una plata para salud pública y se llamaba PAB, esta se usaba en parte para la estrategia, pero no alcanzaba, alguien les propuso el 1x1, por cada peso que usted alcalde pone en el hospital yo pongo otro peso del departamento, así por un lado se favorecía la estrategia y por el otro mejoraba los indicadores de gestión en salud del alcalde” (...).

Frente al tema de *conocimiento de la población*, fue necesario organizar la estrategia de tal forma que toda la población pudiera ser cubierta y conocida, esto requiere del talento humano suficiente en número y capacidades para llevar a cabo la estrategia.

Entrevistado: (...)“Se censó la población más o menos por zona, que talento humano necesitamos para abarcar esa zona y con qué preparación, como era que se iba a caracterizar esa población para llevar a cabo la estrategia

de APS”(...).

De igual forma se tomaron medidas en el contenido de la estrategia, de modo que esta fluyera y se adaptara más fácilmente a la comunidad, motivo por el cual fue de carácter obligatorio la asignación de forjadores según su lugar de residencia.

Entrevistado: (...)“*La idea es que la auxiliar que en ese proceso fuera la forjadora, debería de vivir en ese barrio, porque el de más fácil que le abran las puertas, ya conoce el presidente de la junta así que puede dirigirse más fácilmente a la comunidad*”(...).

El *modelo de atención* de la estrategia, permitió diferenciar la forma de acercarse a la comunidad según sus características y necesidades, para esto fue requerido en un primer momento el conocerla a profundidad y fortalecer el nivel básico de atención, para lo cual se utilizó la figura de promotor de salud.

Entrevistado: (...)“*Se tiene conocimiento de una población urbana cerca del 80% frente a un 20% que se encuentra en la rural, por lo cual es necesario realizar una diferenciación en la atención, estamos fortaleciendo el primer nivel de atención, se rescató la figura de promotora de salud como medio para esto*”(...).

El promotor de la salud es una pieza clave en el contenido de la estrategia de APS, dado que le permite influir en la comunidad de forma más inmediata y eficaz.

Entrevistado: (...)“*La gracia de la estrategia es que usted viviera en el mismo barrio, porque si usted vivía cerca le quedaba fácil desplazarse a cualquier hora para aplicar los medicamentos, para hacer las curaciones y estar siempre cuando lo necesitan*”(...).

En las *expectativas frente a la estrategia*, existen modificaciones que se le han realizado al contenido de la misma según las expectativas de la población, entendiendo que las expectativas cambian según el momento de desarrollo de la estrategia y la necesidad de que los integrantes de la comunidad sean los principales participantes en la gestión de su salud.

Entrevistado: (...)“Yo puedo hacer APS desde educación, movilidad, etc. es cuando yo le doy al otro las herramientas para que participe, esta es una reflexión a la que llegamos por qué muchas veces se llegaba con el fonendo, tensiómetro, mientras se abordaba a las personas se hacía un ejercicio interesante, pero cuando nos íbamos las personas quedaban en las mismas”(…).

El tema de *imaginarios frente a la estrategia* indica que existen dificultades frente a la percepción y la priorización que las personas hacen frente a su estado de salud, en esa medida el contenido de la APS facilita el cambio de imaginarios hacia una autopercepción de la salud más amplia.

Entrevistado: (...)“Lo que pasa en salud es que hay cosas que necesitamos hacer, pero no las buscamos y ese es el verdadero enemigo, la ignorancia, la conciencia de servicio y eso sólo APS lo ataca”(…).

Dentro de los imaginarios más necesarios para el funcionamiento de la estrategia, se encuentra la convicción de funcionamiento de la estrategia por parte de las personas que la lideran y ejecutan. Sin esta convicción no es posible que la estrategia funcione.

Entrevistado: (...)“Para que la APS continúe, lo principal es creer en ella, la atención primaria es algo que se necesita creer, sino se cree no hay nada que hacer” (…).

Un punto que facilita la continuidad de la estrategia es la *influencia política*, siendo necesario contemplarla al momento de formular su contenido, dado que es percibida como algo esencial para que la estrategia de APS funcione, puesto que facilita la gestión de recursos por parte de la administración.

Entrevistado: (...)“Vos para implementar una estrategia de estas tienes que tener recursos, eso es primordial, para tener recursos necesita de la voluntad política de los grandes administrativos y eso fue lo que tuvimos en el municipio, voluntad política, voluntad administrativa”(…).

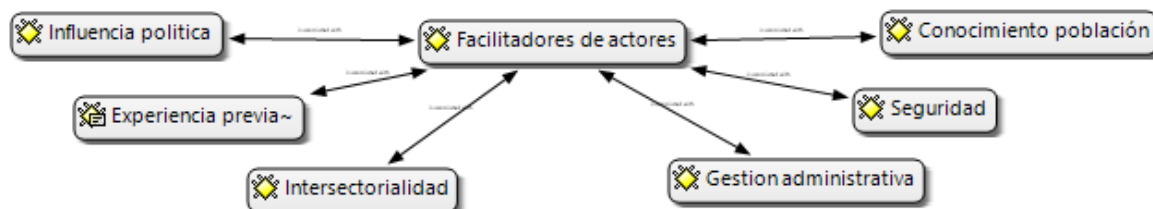
La voluntad política es percibida como un requerimiento de primera instancia para la continuidad de la estrategia de APS, puesto que permite convocar y articular a los actores del proceso y tener una base sólida sobre la cual proyectar

y asegurar el futuro de la estrategia.

Entrevistado: (...)“*El punto crítico es la voluntad política, eso tienes que lograrlo como sea o sino no continuas, es la forma de hacer adhesión social, yo no puedo hacer alianzas comunitarias si no está el sector oficial, la persona que manda, sin eso no hay garantías de que esto vaya a servir para algo*” (...).

FACILITADORES DE ACTORES

Grafico N°. 9 Facilitadores de actores.



En los facilitadores de actores el primer tema que surge es la *influencia política*, la cual está dada según el rol político que ocupe cada actor y la sucesión de estos roles en el tiempo, siendo de importancia que quienes continúen en estos roles políticos apoyen la estrategia para facilitar su continuidad.

Entrevistado: (...)“El tema de continuidad y los actores están en los roles de la continuidad política, el alcalde era un alcalde y paso a ser otro, era un secretario salud y paso a ser otro, ahí está la voluntad política, estaban unos actores que desde la Secretaría y la alcaldía lideraban el tema, se conciliaba, se concita, esos roles se tienen que transferir”(...).

El papel de los actores políticos es de relevancia para la estrategia, puesto que estos son los encargados de mantener la voluntad política, esto mediante la participación en espacios de difusión y exposición de las ventajas y resultados de la estrategia.

Entrevistado: (...)“Los actores que favorecieron la estrategia de APS son los actores políticos, porque estos procesos requieren voluntad política y yo pienso que acá la autoridad como es un municipio es el Alcalde, el Consejo, los diferentes espacios que te mencionaba ahora, Consejo de salud, ligas asociaciones de usuarios, porque estos son espacios en donde puede volverá los actores aliados en la implementación de la estrategia”(...).

Otro tema es la *experiencia previa* con la que cuentan los actores, dado que esta

permite que los objetivos sean conseguidos más eficientemente al tomar las decisiones correctas en un menor tiempo.

Entrevistado: (...)“*Si yo no sé cómo hacer algo yo voy haciendo ensayo error, entonces hago muchos cambios al plan, pero cuando ya sé antes ya me equivocado, son más veces las que a cierto que las que me equivoco, el éxito viene de las buenas decisiones y las buenas decisiones vienen de la experiencia*” (...).

Otras ventajas de contar con actores con experiencia son el conocimiento y capacidades que pueden ser usadas durante la ejecución de la estrategia.

Entrevistado: (...)“*Hay dos cosas para lograr un proceso, la primera el conocimiento y dos las capacidades, ambas se obtienen de la experiencia*”(…).

La *intersectorialidad* es un tema que involucra a los diferentes actores en la estrategia de APS, siendo el Secretario de salud quien articula estos actores y quien dinamiza las acciones que se llevan a cabo de forma intersectorial.

Entrevistado: (...)“*El alcalde, el Consejo municipal, los gerentes de hospital, las comunidades y en cuanto a las comunidades muy específicamente algunos líderes comunitarios que fueron esenciales, el equipo de la Secretaría de salud, fundamental ellos, mi rol fue fundamental, mi rol era constatar los otros factores*” (...).

Otro actor que afecta la *intersectorialidad* de forma positiva es el Alcalde, puesto que es el actor con capacidad de gobierno sobre los diferentes sectores independientemente de su afinidad con la estrategia.

Entrevistado: (...)“*Si hablamos de la Intersectorialidad de Palmira, efectivamente teníamos a nuestro favor el alcalde, entonces sus órdenes se convierten en una orden ejecutiva, entonces cuando está esa orden yo no estoy de acuerdo pero que hay que hacer, entonces eso facilita el proceso*”(…).

De igual forma se resalta la capacidad intrínseca de articulación que trae consigo la estrategia y con la cual se logra intervenir en el entorno eficientemente.

Entrevistado: (...)“*La articulación que logra la estrategia de APS es algo muy positivo, IPS con EPS, EPS con las direcciones locales de salud y la*

comunidad, si con esos tres actores que intervienen en el entorno funciona bien, la estrategia de APS se lleva bien”(...).

Otro de los temas abordados por los entrevistados como facilitador entre los actores es la *gestión administrativa*, en la cual se percibe la voluntariedad de la aplicación de la estrategia de APS como el medio con el cual puede realmente la estrategia funcionar.

Entrevistado: (...)“*La única forma de que realmente funcione la APS, es que sea voluntaria en la mayoría de los actores, no hay otra posibilidad*”(...).

Para que los actores lleven a cabo la estrategia de forma voluntaria, se requiere del conocimiento y necesidad de la estrategia como medio para solucionar las dificultades en salud de la población.

Entrevistado: (...)“*Los que han visto que la estrategia es algo para mejorar, lo hacen voluntario, el alcalde de un municipio o el gerente de un hospital piensan en hacer algo y deciden hacerlo, eso así se sostiene, porque se convierte en la manera de hacer las cosas, eso es voluntario*”(...).

El tema de la *seguridad* fue percibido por los entrevistados como un facilitador, dado que las condiciones de violencia pudieron manejarse y los actores involucrados colaboraron en las actividades de la estrategia.

Entrevistado: (...)“*En términos generales los pandilleros muchas veces nos ayudaban para conseguir las personas de vacunación y eso, en general el tema en relación con líderes está bien*”(...).

Por otro lado, los actores implicados en las condiciones de violencia, dejaron a un lado sus diferencias con los otros bandos en lo que involucraba a la estrategia de APS, entendiendo que lo que se buscaba era el bienestar de la comunidad sin importar los conflictos internos.

Entrevistado: (...)“*Sentarse con los líderes de la banda y decirles venga yo vengo vacunar a los niños, ese puede ser su hijo, su sobrino, su hermano, pero tengo que vacunar en el otro barrio, allá también, entonces venga ayúdenme, entonces termina ese jefe de banda autorizando que vos puedes ingresar y trabajar*” (...).

Finalmente, el tema de *conocimiento de la población* fue un punto que direcciono la estrategia, puesto que según el tipo de población a la que se dirigía, el recibimiento por parte de la comunidad era diferente, en el caso de la población de estrato socioeconómico bajo que presentaba altas necesidades en salud la acogida a la estrategia fue alta, caso contrario en estratos socioeconómicos altos donde fue baja.

Entrevistado: (...)“*Gracias a Dios estas personas son más humildes y les gusta mucho eso, entonces le abría mucho las puertas a uno a lo que uno necesitara por lo que ahí hay mucha necesidad, cosa contraria a lo que pasaba en estrato cinco que no te querían ver*”(…).

BARRERAS

BARRERAS DE CONTEXTO

Grafico N°. 10: Barreras de contexto.



La *seguridad* es un tema que se percibió como una barrera en la medida en que las personas encargadas de ejecutar la estrategia se exponían a peligros en los territorios, tales como robos o agresiones.

Entrevistado: (...)“Alguna vez hubo problemas de seguridad, una vez atracaron una niña”(...).

Las barreras de *seguridad* en el contexto conducían a que no se pudieran llevar las acciones de APS de la forma más oportuna, dado que no era posible acceder a todos los territorios en todo momento, por lo cual era necesario buscar otras alternativas en otras localidades.

Entrevistado: (...)“Es un barrio de zona roja donde hay barreras invisibles y un puesto de salud en el 20 de Julio entonces no se podía pasar para ese barrio, sino que tocaba ir a la Emilia que queda más retirada”(...).

El tema de *adaptación al contexto* no es fácilmente interiorizado por los participantes en la estrategia, dado que en el contexto se encuentran prácticas sociales que pueden ir en contra vía de los principios éticos de quienes ejecutan la estrategia, confrontaciones entre lo que se quisiera que fuera el contexto y lo que en realidad es.

Entrevistado: (...)“Al momento de hacer APS el contexto que siempre se olvida es ese, dicen todos los documentos de atención primaria de salud

adaptarse a la realidad locales, pero en algún momento uno quiere borrar esas realidades locales y remplazarlas por el debería ser”(...).

El contexto cambia según el momento en que se aplique la estrategia, trayendo consigo nuevas demandas a las cuales no siempre es posible darles solución con las capacidades actuales.

Entrevistado: (...)“*Este contexto ha cambiado entre las dos veces que sea implementado APS en cuanto a la parte de concientización, se hizo un trabajo de capacitación de talleres de acercamientos que al principio tuvieron éxito pero que después pasaron a un segundo plano”(...).*

Otro de los temas tratados por los entrevistados son los *recursos económicos*, los cuales son percibidos como una barrera en la medida en que se conocen las bondades de la APS pero no se encuentran los recursos económicos con que ejecutarla.

Entrevistado: (...)“*Todos sabemos que APS es bueno lo que queremos saber es con que plata se va a pagar”(...).*

Esta misma dinámica se manifiesta en las obligaciones económicas definidas en el sistema de salud, tanto a nivel nacional, departamental o municipal (58) y al incluir APS se están aumentando un capital extra que no alcanza a ser cubierto con las rutas de financiación definidas.

Entrevistado: (...)“*Hay que seguir haciendo lo que los hospitales hacen y además hacer APS, si la secretaria nos va a pagar para hacer APS, tendrían que dar otra plata a parte de la que los hospitales ya tienen, los hospitales ya tienen la plática y eso es intocable, el hospital seguirá atendiendo los puestos en salud, atención en urgencias, todo igual, pero si usted quiere que yo le haga APS eso es otra cosa aparte.*”

Finalmente se resalta la posibilidad del aumento en la demanda de servicios sin los *recursos económicos* necesarios para pagarla trayendo consigo un déficit financiero.

Entrevistado: (...)“*Vamos a inducir una demanda y no va haber plata con*

que pagar”, “ Cuando ya ves la profundidad del tema te das cuenta de cosas. Toca hacer todo con la misma plata y así es muy duro”(…).

La *gobernabilidad* es otro de los temas abordados por los entrevistados, en ella se resalta como su efectividad varía según el contexto en que la estrategia sea llevada a cabo, se hace la comparación entre un municipio categoría uno como Palmira con uno de categoría especial en relación a su gobernabilidad.

Entrevistado: (...)“*Bogotá tenía una mejor gobernabilidad de su distrito, entonces allá era una orden, tiene que hacer APS y si ustedes cumplen con todas las metas les damos 20 millones por equipo y las metas eran de cobertura, en cambio nosotros teníamos el temor de si podríamos hacerlo o no con nuestra capacidad*”(…).

También se manifiesta las dificultades en autoridad sanitaria que tiene el Valle del Cauca en relación a las dinámicas de contratación y de asignación de recursos económicos en relación al cumplimiento de órdenes y directrices por parte de la autoridad sanitaria.

Entrevistado: (...)“*Nosotros tenemos un problema de autoridad sanitaria de la en términos generales, la autoridad sanitaria tiene que ver cuando yo de la orden y se cumpla, independientemente que yo no te pague por ello, esa es la autoridad sanitaria, cuando mi manera de controlar es a través del contrato ahí no hay autoridad, pero nosotros en el valle somos muy dados a pensar que el que paga es el que pone las condiciones*”(…).

Otro de los puntos frente a la *gobernabilidad* es el no cumplimiento de funciones laborales por parte de funcionarios de la estrategia, estos respaldados en su influencia política para mantenerse en el puesto de trabajo.

Entrevistado: (...)“*Todos son recomendados políticos, todos, pero si alguno no funciona lo echa, yo le digo al político que me mande otro, eso hay que saberlo manejar sino se convierte en un problema, que esto ocurra depende de la rectoría que tenga el coordinador del proyecto*”(…).

La *normatividad* es una barrera según la categoría en que se encuentre ubicado el Municipio, en el caso de Palmira al estar ubicado en la categoría uno la competencia en salud es del Municipio y no del Departamento, lo cual limita sus capacidades de acción dado que no se sienten lo suficientemente respaldados.

Entrevistado: (...)“*Prestación de servicio por departamento es responsable de los municipios 4, 5, 6 y los municipios especiales, en el caso de 1, 2, 3, no tienen competencia directa del departamento, nos toca a nosotros*”(...).

A su vez, la *normatividad* no es clara frente a las acciones y responsabilidades en salud de cada uno de los actores, lo que dificulta el proceso.

Entrevistado: (...)“*Si usted mira el marco normativo y legal es incoherente, porque ellos dicen establecer un modelo de salud, pero en el modelo de salud ellos muchas veces son autónomos, entonces hacen lo que más les conviene y no fortalecer la salud pública los municipios donde ellos está*”(...).

El tema de la *contratación* aparece como una barrera cuando se condicionan las acciones a partir de los recursos económicos, dejando a un lado la calidad de las mismas, ante lo cual la ley no presenta un respaldo claro en donde los contratistas solo se ven obligados a cumplir con las obligaciones específicas del contrato (59).

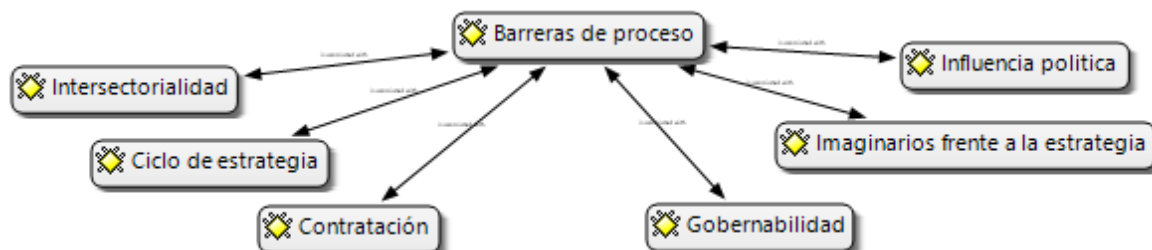
Entrevistado: (...)“*Hemos tenido errores en el desarrollo del contexto porque lo hemos monetizado, hemos monetizado la rectoría, solo nos restringimos al contrato, solo se hace lo mínimo para cumplir el contrato*” (...).

De igual forma en el contexto se encuentra que las condiciones contractuales priman sobre la calidad de las acciones, por lo cual los contratos se convierten en la principal herramienta para garantizar la calidad de estas intervenciones.

Entrevistado: (...)“*Desafortunadamente la gente a quien el Valle entiende la autoridad como el que me paga, entonces yo tengo que ser muy cauteloso con el contrato porque si mi contrato no refleja lo que yo quiero no se dan las cosas*”(...).

BARRERAS DE PROCESO

Grafico N°. 11: Barreras de proceso.



El primer tema abordado en las barreras de proceso es la *intersectorialidad*, la cual se dificulta con el manejo inadecuado de la información por parte de quienes planean y direccionan la estrategia, al sobre saturar a los actores con tareas repetitivas para conseguir la información y gastando recursos innecesariamente.

Entrevistado: (...)“Que ya existe, que la tiene catastro, que la tiene hacienda, que las tienen empresas de servicios públicos, es información que ya está, le invertimos un tiempo, un esfuerzo y dinero en recoger información que yo tenemos y terminamos perdiendo la rectoría porque vamos a preguntar lo mismo cinco veces” (...).

Otro punto que dificulta el tema de la *intersectorialidad* es la posible corrupción, en donde actores evitan involucrarse con otros sectores para no exponer su trabajo y posibles fallas en él.

Entrevistado: (...)“Hay actores que dificultaron las cosas, los corruptos, la corrupción, porque hay actores que están ahora sindicados presos que se dedicaron a tirarse la estrategia, que eran actores clave del proceso”(…).

El *ciclo de la estrategia* es un tema que dificulta el proceso de APS en el momento de pasar de una administración a otra, en el caso de Palmira al cambiar de administración la estrategia se encontraba en la fase sin equipos extra murales, lo cual dificulta que estos se retomen posteriormente como es necesario

en la estrategia.

Entrevistado: (...)“*Los herederos no hallaron los cómo, lo que heredaron fue la foto de la cuarta fase y en esa foto no había equipos, por eso llevan dos años sin equipos, posiblemente en este momento ya debería haber equipos porque eso es cíclico*”(…).

De igual forma es necesario entender que la reducción de los equipos extramurales es diferente a que la estrategia de APS haya llegado a su fin, estos equipos son necesarios en algunas fases según el momento de la estrategia.

Entrevistado: (...)“*Desgraciadamente desde el punto de vista político yo tenía 30 forjadores y ahora tengo 10, se acabó la estrategia, pero en realidad es el ciclo de la política, no el fin*”(…).

Otro de los temas abordados por los entrevistados fue la *contratación*, puesto que es necesario que primero se hagan estos contratos antes de iniciar cualquier acción de la estrategia para que puedan ser pagadas, lo cual retrasa la ejecución de las mismas según los tiempos de contratación que maneje la administración.

Entrevistado: (...)“*Si yo hago APS sin que me lo hayan contratado luego no me lo pagan*”(…), (...)“*Primero me tienen que dar la plata, debo llevar el recurso, el presupuesto y luego hago el contrato, pero yo no puedo cobrar por lo que ya hice*”(…).

Lo anterior es una dificultad en la medida que los tiempos de contratación no son los mismos tiempos en que se requieren las actividades de ejecución de la estrategia.

Entrevistado: (...)“*La institucional debe garantizar el servicio, pero legalmente eso no es fácil. La mayoría de las veces los contratos empiezan muy tarde*”(…).

El tema de la *governabilidad* es percibido como un ejercicio de continuo análisis por parte de los tomadores de decisiones, dado que algunos de los actores inmersos en la estrategia tienen intereses particulares que van en contravía de los de la estrategia, por lo cual el tomador de decisión tiene que estar atento a estas situaciones y resolverlas.

Entrevistado: (...)“*La gente miente y que la gente quiere cañar, mucha gente considera que le den un puesto es un pago a los votos que puso, entonces no tiene que hacer nada más, resulta que no funciona así, si vos como rector del proceso de dejás que funcione así, te lo tiraste*”(...).

Los *imaginarios frente a la estrategia* es un tema que se convierte en una barrera cuando se piensa la estrategia como algo impuesto sobre los actores y no se consulta la forma en que se ejecutara la estrategia y se resuelvan las dudas e inquietudes que puedan surgir de la misma.

Entrevistado: (...)“*Hay algo importante a la gente no quiere que le cambie sus cosas, yo tengo mi modelo de prestación de servicio, tengo una auxiliar que pone vacunas, entonces le dicen usted tiene que hacer APS, irme de puerta a puerta, ese contexto es el principal problema para la continuidad, es que nosotros queremos imponer una manera de hacer las cosas, sin entender el contexto y las personas*”(...).

Por otro lado está la forma tradicional en que se piensa la APS y la dificultad de cambiar estos imaginarios por nuevas formas de ejecutar la estrategia según las demandas del contexto.

Entrevistado: (...)“*Es otra forma de hacer APS, pero uno se casa con los cómo, uno identifica lo que conozco como los que, a uno se le meten la cabeza que la única forma de hacer es la que se conoce, que ninguna otra acción sirve y resulta que el contexto cambia muy rápido, nosotros nos casamos con los cómo*”(...).

Finalmente se identificó el tema de *Influencia política* como barrera de proceso, dada la influencia negativa que un actor puede tener sobre la administración al ocupar cargos por favores políticos, situación ante la cual el tomador de decisión debe dar solución.

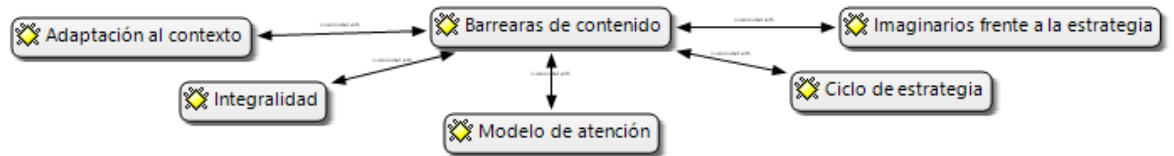
Entrevistado: (...)“*Decían que porque había traído a alguien que no había puesto votos. Ese contexto político pesa a la hora del desarrollo de la política muchas veces de forma negativa*”(...).

Por otro lado, también influye la forma en que el tomador de decisión haga uso de sus herramientas de gestión en salud pública, al dificultar las relaciones con otros actores y sectores del sistema con malas decisiones.

Entrevistado: (...)“Comúnmente los alcaldes utilizaban la vigilancia y el control de la Secretaría como una herramienta de manipulación, entonces que pasa a la hora de la verdad las relaciones normalmente se complicaban”(...).

BARRERAS DE CONTENIDO

Grafico N°. 12: Barreras de contenido.



La *adaptación al contexto* se convierte en una barrera cuando el contenido de la estrategia no logra obtener los resultados deseados en la realidad contextual de la población, uno de los contenidos que ha presentado mayor dificultad de aplicación es el de las enfermedades crónicas no transmisibles, esto debido a que el impacto de las acciones es poco visible al ir ligado a las costumbres y estilos de vida de la población.

Entrevistado: (...)“Las enfermedades crónicas, aunque se trabajaron bastante son difíciles, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, diabetes, aunque se hace mucha educación y todo vos ves que hay una ley de los espacios libres de humo y todo, pero es complicado, es porque ya es cultural, la salsita en la comida, el jugo azucarado, son cosas de muy largo plazo”(…).

La *integralidad* de la estrategia es un tema que se encuentra como barrera al estar relacionada con la rectoría, puesto que es necesario actuar sobre los diferentes factores que pueden obstaculizar la estrategia al querer abarcar un amplio margen de campos de acción.

Entrevistado: (...)“Rectoría incluye muchas cosas, autoridad, conocimiento, integridad, desconfianza, capacidad negociación, incluye una gran cantidad de cosas y cuando uno lo pone sólo como rectoría piensa que sólo es autoridad y eso no es así de sencillo y más si lo quieres aplicar a una estrategia tan grande como la APS”(…).

Otro punto frente a la *integralidad* que presento dificultades fue integrar la prestación de servicios con las EPS en la zona rural, la estrategia trato de facilitar

la prestación del servicio mediante la entrega de ordenes medicas a las EPS, sin embargo, esto no fue posible por trámites administrativos.

Entrevistado: (...)“*Tratamos de hacer muchas cosas, por ejemplo, la forjadora iba y recogía las órdenes y la llevaba las EPS y ella se negaban, no ha sido fácil, la idea es que la gente no fuera, sino que la forjadora se encargará de llevar las ordenes, especialmente en la zona rural, pero la EPS decían que ellos tienen que venir afirmar, que así no se puede*”(…).

El tema de *modelo de atención* se convierte en una barrera cuando no se logra que todos los actores se adhieran a un modelo acorde con la APS, por lo cual los equipos de APS son los que asumen la mayor parte de la responsabilidad y acciones para llevar a cabo la estrategia en lugar de ser una acción intersectorial.

Entrevistado: (...)“*Al final lo que se busca es que todos los actores se involucren, si yo logré que las EPS hagan lo que les toca y lo hagan por APS, pierde relevancia la persona tocando la puerta, uno tiene que conservar un equipo extra mural pero el equipo extra mural se vuelve mucho más pequeño, eso es algo que no se ha podido lograr*”(…).

En este sentido se encuentra que la lógica de prestación de servicio no se está articulada a las necesidades en salud de la población.

Entrevistado: (...)“*Lo que falla en el modelo actual no es la prestación del servicio, es que no prestamos los servicios que teníamos que prestar*”(…).

El *ciclo de la estrategia* trae consigo lugares donde se concentra la estrategia y otros donde queda rezagada, lo que se convierte en una dificultad, esto principalmente debido a la movilidad social presente en la población y la poca capacidad de la estrategia para enfrentar el cambio de las necesidades en salud, estando enfocadas principalmente en la población en estado vulnerabilidad económica.

Entrevistado: (...)“*La definición de los equipos va cambiando según las dinámicas sociales, contextos políticos, la población cambia, cuando uno va a las comunas y ya no hay nadie, hay comunas de Palmira en donde ya no hay personas con régimen subsidiado sino contributivo, ahí no es mucho lo que se*

hace”(...).

Finalmente, el tema de *imaginarios frente a la estrategia* es una barrera en la medida en que los tomadores de decisión piensan que APS es algo que se puede sacrificar y no es algo prioritario para la salud pública de la población, por lo cual en el cambio de administración se puede dar por finalizada.

Entrevistado: (...)“*Entonces la APS es algo de sacrificar, como si fuera un máximo, vamos hacer lo que hacemos más APS, entonces la podemos sacrificar porque la vaina no alcanzó, porque no hace parte el mínimo, entonces que ocurre, cuando hay cambio de gobierno, el gobierno que hizo muy bien APS, el otro que llega lo tiene que desmontar*”(...).

Por otro lado, los *imaginarios frente a la estrategia* dentro de la comunidad varían, llegando hasta el caso de no ser bien recibida en estratos socioeconómicos altos.

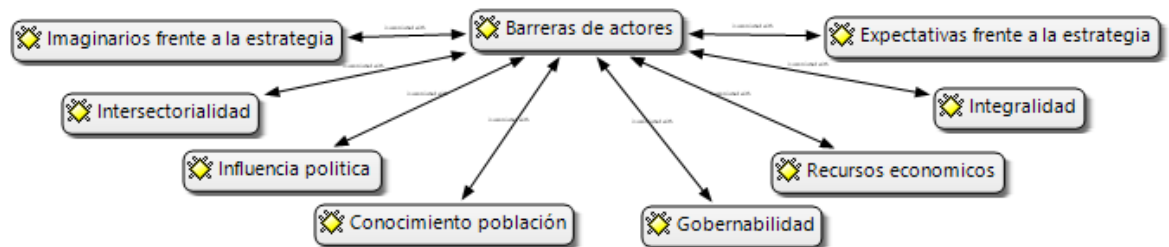
Entrevistado: (...)“*Si yo voy a un sector popular a tocar la puerta y me identifico tengo más posibilidad que me crean, pero si yo voy a estrato cinco cuando hay un vigilante por cuadra y media, voy tocando en dos casas y me tira la policía*”(...).

Finalmente, la comunicación es un factor que puede influir en esos *imaginarios frente a la estrategia* y que de no ser bien manejada puede convertirse en una barrera.

Entrevistado: (...)“*Un plan de medios bien estructurado donde se difunda, como se dice por ahí donde se cacaraquee lo que se está haciendo para que la comunidad sepa qué beneficios pueden tener, eso ayuda a romper ese hielo, pero un plan de medios bien estructurado para una estrategia como la APS es fundamental, de lo contrario no funciona*”(...).

BARRERAS DE ACTORES

Grafico N°.13: Barreras de actores.



El primer tema de las barreras de actores son los *imaginarios frente a la estrategia*, en los cuales se encuentran nociones ideológicas o filosóficas por parte de los actores que pueden interferir en la estrategia, encontrándola como algo de bajo nivel.

Entrevistado: (...)“El problema es la ideología y la filosofía que hay detrás de los actores que tenemos que ver con el tema entonces a mucha gente eso le suena asistencialismo, mucha gente eso le suena a medicina de pobres para pobres y a mucha gente le parece que está bien si no podemos hacer algo mejor”(…).

Por otra parte, se encuentra que hay incompatibilidad frente al modelo de salud y la posibilidad de hacer APS, llegando hasta la postura de la imposibilidad de hacer APS en las condiciones actuales.

Entrevistado: (...)“Los apasionados de la APS quiere que se acabe el modelo, que se acaben las EPS o no hay APS, entonces a veces la APS ha quedado en el fuego cruzado entre el socialismo y neoliberalismo, entonces se encuentra con una estrategia medio comunista o de pobres y el capitalismo la prepagada”(…).

El tema de *intersectorialidad* es percibido como una barrera con los sectores que no están dentro del ámbito público, como el caso de las EPS privadas con las cuales no es fácil articularse, pero al mismo tiempo son necesarias para el

funcionamiento de la estrategia.

Entrevistado: (...)“Es una situación bien compleja este tema, la APS no se puede manejar sola, hay que involucrar el sector privado, nosotros como entidad pública tenemos que amarrar esto a un modelo de aseguramiento, es un modelo de salud fortaleciendo el nivel uno para lo que necesitamos a las EPS”(...).

Por otro lado, la articulación entre los diferentes niveles de dirección es complicada y dificulta la ejecución de la estrategia.

Entrevistado: (...)“La articulación con otros actores no es fácil porque ministerio se articula con departamento no tanto con municipio y departamento con municipio no todo el tiempo con IPS y EPS, en realidad nosotros con ellos y necesitamos de todos para hacer APS”(...).

En el tema de la *influencia política* se encuentra una baja aceptación de los intereses políticos que se pueden ver inmersos en la comunidad, tratando de desconocerlos y sin gestionar una solución a esta problemática.

Entrevistado: (...)“A veces queremos desarrollar la estrategia de forma aséptica, como bajada del cielo, pero no funciona así, porque la realidad somos nosotros, la realidad son las comunidades que tienen intereses políticos, que tienen representantes políticos, que tienen junta de acción comunal, que tienen gente que quiere trabajar, que necesitan trabajar, esas son las realidades a las que nos enfrentamos”(...).

El *conocimiento de la población* es un punto que genera dificultades al trabajar con las EPS, dado que no cuentan con el conocimiento necesario de su población asignada como primera medida para llevar a cabo APS.

Entrevistado: (...)“La EPS atiende población que no conoce, ellos no conocen a nadie, su único rol es conocer a su población, tienen todos los computadores, las bases de datos, la plata, los medios de comunicación, pero no lo hacen y eso que es conocer la población es APS”(...). En otras ocasiones se han encontrado inconsistencia entre lo que dicen que hacen las EPS y lo que realmente hace, lo cual genera desconfianza.

Entrevistado: (...)“Hemos visto casos en los que una EPS haciendo acciones EDA e IRA y su población es adulta, es un fiasco, es una cosa mentirosa”(...).

La *governabilidad* está ligada a la continuidad en los roles de los actores en la estrategia, cuando estos actores cambian continuamente por intereses políticos, se presentan dificultades debido a que es necesario iniciar el proceso formativo nuevamente.

Entrevistado: (...)“Usted coge el secretario de salud municipal y lo capacita, le explica, lo orienta y a los tres meses o los seis meses el alcalde lo echa y pone otro, entonces lograr esa rectoría es complejo porque no hay un desarrollo consistente de autoridad porque hay otros intereses en la autoridad”(...).

El tema de *recursos económicos* fue una dificultad para la estrategia al no estar claro de dónde saldrían o quien sería el responsable de gestionarlos.

Entrevistado: (...)“Claro hagamos APS, pero quien nos va a dar el dinero, el banco interamericano de desarrollo, los cafeteros”(...).

Actores como el Hospital público se vieron perjudicados al prestar servicios que requería la estrategia y que posteriormente nunca fueron pagados, lo cual afectó económicamente el hospital.

Entrevistado: (...)“El hospital tuvo que pagar mucho de esa parte porque hubo cosas que no se pudieron cobrar, tratamos de cobrar por diferentes modalidades de contratación, fue una de las partes más complicadas”(...).

La *integralidad* de la estrategia se comportó como una barrera cuando se trata de abordar el sector educativo, puesto que pocas veces es contemplado y es un eslabón fundamental para la formación del talento humano necesario para llevar a cabo la estrategia de APS.

Entrevistado: (...)“Las universidades e institutos de personal de salud son muy importantes, la dificultad con ellos es que entiendan que el enfoque de promoción y prevención nace de la misma academia, nosotros no hemos sido

formados para atender personas ni para hablar con ellos”(...).

De igual forma el talento humano presente en la estrategia no cuenta con la formación integral necesaria para el desarrollo óptimo de la estrategia, lo cual dificulta su ejecución.

Entrevistado: (...)“*Nosotros tenemos unos médicos y un equipo de salud, pero realmente es poco lo que entiendan y valoren la estrategia más allá de lo que le diga, es que entiendan que primero que todo tenemos personas, segundo que la salud no es simplemente no tener enfermedad, con eso es suficiente para que haya personas con capacidad de liderazgo y de gestión”(...*

El tema de las *expectativas frente a la estrategia* requiere del conocimiento previo de las mismas, lo cual toma tiempo y no siempre se hace, poniendo en riesgo el respaldo de la estrategia por parte de la comunidad.

Entrevistado: (...)“*Si yo no satisfago las expectativas de la comunidad, no van respaldar la estrategia, entonces yo tengo invertir un tiempo, un dinero, un esfuerzo, en leer las expectativas de la comunidad”(...*

La comunidad tiene unas expectativas que no están enfocadas a la promoción y la prevención que es el foco de la estrategia, por lo cual se debe jugar con los intereses para poder llevarla a cabo.

Entrevistado: (...)“*El médico de familia cubano su tarea es hacer promoción y prevención, pero la gente no le interesa que haga eso, la gente quiere que lo cure, entonces él debe ser muy bueno curando para que lo dejen hacer promoción y prevención, la gente no va al puesto de salud para que le enseñen a prevenir”(...*

Por último se resalta el papel de los actores y sus expectativas, puesto que cuando estas expectativas son bajas, el futuro y continuidad de la estrategia es incierto pese a que haya alcanzado buenos resultados en la salud de la población.

Entrevistado: (...)“*La mayor pasividad fue la de las comunidades, las comunidades con un servicio que pensaría que para muchos fue bueno, pero*

una de dos, o no fue tan bueno o ellos ya estaban predestinados a que se acabara y no hicieron nada para darle continuidad, es que eso tiene un tema de fondo, las comunidades que demanda algo lo consiguen, una comunidad que no demanda no obtiene nada”(...).

8.3. Comparación de barreras y facilitadores de contexto, actores, contenido y proceso, para la continuidad de la estrategia de APS.

Tabla N° 1: Numero de aparición de códigos según entrevista realizada.

	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	TOTALES
Influencia política	6	2	2	1	3	2	0	16
Modelo de atención	5	1	2	3	4	0	1	16
Expectativas frente a la estrategia	5	2	1	3	2	2	0	15
Imaginarlos frente a la estrategia	8	3	0	1	0	3	0	15
Intersectorial dad	3	3	0	2	3	1	3	15
Gobernabilidad	6	4	1	0	1	1	0	13
Normatividad	3	0	0	6	1	2	1	13
Recursos económicos	6	1	0	0	4	1	1	13
Conocimiento población	1	1	3	3	2	1	1	12
Integralidad	3	0	1	1	5	2	0	12
Ciclo de estrategia	3	2	1	0	2	2	1	11
Contratación	8	0	0	0	1	0	2	11
Gestión administrativa	4	2	0	2	0	2	0	10
Seguridad	2	1	3	0	3	1	0	10
Adaptación al contexto	2	2	0	0	1	4	0	9
Experiencia previa	3	0	0	1	0	2	2	8
TOTALES:	68	24	14	23	32	26	12	199

Fuente: Entrevistas a participantes en la investigación.

Teniendo en cuenta los hallazgos de las entrevistas semiestructuradas realizadas a los informantes clave, se obtiene un total de dieciséis códigos temáticos, los cuales son citados un total de ciento noventa y nueve veces a lo largo de las entrevistas realizadas. Siendo la influencia política, modelo de atención y expectativas frente a la estrategia los códigos mayormente citados,

por el contrario, los códigos de Adaptación al contexto y experiencia previa presentan un número menor de citas. De igual forma se encontraron diferencias en el número de citas totales en cada entrevista, pasando de sesenta y ocho citas en la entrevista con mayor cantidad a doce en la de menor.

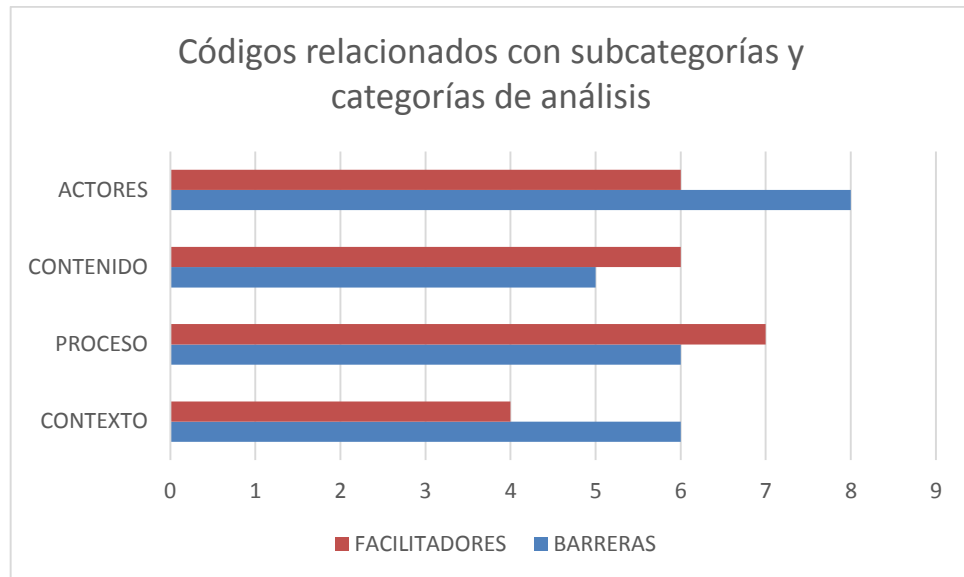
Tabla N° 2: Temas asociados a barrera, facilitador o ambos.

FACILITADOR	BARRERA	AMBOS
Gestión administrativa	Adaptación al contexto	Seguridad
Experiencia previa	Contratación	Influencia política
	Gobernabilidad	Expectativas frente a estrategia
	Integralidad	Modelo de atención
		Conocimiento de la población
		Intersectorialidad
		Imaginarios frente a la estrategia
		Recursos económicos
		Ciclo de la estrategia
		Normatividad

Fuente: Entrevistas a participantes en la investigación.

En la tabla N° 2 se observan los códigos temáticos asociados a las categorías de análisis, las cuales muestran una menor prevalencia como facilitadores, seguidas en número por la categoría de barreras y finalmente una mayor cantidad de códigos que cumplen al mismo tiempo las dos categorías.

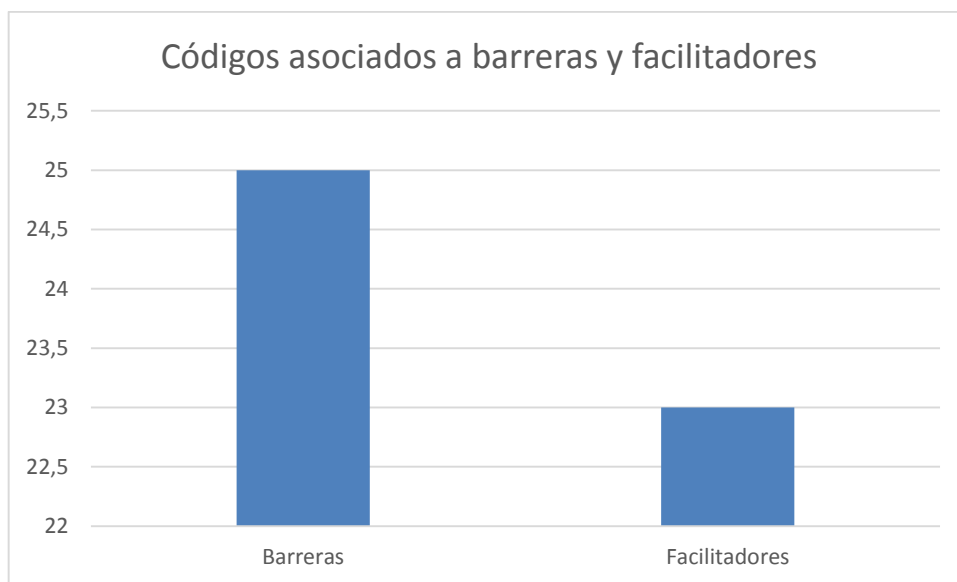
Grafico N° 14: Cantidad de códigos temáticos relacionados con subcategorías y categorías de análisis.



Fuente: Entrevistas a participantes en la investigación.

En el grafico N° 1 se describe el número de códigos relacionados con cada subcategoría de análisis según pertenezca a la categoría de facilitador o barrera, encontrando en general mayor cantidad de códigos asociados a la categoría de barrera, sin embargo, en las subcategorías de contenido y proceso se encuentran una mayor cantidad de códigos asociados a la categoría de facilitadores, mientras que en las subcategorías de actores y contexto a la categoría de barreras.

Gráfico N° 15: Número de códigos asociados a barreras y facilitadores



Fuente: Entrevistas a participantes en la investigación.

En el grafico N° 2 se muestra la cantidad total de códigos asociados a las categorías de barreras y facilitadores, encontrando un mayor número de códigos en la categoría de barreras.

9. DISCUSIÓN

Mediante el ordenamiento del plan de desarrollo 2012 – 2015 “Palmira avanza con su gente” y del plan territorial de salud “Palmira avanza en salud”. Se lleva a cabo la estrategia de APS en el municipio de Palmira, en el Valle del Cauca, con la finalidad de acercarse a lo planteado desde la OMS en su declaración de Alma Ata, la cual plantea la estrategia de APS como un medio para alcanzar un mejor estado en la salud de la población, basado en la participación de la comunidad como agente activo en la resolución de sus problemas de salud, con métodos y tecnologías prácticas al alcance de las personas a un costo que el país pueda soportar.

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación pretende responder a la pregunta de ¿Cuáles son las barreras y facilitadores para la continuidad de la implementación de la APS en las Entidades Territoriales de Salud?, esta pregunta logra ser respondida al identificar las principales barreras y facilitadores para una estrategia como esta, en un total de 16 temas, en donde se encuentran 2 barreras, 4 facilitadores y 10 temas que se comportaban al mismo tiempo como barrera o facilitador. Los comportamientos de estos resultados se ejemplifican en la revisión sistemática del Doctor Odette Gibson (33), en donde muestra como las barreras y facilitadores de la estrategia de APS no son conceptos fijos y pueden variar positiva o negativamente según como sean trabajados, al mismo tiempo estos conceptos están relacionados entre sí por lo que un cambio en uno puede afectar a otro.

Para lograr dar respuesta la pregunta de investigación fue necesario como primer objetivo caracterizar la estrategia de APS, donde se hace uso de los documentos oficiales del Municipio y de documentos relacionados por parte de terceros, encontrando que la estrategia responde mayormente a un modelo de APS desde la Atención Primaria (19), en el cual se presenta los valores y principios de Alma-Ata, pero se hace énfasis en el primer nivel de atención en salud con intervenciones médicas orientadas a la persona, la familia y la comunidad. Este

tipo de modelo de APS se da con más regularidad que el de la APS integral, debido a factores como el desarrollar estrategias para enfrentar la adaptación al medio, la construcción de institucionalidad y normas de funcionamiento (28).

Este tipo de modelo de Atención Primaria se puede encontrar en otras intervenciones de APS en Colombia, como la impulsada en el Departamento de Santander, en donde el ente territorial de salud desarrolla la estrategia concibiéndola y desarrollándola como un modelo de gestión para la política pública de salud para las diferentes provincias del departamento, tomando como pilares los elementos de ser el primer contacto, la territorialización, la integralidad, la coordinación, la intersectorialidad y la participación comunitaria, considerándolos como los ejes centrales articuladores para la operación de la estrategia (60)(61).

Al contrastar los resultados obtenidos durante la evaluación de proceso llevada a cabo el año 2015 (30), se encontró que los logros hallados en esa investigación son acordes a los temas apreciados como facilitadores en algunos casos en la presente investigación, dentro de estos logros se pueden encontrar: El empoderamiento de la comunidad, cambio en la percepción, afectación positiva en los indicadores, avance en la consolidación de un trabajo intersectorial y recurso humano capacitado. Estos logros están contenidos en los temas de: imaginarios frente a la estrategia, expectativas frente a la estrategia, modelo de atención, intersectorialidad y conocimiento de la población.

Por lo anterior, se puede afirmar que los logros identificados en la evaluación de la estrategia de APS son temas que continúan percibiéndose como facilitadores y que son de importancia al momento de identificar las capacidades con las que cuenta la estrategia para enfrentarse a una nueva fase de implementación y por lo tanto para su planificación y aprovechamiento.

En el caso de la ley 1438, se encuentra según la norma la APS está constituida a partir de tres componentes, los cuales son: los servicios de salud, la acción

intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. La estrategia de APS en el municipio de Palmira fue concebida bajo los lineamientos de la ley 1438, al examinar los temas que surgieron como facilitadores, se encuentra que los componentes constitutivos de la APS se ven reflejados en los temas de: imaginarios frente a la estrategia, modelo de atención e intersectorialidad, los cuales son temas que fueron percibidos como facilitadores en algunos casos. Lo cual son elementos relevantes para el apoyo de la estrategia desde el marco normativo.

El siguiente objetivo de la investigación es identificar las categorías de barreras y facilitadores de contexto, actores, contenido y proceso de ejecución para la continuidad de la estrategia de APS. Para lo cual se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a los actores clave que hicieron parte de la estrategia, posteriormente estas entrevistas fueron transcritas y analizadas con el método de análisis de contenido temático, en donde se encontraron una serie de facilitadores y barreras para la continuidad de la estrategia. Este mismo método ha sido usado en investigaciones de intervenciones en salud pública en las cuales se busca encontrar las barreras y facilitadores que afectan la continuidad de la intervención, dentro de las cuales se encuentran las de la Dra. Lori E. Ross (34) y el de la Dra. Pérez D. (32), con resultados satisfactorios en relación al hallazgo de los factores que facilitan o actúan como una barrera en la continuidad de la estrategia.

Dentro de los principales facilitadores para la continuidad de la estrategia se encuentran la *gestión administrativa* y la *experiencia previa*, encontrándolos como puntos que influyen en los actores, el contexto y proceso de ejecución de la estrategia de forma positiva, convirtiéndose en herramientas que permiten fortalecer las capacidades de los actores clave con mayor competitividad para ejecutar su labor. De igual forma, como se puede observar en el estudio del Dr. Petra Bywood (62), es importante el papel de los actores de la continuidad de la estrategia, dado que el éxito de la estrategia de APS se debe a la buena voluntad y gestión administrativa de los actores, pero al mismo tiempo plantea la

variabilidad del éxito de la estrategia según el lugar en que se implemente, debido a la dependencia que se tiene de los actores y como ejecuten su rol.

Igualmente, el contexto de la estrategia puede ser influenciado de forma positiva para la continuidad de la estrategia por los facilitadores de *gestión administrativa* y *la experiencia previa*, en donde se examinan las condiciones del contexto en que se encuentra la población y se llevan a cabo las intervenciones de APS de forma personalizada, integrándolas con los recursos presentes en la comunidad para obtener mejores resultados en salud. En esta línea de acción sobre el contexto se lleva a cabo la investigación de la Dra. Donna Patricia Manca (63), en donde las acciones de promoción y prevención son realizadas de forma individualizada, abordando sus múltiples condiciones del contexto de las personas e integrado las acciones a los recursos locales, regionales o nacionales y manteniendo la evaluación del estado de salud de la comunidad como insumo para la toma de decisiones que garanticen la continuidad de la estrategia de APS.

Finalmente, los facilitadores de *gestión administrativa* y *la experiencia previa* favorecen el proceso de ejecución de la estrategia de APS al fomentar prácticas de reestructuración a nivel administrativo y operativo, sin embargo, aún no logran alcanzar los logros de la APS integral, la cual requiere de reformas a todo el sistema de salud para lograr los objetivos de Alma Ata. Este tipo de resultado se pudo observar en el estudio de “Análisis de los habilitadores de capacidades para producir reformas basadas en la atención primaria de salud en América” (64), en el cual se encontraron experiencias que tuvieron un proceso fragmentado y no se logró continuidad, trayendo consigo el establecimiento de las experiencias en un nivel primario de atención con un enfoque selectivo de APS e influencia limitada a los centros asistenciales.

En el caso de las barreras encontradas en la investigación, se haya las de *adaptación al contexto*, *contratación*, *governabilidad* e *integralidad*, las cuales influyen en los actores, contenido, contexto y proceso de ejecución de la

estrategia de forma negativa, lo cual dificultó la continuidad de la estrategia, de igual forma como se observa en el estudio de Dra. Kerry Kuluski (65), las barreras en la estrategia de APS trajeron consigo problemas en el acceso y calidad en la atención, e incluso falta de atención en los servicios que estaban fuera del modelo de APS, lo cual impide su integralidad. Otros problemas asociados como barreras para la continuidad son la falta de transporte, gastos de bolsillo, oportunidad de atención, barreras del idioma y los apoyos para reducir el aislamiento social.

Las barreras encontradas en esta investigación, influyeron de forma negativa en el desempeño de los actores que hicieron parte de la estrategia, puesto que fue difícil la adaptación al modelo de trabajo propuesto, al plantear una forma diferente de cumplimiento de roles y responsabilidades, en este caso a la búsqueda activa de la población y sus necesidades en salud, ante lo cual no se logró obtener total *gobernabilidad e integralidad* de la estrategia. En el caso del estudio de la Dra. LINDA T. ELY (66), se observan barreras que afectan el desempeño del rol de los actores que hacen parte de la estrategia, pero en este caso las barreras se ven reflejadas en términos de limitación de la actuación y el alcance que pueden tener los actores dentro de una estrategia de APS, esto debido a factores como la formación académica, políticas, financiamiento y contratación que están más centradas en un modelo médico.

Por otro lado, las barreras que se encontraron en el contenido de la estrategia, giran principalmente en términos de la formación profesional y académica del talento humano y la respuesta de la comunidad frente a lo que desarrolló la estrategia, puesto que el modelo académico en que se forman los profesionales en salud está dirigido hacia áreas asistenciales con una baja formación en temas de promoción y promoción de la salud, en el caso de la comunidad la estrategia propuso salir de un modelo asistencialista hacia uno constructivista en donde la comunidad se le transfirieron responsabilidades, lo cual generó dificultades en algunos casos. Como lo plantea la investigación del Dr. Christopher J Gordon (67), la demanda de talento humano formado académicamente en temas de APS

es cada vez mayor, por lo cual se requiere de respuestas innovadoras que involucren a la academia y como esta responde a las demandas en salud de la comunidad, teniendo en cuenta las directrices políticas que apuntan hacia los sistemas de salud basados en APS de forma sostenible.

En el caso del contexto en que se desarrolló la estrategia, se encuentra que las principales barreras para la continuidad se presentaron en los procesos de *contratación y en la gobernabilidad* de quienes dirigían la estrategia, puesto que el contexto presenta barreras administrativas que dificultan la gobernabilidad sobre los actores, gobernabilidad que en muchos casos se da a través de un contrato, lo cual limita su efectividad. Aunque estas situaciones son conocidas, no se cuenta con indicadores para el seguimiento de este tipo de barreras, lo cual dificulta la toma de acciones oportunas que faciliten la continuidad de la estrategia. En el caso de la investigación “How do small rural primary health care services sustain themselves in a constantly changing health system environment?”(68), se encuentra que las barreras para la continuidad son identificadas a partir del seguimiento de indicadores que se contrastan contra un marco general de los requisitos de continuidad del servicio. Esto con el fin de realizar cambios internos para asegurar la continuidad de la estrategia.

Finalmente, en el caso de las barreras de proceso de ejecución de la estrategia, se encuentra las dificultades relacionadas con el *ciclo de la estrategia*, puesto que según el momento en que se encontrara la estrategia, la misma podía ser más o menos atractiva para los actores y sectores involucrados, lo cual dificulta otros temas como la *intersectorialidad* o la *gobernabilidad*, que son necesarias durante todo el transcurso de la estrategia. Como se puede observar en la investigación de la Dra. Anna Durbin, (69), las barreras para la continuidad de la estrategia de APS se dan en diferentes momentos del ciclo de la estrategia, pasando en este caso desde los ámbitos de práctica en salud mental, las prescripciones, el asesoramiento y como esto puede ser integrado a lo largo de la ejecución de la estrategia.

El último objetivo de esta investigación es la comparación de las barreras y facilitadores de contexto, actores, contenido y proceso de ejecución para la continuidad de la estrategia, encontrando que la cantidad de barreras es superior a la de facilitadores halladas en esta investigación, lo cual es acorde a lo reportado en el estudio del Dr. Tudor J. The inverse care law. (70), en donde se constata que la población más vulnerable es la que presenta mayores dificultades dentro de los sistemas de atención en salud, estando esta vulnerabilidad asociada, entre otras razones, a la condición social, económica y cultural de las poblaciones, por lo cual las barreras que enfrentan son más frecuentes y complejas. Aunque la estrategia de APS en el municipio de Palmira fue dirigida hacia toda la población, tuvo especial énfasis en las poblaciones más vulnerables y sobre ellas se desarrollaron la mayor parte de las acciones incluidas en su plan operativo.

Esta investigación permite identificar de forma cualitativa las barreras y facilitadores de una intervención en salud pública, en este caso la APS, lo cual aporta al monitoreo de intervenciones en salud enfocadas a mejorar el acceso y equidad social en salud de toda la población. Sin embargo, se requieren de estudios con enfoques metodológicos cuantitativos y mixtos para aumentar las fuentes de información en investigaciones disponibles, dado que la mayor parte de estudios de barreras y facilitadores para intervenciones en salud pública presentan enfoques metodológicos cualitativos (35).

También es recomendable que para futuros estudios la recolección de la información sea de forma paralela con el desarrollo de la intervención de la estrategia, pues es difícil acceder a los actores clave después que los mismos abandonan sus cargos en la entidad territorial de salud, llevándose consigo información relevante para el análisis de barreras y facilitadores para la continuidad de la estrategia, lo cual retrasa el desarrollo de la investigación.

De igual forma, es conveniente buscar la información secundaria conforme la misma se vaya generando durante la implementación de la estrategia, pues al

buscarla en un periodo de administración posterior al de su implementación inicial, es difícil acceder a ella y recopilarla, dado que no se cuenta con la custodia suficiente que garantice la disponibilidad de la información.

Otro de los aspectos que afecta, el recudo de información suficiente, veraz, confiable y más objetiva, es que la entidad territorial no desarrolla un proceso de sistematización de información que permita disponer de información sobre sus experiencias en intervenciones, implementación de estrategias, ajustes de contenido a los contenidos programáticos y desarrollo de planes, programas y proyectos conforme a su implementación y resultados.

La falta de mecanismo e instrumentos de política institucional que garantice, la disposición de la información que se produce en las distintas entidades de gobierno, en las que por razones ya conocidas la permanencia de los funcionarios con responsabilidades de coordinación, dirección suele estar limitada a los periodos del gobierno de turno y otros cargos técnicos están vinculados por contrato de prestación de servicios, que no generan vínculo laboral; expone a la entidad territorial a depender de la voluntad de los funcionarios a dejar disponible la información y generar mecanismos para que sea accesible y de uso para quienes les suceden en los cargos.

10. CONCLUSIONES

Esta investigación permitió conocer las barreras y facilitadores que determinaron la continuidad de la estrategia de APS en la Entidad Territorial de Salud (ETS) de orden Municipal donde se hizo la investigación. Barreras y facilitadores desde los actores, contexto, contenido y proceso de ejecución inmersos en la estrategia, con lo cual se fortalece el estado documental en investigaciones dirigidas a apoyar la continuidad de la estrategia de APS, estrategia que tiene como finalidad el mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población, y por lo tanto reducir la desigualdad en salud entre los diferentes sectores de la sociedad, en especial de la más vulnerable.

Se logró caracterizar la estrategia de APS de la ETS, con base en el contexto, actores, contenido y proceso de ejecución de la estrategia. Sin embargo, esta caracterización fue realizada tomando como base la información secundaria de documentos oficiales disponibles, lo cual presento limitantes, puesto que las entidades no cuentan con responsables para estos procesos, lo cual no permite que haya custodia que garantice la disponibilidad de toda la información.

Por otro lado, esta experiencia de APS se puede catalogar como una experiencia de APS con enfoque Atención Primaria, en el cual se presenta los valores y principios de Alma-Ata, pero se hace énfasis en el primer nivel de atención en salud con intervenciones médicas orientadas a la persona, la familia y la comunidad. Lo cual responde a lo que se pretendía con la estrategia, la cual puso especial énfasis en el fortalecimiento de los servicios de baja y mediana complejidad para mejorar la capacidad resolutive en la prestación de servicios de salud.

Se logró identificar las categorías de barreras y facilitadores de contexto, actores, contenido y proceso de ejecución para la continuidad de la estrategia de APS en la ETS. Como principales barreras se encontraron la adaptación al contexto, los

procesos de contratación, la gobernabilidad y la integralidad de la estrategia, como facilitadores se encuentran la gestión administrativa y la experiencia previa, por otro lado se encontraron factores que influían como barrera o como facilitador, dentro de los cuales se encuentran la seguridad, influencia política, el modelo de atención, el conocimiento de la población, la intersectorialidad, imaginarios frente a la estrategia, recursos económicos, ciclo de la estrategia, la normatividad y las expectativas frente a la estrategia.

Para identificar estas barreras y facilitadores, se realizaron entrevista semiestructuradas a los actores clave que hicieron parte de la estrategia, pero dada la alta rotación del personal en las entidades territoriales de salud, es difícil contactar a estos actores, lo cual retrasa el desarrollo de la investigación. Posteriormente se realizó el análisis temático de contenido en donde se clasificaron los contenidos de las entrevistas como barreras, facilitadores o factores que presentan ambos comportamientos. Esta metodología es recomendable cuando se cuenta como principal fuente de información entrevistas a diferentes actores, puesto que permite sintetizar diferentes posturas que puedan surgir frente al objeto de investigación.

Se compararon las barreras y facilitadores de contexto, actores, contenido y proceso de ejecución para la continuidad de la estrategia de APS, en la ETS. Para esto se tomaron las diferentes citas de las entrevistas y fueron relacionadas con las categorías y subcategorías de análisis, encontrando en general mayor cantidad de códigos asociados a la categoría de barrera, sin embargo, en las subcategorías de contenido y proceso se encuentran una mayor cantidad de códigos asociados a la categoría de facilitadores, mientras que en las subcategorías de actores y contexto a la categoría de barreras.

Lo anterior permite abordar puntos específicos a priorizar al momento de abordar las barreras y facilitadores, puesto que en este caso los actores y contexto presentan mayor cantidad de barreras para la continuidad de la estrategia, lo cual es un punto importante a abordar para las personas interesadas en llevar a

cabo una estrategia de APS. A nivel global se encuentran mayores barreras que facilitadores, este comportamiento se refleja en la teoría puesto que esta indica que la población vulnerable presenta mayor cantidad de barreras frente a los servicios de salud y el foco de esta estrategia fue la población vulnerable, con lo cual apunta a disminuir las brechas de inequidad en salud presentes en la sociedad.

Los hallazgos de esta investigación son un importante insumo documental para la planeación de futuras intervenciones de salud pública en APS de las entidades territoriales de salud, teniendo en cuenta que según la ley 1438, el Modelo integral de Atención en Salud MIAS y la Política de Atención Integral en Salud PAIS, la estrategia APS adquiere un carácter de obligatoriedad a nivel nacional con responsabilidad del estado y de sus instituciones, en especial los entes territoriales de salud. Por lo cual esta investigación aporta elementos para el análisis de capacidades institucionales, las cuales tienen que ser identificadas y aprovechadas por cada entidad territorial de salud para responder adecuadamente al reto de implementar la APS en sus territorios y que esta pueda lograr su continuidad en el tiempo.

Esta investigación presenta elementos que confirman la necesidad de crear intervenciones en salud pública que tengan en cuenta cuales son las barreras y facilitadores que pueden encontrarse inmersos en las intervenciones, puesto que las mismas pueden afectar la continuidad de ellas y por lo tanto afectar los resultados esperados en salud de las poblaciones. A su vez, es importante que desde los lineamientos nacionales se dicten responsabilidades claras frente al papel de cada uno de los actores del sistema de salud frente a la estrategia de APS, entendiendo la importancia del conocimiento y participación de la comunidad.

Esta investigación fortalece el estado documental de investigaciones dirigidas a apoyar la continuidad de la estrategia de APS, para lo cual se utilizó el triángulo de políticas de Walt y Gilson, el cual ha sido utilizado por para el análisis de

intervenciones en salud pública, presenta cuatro factores dentro de los cuales se encuentran las barreras y facilitadores: actores, contenido, proceso y contexto. Esta perspectiva teórica facilitó la recopilación, organización y análisis de la información necesaria para desarrollar esta investigación la cual requirió de la interpretación de múltiple información surgida a partir del encuentro con los actores clave, teniendo en cuenta que esta intervención respondía a la forma de implementación de una política pública, lo cual la convierte en una intervención compleja que presenta múltiples factores que influyen en su comportamiento.

El enfoque metodológico utilizado para esta investigación fue de tipo cualitativo, enfoque en el que se encuentran la mayoría de las investigaciones de este tipo, por lo cual se requiere para futuras investigaciones que profundicen en el uso de enfoques cuantitativos y mixtos, entendiendo que para esto se requiere que desde el momento de la formulación de la estrategia de APS se tengan claramente definidos los diferentes indicadores y modelos de sistematización necesarios para el seguimiento de la intervención. El uso de estos enfoques metodológicos presenta múltiples dificultades cuando la recopilación de la información para el análisis de barreras y facilitadores se inicia posterior al diseño y la implementación de la estrategia de APS.

En continuidad con esta línea de investigación, se requiere identificar barreras y facilitadores para la continuidad de la estrategia de APS desde la perspectiva de otros actores por fuera de las ETS, principalmente la comunidad hacia la que va dirigida y otros sectores gubernamentales, puesto que como se constató en esta investigación, son actores que tienen gran influencia en la continuidad o no de la estrategia y que pueden tener apreciaciones diferentes a las encontradas en esta investigación.

De igual forma es necesario continuar con esta línea de investigación haciendo especial énfasis en las barreras y facilitadores para la continuidad de la estrategia encontrados en esta investigación y explorar su comportamiento como factores dinámicos o estáticos en la medida en que se puedan cambiar el

comportamiento de los temas hallados como barreras y poderlos convertir en facilitadores para facilitar su gestión y aprovechamiento durante el proceso de ejecución de la estrategia.

Finalmente es importante que este tipo de investigaciones sean realizadas en otros con categorías diferentes, pues como se observó en esta investigación las barreras o facilitadores son cambiantes según las circunstancias y características a las que se enfrente y sea desarrollada, por lo cual los resultados de esta investigación presentan mayor utilidad hacia intervenciones llevadas a cabo en niveles administrativos con características similares a las del Municipio de Palmira.

Para poder lograr validez externa y que esta sea utilizada para realizar inferencias en otras intervenciones con características diferentes, se requiere de investigaciones con enfoque cuantitativo o mixto, pero la elaboración de este tipo de investigaciones presenta limitantes cuando los registros y la sistematización de la experiencia no tienen un alto grado de calidad y fidelidad, por lo cual es importante que las futuras intervenciones en APS de los entes territoriales de salud dedique un amplio esfuerzo en la consecución de esta información, con lo cual las investigaciones podrán obtener otro tipo de resultados con los cuales nutrir la planeación y mejoramiento de las experiencias de APS a nivel nacional y que estas logren acercarse a los planteamientos propuestos hace casi cuarenta años de la conferencia de Alma Ata.

Finalmente, Colombia ha dedicado en su agenda un importante espacio desde el plano normativo para transformar el sistema de salud hacia la APS, lo cual requiere un gran esfuerzo por parte de diferentes sectores sociales y gubernamentales y no solo desde el ámbito salud para que esta transformación pueda ser llevada a cabo, este tipo de investigaciones brindan un soporte documental para apoyar este gran reto, el cual viene fortaleciéndose desde la ley 1438, el MIA y PAIS, en donde las entidades territoriales de salud como una forma de representación descentralizada del estado, tienen una responsabilidad

grande para que los objetivos de la APS puedan ser una realidad en sus territorios pese a las características locales y con esto disminuir las brechas e inequidades en salud con las que carga nuestra sociedad.

11. RECOMENDACIONES

Según los resultados de la investigación frente a las barreras y facilitadores para la continuidad de la estrategia de APS, se sigue:

Retomar la estrategia de APS en el Municipio de Palmira teniendo en cuenta los principales facilitadores para su continuidad desde el diseño de la nueva fase de tal forma que se cumplan los ordenamientos nacionales.

Realizar un plan de mejoramiento que aborde los apartados de contexto, actores, contenido y proceso de ejecución de la estrategia según los hallazgos de la investigación.

Retomar el proceso de la estrategia con la comunidad dejando claro los alcances y beneficios de la misma y haciéndolos partícipes activos en la construcción y ejecución de esta nueva fase.

Mejorar la sistematización de la información de la estrategia como medio para evidenciar el comportamiento de la misma frente a los objetivos propuestos.

Fortalecer la custodia de la información, mediante la asignación de responsables directos del mantenimiento de la misma.

Mantener el talento humano constantemente actualizado frente al funcionamiento del plan estratégico y medios para la consecución de los objetivos de la estrategia.

Mejorar el seguimiento de indicadores para lograr una adaptación al medio más oportuna.

Fortalecer la construcción de institucionalidad a través del reconocimiento de la Secretaría de salud como autoridad sanitaria.

Mejorar la articulación con otros sectores mediante la armonización de planes de trabajo con objetivos articuladores.

Mantener siempre un Equipo Humano con formación continua y un proceso de Coordinación que pueda garantizar el desarrollo del plan de acción.

Articulación con la academia para aumentar el número de futuras investigaciones que aporten elementos hacia la continuidad de la estrategia.

Formular en conjunto con la academia el perfil de talento humano requerido para la ejecución de estrategias de promoción de la salud.

Mantener continua vigilancia de los indicadores de morbi-mortalidad en la población para la verificación de los logros de la estrategia y crear espacios de continua difusión dentro de la comunidad.

Vigilar el comportamiento de barreras y facilitadores para transformarlos y aprovecharlos.

Realizar inventarios de capacidades institucionales para responder a los nuevos requerimientos normativos de APS.

Crear y fortalecer las capacidades institucionales necesarias para pasar de un modelo de APS desde la atención primaria a un modelo de APS integral.

12. ANEXOS



12.1. ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE LA INVESTIGACION: BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA CONTINUIDAD EN LA EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN UNA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD EN COLOMBIA ENTRE 2012 - 2015.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: CARLOS ALBERTO REINA BOLAÑOS.

CODIGO PARTICIPANTE:

Cordialmente se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud pública. Antes de decidir si decide participar o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada al momento que usted haya firmado el consentimiento informado.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La Atención Primaria en Salud es una estrategia de promoción de la salud la cual busca el cuidado sanitario esencial de la población, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante un enfoque participativo a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. En América Latina la estrategia de Atención Primaria en Salud ha retomado relevancia dentro de las agendas de gobierno como uno de los principales elementos de los sistemas de salud. Sin embargo, al momento de llevar esto

a cabo surgen dificultades comunes. A nivel nacional Colombia ha sido un país en donde las experiencias sobre la Atención Primaria en Salud han tenido una resonancia social, política y económica desde hace varias décadas, por lo cual buscó integrar esta estrategia al sistema de salud del país. Desde los años 70 se encuentran diferentes experiencias en Atención Primaria en Salud dentro del territorio nacional que han mostrado resultados positivos para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población más vulnerable, de las cuales la mayor parte sin continuidad en la actualidad. Por lo cual con este estudio se busca conocer como una estrategia como la Atención Primaria en Salud puede llegar a mantenerse en el tiempo.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo Identificar las barreras y facilitadores que influyen en que la estrategia de Atención Primaria en Salud logre mantener su continuidad en 1 entidad territorial de salud. Esto ayudara como insumo académico para la futura toma de decisiones tanto en la formulación como implementación de Estrategias de Atención Primaria en Salud. Para esto se tomarán inicialmente en la experiencia de Atención Primaria en Salud un tomador de decisión, un referente de los ejes de la estrategia y un operativo de la estrategia, posteriormente se continuará la recolección de la información mediante la técnica de bola de nieve hasta saturar las categorías de análisis. Se espera, que la participación en este estudio sea mínima de 6 informantes clave.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Este estudio ayudara a tener un mejor entendimiento de las barreras y facilitadores a los que se enfrenta o enfrentara un ente territorial de salud a la hora de mantener la continuidad en el tiempo de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Esta información puede ser usada para respaldar la toma de decisiones tanto al nivel individual como al nivel del sistema de salud.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si reúne las condiciones para participar en este protocolo y de aceptar participar se le realizarán los siguientes procedimientos:

- Se le solicitará que responda una entrevista semi-estructurada para conocer las barreras y facilitadores de actores, contenido, proceso y contexto para la continuidad de la Atención Primaria en Salud en el ente territorial de salud.
- Dado el caso que se encuentre información faltante posterior a la entrevista se le solicitará una nueva entrevista la cual puede ser llevada a cabo de forma personal o virtual.

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Esta investigación es clasificada como riesgo mínimo según la resolución 8430/93, sin embargo para ella aplica el riesgo de confidencialidad, para lo cual la información recolectada estará bajo extrema confidencialidad, no se registrará el nombre de los sujetos de investigación y la información referida no tendrá repercusiones en ningún aspecto, se adoptará un código en las fichas de registro que no tendrá ninguna relación con sus datos personales, se mantendrá la privacidad de los participantes y no será identificado en ninguna publicación. De ser esta información expuesta, el investigador del proyecto será quien asuma toda la responsabilidad y cualquier aspecto legal.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es totalmente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.

- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la carta de consentimiento informado que forma parte de este documento.

Finalmente, se solicita al participante autorización para utilizar los datos y la información recolectada en este proyecto, en estudios de investigación similares futuros los cuales mantendrán la confidencialidad de la información, previa aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle.

Si se llega a tener alguna duda el participante podrá contactar al comité de ética de la Universidad del Valle Teléfono: (2) 518 56 77/ Correo electrónico: eticasalud@univalle.edu.co. O contactar al investigador principal:

Carlos Alberto Reina B.
Terapeuta ocupacional
Estudiante de Maestría en Salud Pública
klosar@hotmail.com
Tel: 3116048590

María Fernanda Tobar Blandón. TO, EAS, MSP
Docente Directora proyecto de investigación
Universidad del Valle
Tel: 3105083502

12.2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactorias. He sido informado y entendido que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados y difundidos con fines científicos. Accedo a participar en el estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de este consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Testigo 1: _

Fecha:

Testigo 2: _

Fecha: _____

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su

representante): He explicado al señor(a)._____La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican la participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que leído y conozco la normatividad correspondiente con seres humanos y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

**12.3. GUIA ENTREVISTA ACTORES CLAVE ESTRATEGIA APS
BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA CONTINUIDAD EN LA
EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN UNA ENTIDAD TERRITORIAL DE
SALUD EN COLOMBIA ENTRE 2012 – 2015**

Buenos días, mi nombre es _____ Como parte de mi trabajo de Investigación de Maestría en salud pública de la Universidad del Valle estoy realizando una investigación acerca de las diferentes barreras y facilitadores que afectan la continuidad de la APS en los entes territoriales de salud. Para lo cual se requiere de conocer diferentes posturas y pensamientos con base en su experiencia y conocimiento del tema. Ante esto, es libre de expresar su opinión sin ningún calificativo de correcto o incorrecto sobre ella. Para facilitar la recolección de la información y su posterior análisis se grabará en audio la conversación si usted se encuentra de acuerdo.

Agradezco el tiempo otorgado.

1. Datos Técnicos de la Entrevista

1.1 Datos Generales

Fecha: ____/____/____ | Hora inicial: ____m | Hora final: ____m |
Duración ____Min |

2. ENTREVISTADO

Entidad:

Persona

entrevistada:

Función:

Experiencia: _

3. ENTREVISTADOR

3.1 Entrevistador principal

Nombre: Carlos Reina| Teléfono: 3116048590| e-mail: klos-ar@hotmail.com

4. DESARROLLO DE LA ENTREVISTA

4.1 Saludo inicial

4.2 Presentación personal entre entrevistado y entrevistador

4.3 Objetivo de la entrevista: Conocer las barreras y facilitadores que determinan la continuidad de la estrategia de APS en la Entidad Territorial de Salud
(ETS).

5. PREGUNTAS ORIENTADORAS

Estas preguntas se podrán ir modificando durante la recolección de información con el fin de facilitar la comprensión por parte del (la) entrevistado (a).

CONTEXTO

¿Cuáles son las características del contexto en que se llevó a cabo la estrategia de APS?

¿De qué forma el funcionamiento de la estrategia fue determinado por el contexto en que se desarrolló?

¿Cómo el contexto apoyo la ejecución de la estrategia?

¿Qué dificultades surgieron a raíz del contexto en que se llevó a cabo la estrategia?

¿Qué papel tubo el contexto para la continuidad de la estrategia?

¿Cómo la rectoría institucional influyo en la continuidad de la estrategia?

¿Qué aportes desde la rectoría institucional apoyaron la ejecución de la estrategia?

¿Qué dificultades surgieron a causa de la rectoría institucional que afectaran la ejecución de la estrategia?

CONTENIDO

¿Cómo el contenido de la estrategia se vio reflejado en la implementación de la misma?

¿Qué dificultades surgieron a raíz del contenido de la estrategia?

¿Qué fortalezas de la estrategia fueron atribuidas al contenido de la misma?

¿Cómo el contenido de la estrategia se relacionó con la continuidad de la misma?

PROCESO

¿Cuál fue el proceso mediante el cual se llevó a cabo la estrategia de APS?

- ¿Cuáles fueron las principales dificultades inmersas de este proceso?
- ¿Qué elementos favorecieron el proceso de ejecución de la estrategia?
- ¿Cómo el proceso de ejecución de la estrategia puede explicar la continuidad de la misma?

ACTORES

- ¿Cuáles fueron los principales actores inmersos en la estrategia?
- ¿Qué influencia tienen estos actores en la ejecución de la estrategia?
- ¿De qué forma el funcionamiento de la estrategia fue determinado los actores?
- ¿Cómo los actores favorecieron la ejecución de la estrategia?
- ¿Cómo los actores pudieron dificultar la ejecución de la estrategia?
- ¿Qué relación tienen los actores con la continuidad de la estrategia?

12.4 AVAL COMITÉ DE ÉTICA

ACTA DE APROBACIÓN N° 012 - 017

Proyecto: **"BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA CONTINUIDAD EN LA EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN 1 ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD EN COLOMBIA ENTRE 2012 - 2015 "**

Sometido por: **MARIA FERNANDA TOVAR / CARLOS ALBERTO REINA BOLAÑOS**

Código Interno: **114 - 017** Fecha en que fue sometido: **20** **06** **2017**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| ☒ Resumen del proyecto | ☒ Protocolo de investigación |
| ☒ Formato de consentimiento informado | ☒ Instrumento de recolección de datos |
| ☐ Folleto del investigador (si aplica) | ☒ Cartas de las instituciones participantes |
| ☐ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

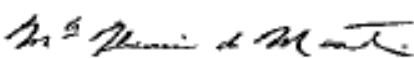
3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente Clasificación de Riesgo:

☐ SIN RIESGO ☒ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio es adecuada.
6. Este proyecto será revisado nuevamente en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
7. Informará inmediatamente a las directivas institucionales:
- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
8. Informará inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
- Lesiones a sujetos humanos.

Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.

- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido aprobado por un periodo de 1 año a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El investigador principal deberá informar al Comité:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:  Fecha: 27 10 2017
Nombre: MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ
Capacidad representativa: PRESIDENTA Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:  Fecha: 27 10 2017
Nombre: ADALBERTO SÁNCHEZ G.
Capacidad representativa: VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD Teléfono: 5185680

13. BIBLIOGRAFIA

1. Elorza ME, Moscoso NS, Lago FP. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2017;43:432-48.
2. World Health Organization. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Geneva: WHO;1978. [Alma-Atá, URSS, 6-12 de septiembre de 1978].
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Ginebra: OMS, 2008.
4. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de salud para las Américas 2008 2017. Washington: OPS/OMS, 2007.
5. Mario Testa (1997), Pensar en salud, Lugar Editorial, Buenos Aires.
6. Alec, Irwin y Elena Scali (2005), "Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences. A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health", World Health Organization, Secretariat of the Commission on Social Determinants of Health, Geneve, [http://www.determinants.fiocruz.br/pdf/texto/IN_texto1](http://www.determinants.fiocruz.br/pdf/texto/IN_texto1.pdf) .pdf
7. Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. Atención primaria. 2007;39(8):395-401.
8. Osorio AG, Álvarez CV. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. Atención Primaria. 2013;45(7):384-92.
9. Suarez R, Zamora S, Conté G, Olarte M. 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. CONVENIO 485 MPS y OPS/OMS. Bogotá, enero de 2012.

10. Muñoz E, Hernández C, Aguilar O, Claros L, Girón L, Rojas A. Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano. 2012.

11. Práez Ippolito G. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. Polis Revista Latinoamericana. 2010(27).

12. Colombia MdlA. Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. 2014.

13. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C. 2016-2020.

14. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia; Ley 1438 de 2011.

15. Organización Mundial de la Salud. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata, URSS. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata_declaracion.htm.

16. Romero RV, Ramírez NA, Méndez PAM, Vélez OR. Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia para la Transformación del Sistema de Salud y

el Logro de la Equidad en Salud, 1ra edición ISBN. 2009:978-58.

17. Guzmán RG. La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Medicina Social. 2009.

18. Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", en The Milbank Quarterly, 83 (3), pp.457-502.

19. OPS/OMS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana De la Salud/Organización Mundial de la salud. Washington, D.C: OPS/OMS; 2007.

20. Costello M, Taylor J, O'Hara L. Impact evaluation of a health promotion-focused organisational development strategy on a health service. Australian journal of primary health. 2015;21(4):444-9.

21. Fort MP, Grembowski DE, Verdugo JC, Morales LC, Arriaga CA, Mercer MA, et al. Implementation and progress of an inclusive primary health care model in Guatemala: coverage, quality, and utilization. Revista Panamericana de Salud Pública. 2011;30(3):217-24.

22. Davey S, Raghav SK, Singh JV, Davey A, Singh N. A comparative evaluation of public health centers with private health training centers on primary healthcare parameters in India: a study by data envelopment analysis technique. Indian journal of community medicine: official publication.

23. Tham R, Humphreys JS, Kinsman L, Buykx P, Asaid A, Tuohey K. Study protocol: evaluating the impact of a rural Australian primary health care service on rural health. BMC health services research. 2011;11(1):1.

24. Baig M, Panda B, Das JK, Chauhan AS. Is Public Private Partnership an Effective Alternative to Government in the Provision of Primary Health Care?

A Case Study in Odisha. Journal of Health Management. 2014;16(1):41-52.

25. Ibañez Nelson, Rocha Juan S. Yazle, Castro Paulo Carrara de, Ribeiro Manoel Carlos Sampaio de Almeida, Forster Aldaisa Cassanho, Novaes Maria.

H. D. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2006 Sep [cited 2016 Sep 21] ; 11(3):683703.Availablefrom:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000300016&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S141381232006000300016>.

26. Romero RV, Collantes JM, Ramírez NA. Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud-APS1 Quick assessment on the performance of the. 2009.

27. Yavich N, Báscolo EP, Haggerty J. Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. salud pública de méxico. 2010;52(1):39-45.

28. Cruz M. La Atención Primaria de Salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias. CONVENIO 485 MPS y OPS/OMS. Bogotá, Agosto de 2011.

29. Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Martínez J, Sebastián MS: Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care services in six localities of Bogota–Colombia: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2013, 13: 315-10.1186/1472-6963-13-315.

30. Parga J. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), EN EL MUNICIPIO DE PALMIRA ENTRE 2012 - 2014 (Tesis de grado). Santiago de Cali: Universidad del Valle; 2015.

31. Rodríguez-Villamizar Laura A, Ruiz-Rodríguez Myriam, Acosta-Ramírez Naydú. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2016 Apr [cited 2016 Sep 20];34(1):8895. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X2016000100011&lng=en
32. Pérez D, Castro M, Manuel Álvarez Á, Sánchez L, Toledo ME, Matos D, et al. Traslación a la práctica de estrategias de empoderamiento en la prevención del dengue: facilitadores y barreras. 2016.
33. Gibson O, Lisy K, Davy C, Aromataris E, Kite E, Lockwood C, et al. Enablers and barriers to the implementation of primary health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: a systematic review. Implementation Science. 2015;10(1):71.
34. Ross LE, Vigod S, Wishart J, Waese M, Spence JD, Oliver J, et al. Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. BMC family practice. 2015;16(1):135.
35. Hirmas Adaury M, Poffald Angulo L, Sepúlveda J, María A, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, et al. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. 2013
36. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. La Habana: Editorial Félix Varela. 2003;2.
37. Orrego C, Pérez I, Alcorta I. 3. Identificación de barreras y facilitadores. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. 27-38.
38. Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella E. Sostenibilidad financiera del modelo

sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. 2010.

39. Dasí MJ, Rojo E. Continuidad de los cuidados de enfermería: necesidad de coordinación entre niveles. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2000;3(2):27-33.

40. Compiladores Valéry Ridde y Christian Dagenais. Enfoque y prácticas en la evaluación de programas. Colección Gerencia y Políticas de Salud. 2015.

41. Bronfman M, Langer A, Trostle J. De la investigación en salud a la política: la difícil traducción. México, Bogotá: Editorial El Manual Moderno; 2003

42. Mosquera J, Gómez OL, Méndez F. Uso de los resultados de las investigaciones en salud pública en una entidad territorial de salud en Colombia. *Colombia Médica*. 2005;36(1).

43. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries – The Central Role of Policy Analysis. *Health Policy and Planning*. 1994;9:353-370.

44. Ma F, Lv F, Xu P, Zhang D, Meng S, Ju L, et al. Task shifting of HIV/AIDS case management to Community Health Service Centers in urban China: a qualitative policy analysis. *BMC health services research*.

45. Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México. 2014• Hernández, R. Metodología de la Investigación 6a Edición, Mc Graw Hill, México. 2014.

46. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación

cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Revista española de salud pública. 2002;76(5):423-36.

47. Navarrete JM. El muestreo en la investigación cualitativa. Investigaciones sociales. 2000;4(5):165-80.)

48. Hernández R y otros. Metodología de la Investigación; 5a Edición; México: McGraw Hill; 2010: p. 392.

49. Echeverría G. Análisis cualitativo por categorías. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. 2005.

50. Chaves CR. La categorización un aspecto crucial en la investigación cualitativa. InvestigumIRE. 2005;6(1):113-8.

51. Abela JA. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Fundación Centro de Estudios Andaluces; 2002.

52. Secretaría de Salud Pública de Palmira. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales Año 2016.

53. Secretaria de Salud Pública de Palmira. Plan Territorial de Salud 2012 – 2015.

54. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. República de Colombia; Ley 617 de 2000.

55. Concejo Municipal de Palmira. Palmira Avanza con su Gente. Plan de Desarrollo.

56. Secretaría de Salud Pública de Palmira. Atención Primaria en Salud. Palmira Avanza en salud. Nuevo modelo de prestación de servicios de salud,

basado en atención primaria Guía Operativa. 2012.

57. Congreso de la república. República de Colombia; Decreto 4973 de 2009.

58. Congreso de la república. República de Colombia; Ley 715 de 2001.

59. Congreso de la república. República de Colombia; Ley 1150 de 2007.

60. UNASUR. Colombia MdlA. Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. 2014.

61. Rodríguez-Villamizar Laura A, Ruiz-Rodríguez Myriam, Acosta-Ramírez Naydú. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2016 Apr [cited 2016 Sep 20];34(1):8895. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X2016000100011&lng=en.

62. Bywood P, Oliver-Baxter J, Brown L. Organisational level enablers for integrated primary health care. International Journal of Integrated Care. 2014;14(6).

63. Manca DP, Aubrey-Bassler K, Kandola K, Aguilar C, Campbell-Scherer D, Sopcak N, et al. Implementing and evaluating a program to facilitate chronic disease prevention and screening in primary care: a mixed methods program evaluation. Implementation Science. 2014;9(1):135.

64. Báscolo EP, Yavich N, Denis J-L. Analysis of the enablers of capacities to produce primary health care-based reforms in Latin America: a multiple case study. Family practice. 2016;33(3):207-18.

65. Kuluski K, Gill A, McKillop A, Parsons J, Peckham A, Sheridan N, et al. The Unmet Needs of Patients and Carers within Community Based Primary Health Care. International Journal of Integrated Care. 2017;17(3).

66. Ely LT. Nurse-managed clinics: Barriers and benefits toward financial

sustainability when integrating primary care and mental health. *Nursing Economics*. 2015;33(4):193.

67. Gordon CJ, Aggar C, Williams AM, Walker L, Willcock SM, Bloomfield J. A transition program to primary health care for new graduate nurses: a strategy towards building a sustainable primary health care nurse workforce? *BMC nursing*. 2014;13(1):34.

68. Buykx P, Humphreys JS, Tham R, Kinsman L, Wakerman J, Asaid A, et al. How do small rural primary health care services sustain themselves in a constantly changing health system environment? *BMC Health Services Research*. 2012;12(1):81.

69. Durbin A, Durbin J, Hensel JM, Deber R. Barriers and enablers to integrating mental health into primary care: a policy analysis. *The journal of behavioral health services & research*. 2016;43(1):127-39.

70. Tudor J. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405–12.

