

**BARRERAS Y FACILITADORES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA
DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS), DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS
MIEMBROS DE LOS EQUIPOS DE SALUD EN GUADALAJARA DE BUGA – VALLE,
DURANTE EL AÑO 2024.**



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

ESTUDIANTE:

PAOLA ANDREA ARRECHEA MONTOYA

2302287-7680

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA SALUD PÚBLICA

SANTIAGO DE CALI

NOVIEMBRE/2025

**BARRERAS Y FACILITADORES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA
DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS), DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS
MIEMBROS DE LOS EQUIPOS DE SALUD EN GUADALAJARA DE BUGA – VALLE,
DURANTE EL AÑO 2024.**



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

ESTUDIANTE:

PAOLA ANDREA ARRECHEA MONTOYA

2302287-7680

DIRECTORA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

MARÍA FERNANDA TOBAR BLANDON MSP.

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA SALUD PÚBLICA

SANTIAGO DE CALI

NOVIEMBRE 2025

Resumen

Esta investigación tiene como propósito principal identificar las barreras y facilitadores en la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) durante el año 2024, desde la percepción de los miembros de los Equipos Básicos de Salud (EBS) en Guadalajara de Buga. Se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, con diseño hermenéutico interpretativo y análisis de contenido temático deductivo dirigido, a partir de entrevistas semiestructuradas aplicadas a 24 integrantes de los EBS. La información fue transcrita, codificada y analizada con apoyo del software Atlas.ti, integrando categorías predefinidas sobre barreras, facilitadores y determinantes sociales, así como categorías emergentes derivadas de las particularidades territoriales e institucionales del municipio.

Los resultados evidenciaron que la implementación de la APS se encuentra tensionada por barreras estructurales, territoriales y socioculturales, entre las que se destacan la precariedad laboral, la rotación contractual, la presión por metas, las dificultades de acceso en zonas rurales, la falta de servicios básicos, la inseguridad y la desconfianza institucional en algunos sectores urbanos. Como facilitadores emergieron la vocación profesional, la organización interna de los equipos, la capacidad adaptativa, el trabajo interdisciplinario y la dotación institucional. La categoría construida permitió comprender que la sostenibilidad operativa de la APS depende de la interacción entre determinantes estructurales, condiciones intermedias del territorio y la agencia profesional de los EBS.

Se concluye que la implementación de la APS en Guadalajara de Buga durante 2024 se sostuvo principalmente gracias al compromiso, la vocación y la capacidad organizativa de los EBS, pese a persistir condiciones institucionales frágiles y determinantes sociales adversos que limitan su fortalecimiento y continuidad territorial.

Palabras Claves: Barreras, Facilitadores, Atención Primaria de Salud (APS), Percepción, Equipos Básicos de Salud (EBS), Implementación, Guadalajara de Buga, Precariedad Laboral, Marco normativo.

DEDICATORIA

Dedico este triunfo a mi abuela Margarita. Aunque hoy no esté físicamente, lo prometí, cuando nos estábamos despidiendo, que lo lograría, y sé que desde el cielo sonríes orgullosa de mí. Este logro también es suyo, porque su amor, su ejemplo y su fortaleza siguen guiando mis pasos.

Dedico este sueño cumplido a mi hija **Guadalupe García**, porque gracias a ella supe que debía salir adelante. Empecé este camino siendo Auxiliar de Enfermería, y por ella sigo avanzando, creciendo y elevando cada paso. Todo lo que soy y lo que seré, también será para ella.

Mi tesis paso por muchos desaciertos. Cambios en el municipio inicial de estudio, puertas que se cerraron... Hoy Dedico este esfuerzo. Aquellas barreras que se presentaron en el camino e hicieron de ellas un motivador y facilitador para poderlo llevar a cabo.

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo; Gracias **Dios**, por sostenerme en cada paso, por darme fuerzas, sabiduría y discernimiento cuando creí que no podía más y por abrir camino aun en medio de lo que parecía imposible. Gracias por acompañarme y permitirme llegar hasta aquí.

A mi **hija**, que, siendo tan pequeña con 3 años de edad, me impulsó a asumir este reto tan grande, de volver a estudiar. Nada de este camino fue fácil, pero cada esfuerzo tuvo sentido cuando la veía a ella. Ella es, y será siempre, mi mayor motor.

A mis profesores, por su enseñanza, por mostrarme el valor de la disciplina, la excelencia y el crecimiento profesional. Gracias por inspirarme a superarme cada día.

A mi directora de tesis. **Dra. María Fernanda Tobar**, gracias por su paciencia, por su guía constante y por creer en mí cuando incluso yo dudé. Gracias por permitirme quedarme y aprender de usted, con su acompañamiento. Un ser por quien siento mucho respeto y admiración.

A la profesora Janeth Mosquera, gracias por enseñarme que en la fortaleza también habita la sensibilidad del ser humano. Gracias por parecer tan dura y tan frágil a la vez, y por brindarme su apoyo justo cuando más lo necesité.

A Alexander García, por motivarme a seguir preparándome académicamente y por creer en mis capacidades y ayudarme cuando sentía desfallecer. A mis Padres, por enseñarme que no existe edad para perseguir y alcanzar los sueños más grandes. A mi tía, cómplice incondicional de este proceso, que siempre me ha mirado con ojos de amor y admiración.

A mis hermanos que, siendo profesionales, por falta de oportunidades en Colombia emigraron. Hoy quiero decirles que sí es posible, que, con esfuerzo, FÉ, dedicación, trasnochos, llantos, desaciertos, paciencia, fracasos y triunfos, en Colombia también se puede salir adelante.

Gracias al secretario de Salud y al Hospital Divino Niño de Guadalajara Buga, por permitirme entrar a conocer su municipio y realizar mi estudio.

Gracias Dios por darme la oportunidad de demostrarme a mí misma que nada me quedó grande, Gracias, **Univalle**. Qué gran escuela has sido. Me siento profundamente orgullosa y agradecida de ser Univalluna de haber tenido la dicha y la fortuna de obtener un cupo y crecer académica y personalmente con ustedes.

CONTENIDO

	Pág.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
ESTADO DEL ARTE	16
MARCO TEÓRICO	25
OBJETIVOS.....	39
4.1 GENERAL	39
4.2 ESPECÍFICOS	39
METODOLOGÍA	40
5.1 DISEÑO DE ESTUDIO.....	40
5.2 CATEGORÍAS DE ESTUDIO.....	40
5.3 ÁREA DE ESTUDIO	41
5.4 PARTICIPANTES Y MUESTRA.....	41
5.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	42
ANÁLISIS	44
6.1 CATEGORÍA DE ANÁLISIS	45
6.2 PLAN DE ANÁLISIS	49
RESULTADOS	55
8.1 FAMILIARIZACIÓN CON LOS DATOS.....	56
8.2 CODIFICACIÓN INICIAL DEDUCTIVA	57
8.3 AGRUPACIÓN DE CÓDIGOS EN SUBCAEGORÍAS ANALÍTICAS	59
8.4 CONSTRUCCIÓN DE CATEGORÍAS INTERPRETATIVAS	60
8.5 INTERPRETACIÓN ANALÍTICA Y CATEGORÍA SUSTANTIVA.....	63
DISCUSIÓN	72
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	88
CRONOGRAMA	92
PRESUPUESTO	93
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	95
REFERENCIAS	97
ANEXOS.....	109
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE	109
PREGUNTAS ORIENTADORAS SEGÚN CATEGORÍAS PREVIAS.....	117

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico No. 1 Estructura del Equipo Básico de Salud – EBS	53
Gráfico No. 2 Tabla de frecuencia de los códigos identificados en los	
Discursos de los EBS.....	72
Gráfico No. 3 Rede semántica Determinantes Sociales.....	79
Gráfico No. 4 Red Semántica focal de barreras y facilitadores en torno al EBS...	82
Gráfico No. 5 Red Semántica Implementación Tensionada de la APS en	
Guadalajara de Buga 2024.....	83

LISTA DE TABLA**Pág.**

Tabla No. 1 Definición Operativa de Categorías y Subcategorías de Análisis ...	49
Tabla No. 2 Matriz de frecuencia de los códigos y categorías.....	69

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Atención Primaria de Salud - APS, ha sido definida por la conferencia de Alma Ata como *“la asistencia sanitaria esencial basada en la aplicación de métodos y tecnologías capaces de ser puestos en práctica a partir de una base científica fundamentada, así como, por la aceptación social dentro del sistema de salud público de las naciones”* (1, p. 1). Además, presenta los lineamientos generales para promover la organización y la participación activa de la población dentro de un modelo integrador entre el sistema de salud y la población civil más vulnerable (1), elementos fundamentales en todo proceso de intervención en salud pública.

En la conferencia de Alma - Ata celebrada en la década de 1970, se subrayó la importancia de promover la salud para todas las personas del mundo como un bienestar integral. En ese contexto, se formularon 10 puntos esenciales que describen la situación global del concepto de salud en la intención de alcanzar las finalidades médicas y su respectiva intervención. Dentro de los aspectos destacados se encuentran: la desigualdad en el estado de salud de las personas de los países desarrollados y aquellos menos desarrollados, y la importancia del derecho a participar de las comunidades de manera individual o colectiva en aquellos programas de atención primaria que prestan un servicio sanitario.

El objetivo inicial de esta Conferencia consiste en lograr la prevención universal a través de la Atención Primaria de Salud (APS) para el año 2000. Los gobiernos tienen la responsabilidad social de garantizar las medidas sanitarias en sus países, incluyendo la prevención y control de problemas que puedan afectar a las comunidades. El concepto de salud no se limita a la ausencia de la enfermedad; es un término más global que

también abarca aspectos políticos, sociales, culturales, los recursos y el acceso a tecnologías relevantes (3,4).

Esta es una brecha del conocimiento que debe ser cerrada, llegar a los territorios con poblaciones altamente vulnerables, debe considerarse como un compromiso político que atañe el carácter público de las problemáticas de salud y al mismo tiempo es un imperativo ético en cuanto a la atención y el cuidado (1).

La declaración realizó un llamado de unificación universal y priorización para el mejoramiento de la salud como algo que compete a todos y no solo a la parte sanitaria con la reparación de las enfermedades, si no el requerimiento de un dinamismo e involucramiento del Estado, teniendo por base la participación de las comunidades para lograr un desarrollo y mejora sostenible.

Las transformaciones que ha tenido la APS, han pasado por la adaptación a cambios demográficos, la aparición de avances tecnológicos y las nuevas necesidades dentro de la salud pública (3, 4). Se encuentran otros cambios que han contribuido a la ampliación del concepto de APS, por ejemplo, el tránsito dentro del enfoque de salud curativo al preventivo, la inclusión de determinantes sociales de la salud que afectan la integralidad y desarrollo del ser humano, el cambio de orientación hacia la atención integral y centrada en el paciente, la descentralización y la participación comunitaria (3).

A estos aspectos se suma, el desarrollo tecnológico y el uso de telemedicina para abordar algunas problemáticas de atención en áreas urbanas o con acceso a internet, la implementación de un énfasis en equidad y universalidad para las personas, la integración con otros niveles de atención, contribuyendo al mejoramiento en la coordinación, la eficiencia y la continuidad en la salud pública (4).

La APS se ha implementado en diversos sistemas de salud del mundo, se destacan las experiencias internacionales de Australia, España y Canadá, que se han caracterizado por el uso de centros de salud comunitarios y clínicos con un énfasis en coordinación y accesibilidad para todos los ciudadanos desde la década de los ochenta (5, 6).

En Latinoamérica, se cuenta con significativas experiencias en Cuba, Brasil, Costa Rica, en donde la implementación de las estrategias de APS se han caracterizado por sus modelos de participación comunitaria, la prevención en diferentes niveles y la promoción de la salud, en medio de sistemas de salud públicos precarizados por prácticas mercantilistas y neoliberales (7, 8, 9,10, 13). En Colombia en términos de APS se encuentran las experiencias de Chocó, Palmira y Bosa en Bogotá que han reflejado múltiples dificultades en términos de coordinación, permanencia y gobernabilidad (11,12, 14, 19).

Colombia desde la ley 1438 de 2011 integró al Sistema de Salud, un valioso aporte orientado a fortalecer el sistema de salud basado en la Estrategia de APS. En este proceso de reglamentación de la Ley, se encontraron limitaciones para su real implementación en el país, dado que no se contaba con equipos humanos técnicos capacitados que garantizarán su despliegue en los territorios.

Después de más de 10 años de integrar esfuerzos de los gobiernos por disponer marcos técnicos para la implementación de la APS, se retoma por parte del gobierno actual la directriz de implementar la APS con el apoyo de recursos económicos direccionados por la nación, para algunos territorios priorizados (18).

Cabe resaltar que Colombia ha realizado una reforma estructural recientemente, la cual está consolidada con el Decreto 0858 de 2025, que adopta el Modelo de Salud **Preventivo, Predictivo y Resolutivo**, institucionalizando la territorialización (micro territorios) y los Equipos Básicos de Salud como columna vertebral del nuevo modelo (78).

El municipio de Guadalajara de Buga ha venido implementando la APS en especial desde una perspectiva política en los acuerdos municipales y con ello ha logrado integrar como una decisión política, proyectar una atención de salud primaria e integral a la población más vulnerable, es decir, para la población habitante de calle con el Acuerdo Municipal No 079 de 2019; también para los adultos mayores con el Acuerdo Municipal No 062 de 2018, y a través del Análisis de Situación de Salud -ASIS-, con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud sistematizada en el 2022 y el cual fue un documento publicado por el Minsalud, la Secretaría de Salud del Valle del Cauca y la Secretaría de Salud Municipal de Guadalajara Buga en 2022 (20).

En estos documentos es posible identificar la voluntad política de la administración local para promover un plan de salud del municipio brindando una orientación normativa sobre la realidad humana y de salud de aquella población más vulnerable en el territorio. En estos indicadores se pone de presente que el cumplimiento de la APS es un factor social y de bienestar vital para la transformación de los entornos preventivos y curativos de la salud pública (14, 16).

No obstante, se desconoce qué tipo de fortalezas o limitaciones ha tenido la implementación de las APS en el territorio desde la perspectiva de los miembros de los equipos básicos que se han desplegado para llevar la salud al territorio, como parte del

proceso “piloto” propuesto por el gobierno nacional, en búsqueda de mejorar la salud y la atención en salud de la población, integrando la estrategia de Atención Primaria de Salud; para lo cual se identificaron algunos micro territorios en el país entre los que se cuenta el municipio de Guadalajara de Buga.

Dadas las implicaciones que tienen para los territorios la implementación de la estrategia de APS y considerando que los recursos para el financiamiento de la implementación de la estrategia, fueron garantizados por el nivel central, al igual que los mecanismos a través de los cuales estos recursos efectivamente son destinados a la contratación del personal, capacitación y la logística para que los Equipos Básicos lleguen a los territorios, es menester indagar sobre ***¿Cuáles son las barreras y los facilitadores percibidos por los miembros de los equipos básicos de salud, que obstaculizaron o favorecieron la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud en Guadalajara de Buga durante el año 2024?***

La respuesta a esta pregunta contribuirá a la comprensión y el análisis de las dificultades y realidades que se establecieron durante la implementación de la estrategia de APS, resaltando especialmente la percepción y las formas de participación de los profesionales en salud -vinculados y no vinculados contractualmente a la estrategia de APS en el municipio- en la implementación de la estrategia en Guadalajara Buga. También será importante con los resultados de esta investigación, fortalecer las capacidades en los profesionales de la salud y otras disciplinas relacionadas con la APS, para que se integren de manera formal al desarrollo de la APS desde el conocimiento de la evaluación real de la implementación.

Finalmente, y en lo relacionado con la reducción de las brechas del conocimiento, como lo declara el pensador argentino Mario Bunge (2), varios son los propósitos que persigue una idea social y generadora de nuevo conocimiento. En el entendido que la premisa de la ciencia es generar un conocimiento que disminuya las injusticias sociales y atiende la prevención de las enfermedades primarias, en especial si se considera las intenciones éticas de las ciencias de la salud, enfatizando en los profesionales sanitarios o de salud, formados social y técnicamente como Equipo Sanitario y, otro de los propósitos es la idea democrática y distributiva de salud pública en un territorio como el colombiano.

ESTADO DEL ARTE

El presente estado del arte se propone describir un balance de los principales avances y dificultades que se han identificado en la implementación de estrategias de APS en diferentes países y contextos locales. En general las iniciativas gubernamentales alrededor de las APS se encuentran articulados con los objetivos globales de salud pública a partir de la Declaración de Alma Ata, en donde se deben reconocer los cuatro principales enfoques como son: la APS integral, la APS Selectiva, la APS desde la Atención Primaria y la APS Renovada (1). Se realiza un análisis a escala nacional y local como también desde una perspectiva global. Lo anterior se formula en aras de comprender las barreras y facilitadores que se generan en la implementación de APS, y los principales retos que existen para fortalecer los procesos de coordinación e implementación metodológica de las estrategias.

Partiendo del contexto nacional y local, es posible plantear una valoración sobre las barreras y facilitadores de la APS, donde se pueden destacar los siguientes elementos. En primer lugar, las proyecciones para la atención médica en Colombia han estado orientadas a atender las necesidades primarias de los territorios y en especial de aquellos grupos comunitarios con más altos niveles de desatención y descuido a la población vulnerable. Esto se suma a la diversidad de la geografía nacional y en especial en un acercamiento de las APS a las poblaciones campesinas que se encuentran al interior de los espacios rurales. No obstante, se reconoce que la implementación de las APS no es la medicina para los pobres, ni pretende sólo ofertar servicios básicos de atención en salud, desconociendo la importancia que tienen que las personas accedan

a los servicios conforme requieren una atención médica, pero que esta atención sanitaria debe estar integrada a la atención desde un enfoque integral que implica la multidisciplinariedad y la intersectorialidad (1,3,4).

En estos análisis se identifica el enfoque iterativo, el cual se encarga de señalar los éxitos y los fracasos, variables que se establecen en aras de determinar aquellos factores de mejora, como también los vacíos y fundamentalmente los elementos que no han sido tenidos en cuenta en el cuidado médico y de bienestar en salud pública de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad (6, 7).

En este orden de ideas, sobresale en especial una investigación aplicada al territorio de Caldas con un alcance de 27 municipios (1). En este estudio se da a conocer las experiencias en salud en los territorios, en voz de la ciudadanía, la comunidad de los expertos y en general partiendo de las percepciones de la gente. Allí es fundamental destacar las primeras percepciones del éxito o del fracaso en los planes para la atención primaria en salud. Luego, se crea un instrumento de análisis que proviene del Observatorio Social de Caldas. Allí se discriminan las variables y se establecen los recursos valorativos del método iterativo. Para la realización de las tareas de campo se involucraron a tres investigadores principales, un coordinador general, un asesor experto y 6 auxiliares de investigación.

Todo este personal de investigación en campo fue cuidadosamente escogido, en especial desde los siguientes criterios: en primer lugar, una formación profesional que tuviera experiencia en este tipo de estudios de territorio y con población vulnerable, y lo más importante que fueran residentes por seis meses en el territorio (1). Entre los resultados más sobresalientes en la aplicación de este método se pueden destacar las

siguientes. En primer lugar y desde la perspectiva de los pobladores se supo que desde el año de 1980 había brigadas de salud, conformadas por un médico, un odontólogo y una enfermera. Estas misiones de salud abrían un historial médico donde se destacan las principales afectaciones en salud de los campesinos. Desde esta memoria se concluye que hubo resultados -experiencias- positivos para la historia del APS territorio, entre los que cabe destacar la disminución de la mortalidad materna, y los casos de dengue. Se supo también que dado estos resultados en el año 2013 amplió la estrategia y la usó para cubrir a más municipios en el Departamento de Caldas (1).

Otro de los aportes del estudio identifica un modelo operativo de la Atención Social Operativa de Caldas, y el cual en términos generales puede ser descrito de la siguiente manera. En primer lugar, se trata de un modelo de análisis que parte de las afectaciones en salud de la ciudadanía, siendo los actores principales las familias y las comunidades.

Es decir que el método se destaca por crear un escenario ideal para la participación social y comunitaria. Con estos elementos es posible determinar una unidad de análisis situacional, que busca, crear bienestar y atención familiar desde unas rutas de atención que se clasifican en: 1) riesgos, 2) Interacción individual, familiar y comunitaria y las visitas familiares. Todas estas variables integran un observatorio social que busca: 1) crear una ficha familiar, 2) una clasificación del riesgo y finalmente 3) un análisis del curso de vida (1). Finalmente, el método se destaca por dejar en las dinámicas de la administración pública en salud, ejemplos reales de cómo desde la voz de las comunidades es posible que las APS, tengan un sentido social compenetrados con las estructuras comunitarias y familiares de los entornos sociales donde se aplica el modelo.

En efecto desde este modelo de análisis, y que parte de una caracterización social desde las comunidades, se vale de la organización de grupos focales y encuestas semiestructuradas, en las que el equipo investigativo además de recuperar la memoria histórica de las APS en el territorio logra empatizar con las necesidades médicas iniciales de una población en riesgo. Esta información es relevante en especial para la implementación de políticas públicas en salud y APS, que puedan valorar las experiencias exitosas en el territorio (1).

De esta manera, se han implementado acciones en algunos países para fortalecer un enfoque integral y multisectorial que aborde la enfermedad no solo desde el ámbito curativo, sino desde el ámbito preventivo teniendo en cuenta elementos como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención integral a la salud mental, así como a la gestión de enfermedades crónicas, en articulación con diversos sectores de la sociedad (18).

Las experiencias de Australia, Finlandia y países Escandinavos como Noruega, Suecia y Dinamarca evidencian cómo se ha logrado fortalecer el APS a partir de la implementación de acciones o modelos, que han sido novedosos frente a su problemática estructural de salud (7, 23, 24, 25, 26).

Por ejemplo, Australia ha implementado modelos de APS integrales y que se han puesto en comparación con modelos de APS selectivos. Si bien ambos modelos han sido similares frente a su implementación de base comunitaria (6, 7, 20), la constitución de equipos multidisciplinarios y la respuesta a la necesidad de las personas, evidencia la mejora en la salud de la comunidad por la implementación de seis dimensiones diferenciadoras dentro del modelo integral (21).

Desde lo planteado en el artículo *Atención primaria de salud: una mirada global para orientarnos en lo local* (2021), los modelos como los que se implementan en Australia plantean como novedad una implementación metodológica desde los criterios de la planificación y la gestión democrática bajo la asignación de los recursos económicos necesarios y la dotación de profesionales suficientemente formados y capacitados; desde estos elementos estratégicos se ha pensado que los modelos de APS, se integran a la estructura del sistema sanitario del país (60). Tal recurso metodológico logra proyectar las APS en el marco de una política de salud pública que favorece la calidad de vida de los ciudadanos en Australia.

Desde un ámbito más cercano al contexto colombiano, la región latinoamericana ha generado avances en la aplicación de herramientas de tecnología e innovación para la implementación de la APS (22). En medio de las desigualdades del sistema de salud en la geografía del continente, se han generado avances en términos de atención y calidad del servicio de telemedicina, registros electrónicos y bases de datos, lo que a su vez se ha fortalecido el desarrollo de programas y políticas públicas impulsadas con el propósito de lograr un equilibrio en la implementación de estrategias de APS en la región (4, 8, 60).

Sin embargo, la aplicación de las metodologías en el estudio de la APS, son en la mayoría de los casos experiencias aisladas que ponen de presente la fragmentación y el aislamiento de los sistemas de salud en el continente, esto a causa de la privatización económica del sistema y la limitación en el alcance de la universalidad en la cobertura de los derechos de salud fundamentales. Esto es lo que se expresa en la investigación desarrollada en 2021, denominada “*Estrategias de Atención Primaria en salud en cinco países latinoamericanos*” (11).

A partir de estos hallazgos se ha planteado que los modelos de salud en Latinoamérica son mixtos, de tal modo que desde la perspectiva de lo público y lo privado la atención APS está sujeta a la variabilidad de las corporaciones que asisten a la población, siendo unas veces predominante los intereses universales no económicos y en otros privilegiando a los particulares de connotación económica (61).

Ante esta lógica desigual la atención en salud es un servicio segmentado y de creciente atomización en el acceso a los servicios para la atención primaria, que por lo general se encuentran sujetos a variables como la población objeto de la atención médica, la naturaleza de los centros de salud que se ubican en los territorios, la diferencia entre cotizantes del servicio de salud privado y los ciudadanos que no pagan servicio de salud y son cubiertos por el Estado, bajo las condiciones de vulnerabilidad, desempleo, etc. (61).

Sin embargo, existe una contradicción entre la normatividad y la acción de coordinación interdisciplinar por diversos factores de carácter estructural en el país al momento de implementar la estrategia. Molano et al. (32), afirma que se identifican cuatro tendencias conceptuales de atención primaria en salud en 13 municipios de Colombia: “i) acceso a servicios de salud de calidad; ii) énfasis en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; iii) atención básica en el primer nivel de complejidad y iv) perspectiva amplia, interesada por el derecho a la salud y la intervención de los determinantes sociales” (p. 513).

La APS en Colombia han experimentado algunas renovaciones en comparación a lo que se implementó durante el siglo XX, por ejemplo, la clásica estrategia de APS se concentró en fortalecer las formas en cómo se relacionaban los usuarios y el sistema de

salud, por el contrario, en la actualidad se dirigen las miradas hacia la gestión y operación de los servicios con enfoque de promoción de salud a partir de los avances existentes en políticas públicas (33, 34). Es necesario comprender el rol que desempeñan actualmente los equipos y profesionales de salud en zonas rurales del país por sus existentes dificultades en términos de acceso, calidad y pertinencia (35, 36).

Los hallazgos identificados a nivel internacional y regional son un punto de partida para comprender las posibles barreras y dificultades que se han presentado en la implementación de la estrategia de APS en diferentes contextos. Para el siguiente estudio, se encontraron múltiples investigaciones que se inscriben en los lineamientos nacionales dentro del sistema de salud público colombiano, que establecen la definición de la gestión territorial para la implementación de la estrategia de APS (37).

Así las cosas, coincidiendo con Hernández (38), se entiende que una de las grandes barreras de la APS es el acceso a la atención en salud, reconociendo que esta barrera tiene ámbitos externos como: los geográficos, los económicos, los sociales, los culturales, entre otros y, que existen barreras en el ámbito interno como: la adquisición de medicamentos, la falta de formación y profundización de cada uno de los roles profesionales tanto en el ámbito administrativo como de atención médica. A la vez, se debe reconocer que la APS es el núcleo del sistema de Salud de un país, en este caso de Colombia y, que la misma estrategia forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (38). También, en su análisis agudo reconoce que la APS brinda unos atributos entre los cuales considera: i) Accesibilidad Vs Barreras de acceso; ii) Coordinación Vs acciones y niveles; iii) Integralidad Vs resolver la mayoría de problemas de salud donde entra en juego los EBS y, iv) Longitudinalidad Vs

continuidad y entornos, reconociendo a los EBS como la base del éxito o fracaso de la APS en los territorios.

Dentro de la estrategia de la APS, los Determinantes Sociales en Salud (DSS), según el Dr. Hernández (38), son Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), que deben ser tenidos en cuenta, en cuanto que son elementos transversales para el desarrollo de las competencias en salud pública (39, 40, 41). Una de las grandes barreras que identifica el mismo autor es el mismo término que fue mal entendido por su ambigüedad en la traducción “Primary Care” por “cuidado esencial” Versus Atención Primaria de Primer Nivel y de escasa capacidad resolutive. Por esta razón, desde su perspectiva plantea que los (DSS) deben promover la superación de los aumentos de los costos de los tratamientos, de los medicamentos, la ineficiencia del sistema, la baja calidad en los servicios, los insuficientes recursos públicos asignados y la necesidad de nuevas tecnologías (38).

Empero otros modelos de análisis permiten considerar variables estructurales definitivas en la implementación de las APS en los territorios colombianos, y que generan beneficios y mejoras en la población que es objeto de la atención médica. En este sentido la investigación titulada “*Barreras y facilitadores en la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en Palmira, Colombia (2019)*”, plantea desde un contexto regional cómo un plan territorial de salud puede considerar las variables de la salud pública, el aseguramiento y la atención primaria en salud (APS), si se cubren los espectros de un sistema de promoción en salud; un sistema de salud materna y un tercer sistema en atención para la primera infancia. En este mismo sentido se identifica el sistema para la prevención del VIH. A través del criterio del aseguramiento es posible

alcanzar un 100% de la población pobre no asegurada, como también se hace factible propender por un fomento al monitoreo y el seguimiento. Las APS dependen del fortalecimiento en la prestación del servicio primario de salud, requiriendo para ello de equipos básicos en la atención primaria sumado a un fortalecimiento de la red pública (15).

MARCO TEÓRICO

Uno de los elementos teóricos que se proponen en la presente investigación alude al estudio acerca de la naturaleza social y científica de las APS, en especial de sus especificidades metodológicas al momento de ser implementadas en los territorios. Es así cómo se identifican diferentes modelos teóricos aplicados a la APS dentro de los sistemas de salud pública (43, 44). Para lograr lo anterior es importante conformar un equipo básico en salud, el cual será definido en el municipio en aras de avanzar en la implementación metodológica de la propuesta.

Entre las nociones teóricas que integran el análisis de las APS, es posible destacar los conceptos de: salud pública, atención primaria de salud, derecho universal a la salud y población vulnerable. En cuanto al concepto de la salud pública podemos señalar que, en el marco histórico de las sociedades modernas, surgen los intereses comunes a contrapelo de los intereses privados. Es decir, que es gracias a los grandes procesos históricos como los expresados con la revolución científica (s. XVI), la revolución social (s. XVIII) y la revolución industrial (s. XIX), como se puede distinguir un cambio en el paradigma social y científico, ocupando un lugar preponderante los intereses de lo público (62), es decir, que privilegia los derechos al beneficio de las masas y las poblaciones por encima de los individuos o las clases sociales privilegiadas.

Desde la posguerra la salud pública ocupa un lugar preponderante en especial debido al cambio de paradigma en la salud de los individuos y las poblaciones a partir de los avances conceptuales, políticos y sanitarios frente a la APS (44) y las realidades

sanitarias adversas donde poblaciones enteras se enferman o mueren por falta de asistencia médica primaria. En este sentido es menester destacar los orígenes históricos que explican la aparición de los programas APS en el mundo, en el marco de los derechos humanos, en especial en el reconocimiento del derecho universal a la salud.

De este modo la atención primaria de salud tiene que ver con los servicios médicos que puede ofrecer un Estado a la población que se ha visto afectada por la guerra, los contagios y las pestes, la vulnerabilidad, entre otros aspectos. Así mismo, el derecho universal de la salud es una conquista histórica de las sociedades modernas en especial de aquellas que pactaron un acuerdo humanitario luego de los episodios de guerra mundial acaecidos en la primera mitad del siglo XX.

Definir el acceso a la salud como un derecho humano universal se lleva a cabo en la Declaración Alma - Ata, impulsada por el Dr. Mahler, director general de la OMS en la década de los 70, marcó un precedente al proponer la APS como un derecho humano fundamental y un medio para alcanzar la salud para todos; este concepto quedó establecido en la conferencia internacional organizada por la OMS y la UNICEF.

Sin embargo, a pesar de su ambicioso objetivo, la APS ha enfrentado numerosos desafíos en su implementación. La pérdida de credibilidad de los equipos de trabajo y de apoyo institucional, la fragmentación de los programas y la creciente distancia entre la comunidad y los servicios de salud, son algunas de las dificultades que han obstaculizado el pleno desarrollo de la APS. Estos desafíos ponen en manifiesto la necesidad de fortalecer los modelos teóricos existentes y desarrollar nuevas estrategias para garantizar una implementación efectiva de la APS (43, 44, 45, 46).

Cuarenta años después de la histórica Declaración de Alma-Ata, que reunió a líderes mundiales con el objetivo de establecer la Atención Primaria en Salud (APS) como un derecho fundamental, los avances en áreas como el saneamiento básico, el acceso a agua potable, y la inmunización entre otros. Aún persisten brechas importantes en la cobertura de estos servicios, especialmente en las poblaciones más vulnerables. A pesar de los esfuerzos realizados, lo que se hace necesario es renovar el compromiso con la APS y fortalecer los sistemas de salud, para garantizar la salud para todos (45, 46, 47).

En este orden de ideas, la vulnerabilidad es otro de los conceptos vertebrales en las finalidades médicas y éticas de las APS, ya que con el crecimiento exponencial de las grandes urbes, el desplazamiento de la mano de obra rural hacia los grandes centros urbanos y la concentración de la riqueza repercute en la aparición de fenómenos atípicos en la salud pública de las poblaciones, y que se asocian con las epidemias, la mortalidad infantil y materna, el abandono y la desprotección de la población vieja, el contagio por enfermedades transmisibles como las Enfermedades de Transmisión Sexual y el creciente aumento de las enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad, enfermedades coronarias, diabetes, entre otras.

Ante estas dificultades surge la Declaración de Astana en octubre de 2018, lo cual marca un viraje importante en la Salud Pública al destacar el papel central de Atención Primaria en Salud (APS) como estrategia planificada de intervención de los Estados hacia los sectores sociales más vulnerables y afectados. En busca de una cobertura Universal de Salud en pro de mejorar el bienestar de las poblaciones a nivel mundial en la calidad de la salud (OMS), surge como respuesta a la necesidad de revitalizar el

compromiso con la APS, que había experimentado un cierto desnivel en las últimas décadas.

La Declaración de Astana (45, 46) fue convocada con el objetivo principal, de conmemorar el 40 aniversario de la historia de la declaración de Alma-Ata, adoptada en 1978. Si bien Alma Ata establece unos principios fundamentales de la APS. Pero también muestra una fragmentación en los sistemas de salud. Es por ello, por lo que nace este nuevo compromiso mundial con la APS en Kazajistán el pasado 25 y 26 de octubre del 2018 OMS/OPS, donde se proyecta que debe haber una cobertura universal con empoderamiento a las comunidades, un desarrollo sostenible, Enfoque Integral en busca del fortalecimiento de los sistemas de Salud de los diferentes países. Al cumplir con ello no sólo garantizan la salud de las poblaciones, sino que esto también permite avanzar a tener una equidad participación de la comunidad y de justicia social (OMS/OPS) (1).

Los determinantes sociales de la salud deben tenerse en cuenta dentro de la Declaración de Astana, en especial, por el interés de esta normatividad internacional de avanzar de forma significativa hacia una cobertura en salud, pues son las comunidades vulnerables las principales víctimas de las pandemias, la mortalidad infantil y materna, la pérdida en la calidad de vida del adulto mayor, entre otros factores.

De acuerdo con la OMS todos los Estados deben disponer en sus políticas de salud pública un énfasis notorio en las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, teniendo en cuenta la solución a las problemáticas sociales relacionadas la implementación de sistemas sanitarios adecuados y dignos, planes de superación de la pobreza. La mala salud de las personas más pobres es el agravante social más degradante que puede someter un Estados a la salud de la población de un país,

generando a su paso las grandes desigualdades sanitarias y que son provocadas por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios. Las consecuentes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno natural.

Diversos factores explican el desmejoramiento en la salud de las personas. Por ejemplo, la enfermedad surge por factores sociales que determinan su aparición y suceden por diversas situaciones multidimensionales: una primera se presenta en la naturaleza de los trabajos que se desempeña en los territorios y los cuales son los implicados en la desmejora de la condición física y mental de las de las personas; otro factor tiene que ver con la estratificación social de la población y las condiciones materiales de existencia desfavorables; también se identifica los altos niveles de estrés a los que se enfrenta la población; los abismos de los sistemas sanitarios que enfrentan las realidades contradictorias entre zonas rurales y las urbanas; criterios de orden económico y valores culturales, que se dan en específico en contextos socio económicos y políticos, además de las circunstancias materiales, factores conductuales y biológicos, que ponen de presente las dificultades para implementar programas APS. De esta manera surge la teoría de la inequidad en la salud (46).

La salud puede cambiar de acuerdo con los determinantes sociales de la salud, porque generan barreras y/o facilitadores, siendo esta realidad la fuente de este estudio. Dichos determinantes sociales lo son el nivel de ingresos, ocupación e incluso del lugar de donde vivimos, el sexo, la edad, composición genética, actividad física, costumbres

como fumar o tomar alcohol, dieta, también, se debe tener en cuenta que esta -la salud- se puede ver afectada por ellos.

La salud no puede escaparse de la política como las condiciones sociales y económicas, circunstancias en que las personas nacen crecen y viven, donde incluye la exposición al medio ambiente (ejemplo vivir en un lugar contaminado sin la posibilidad de poder migrar), sus estilos de vida (como los ya mencionado antes donde el ser humano de acuerdo con sus vicios y costumbres se expone voluntariamente a ellos), biología humana, y los servicios médicos de atención (47).

Desde una perspectiva del territorio, la APS se basa en un pilar fundamental y es el reconocimiento de las capacidades de los territorios para su agenciamiento. La territorialización del cuidado integral de la salud constituye la columna vertebral del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, en coherencia con la Ley 1438 de 2011 que institucionalizó la estrategia de Atención Primaria en Salud como eje de coordinación intersectorial, integralidad y continuidad del cuidado (31). Esta actualización normativa se consolida con el Decreto 0858 de 2025, que redefine el modelo como política pública obligatoria en todo el territorio nacional y orienta la planificación y organización funcional desde un enfoque territorial, diferencial y de gestión integral del riesgo (78).

La adscripción poblacional y la organización en micro territorios operativizan la intervención sobre los Determinantes Sociales de la Salud, reconocidos normativamente en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 como factores sociales, económicos, culturales y ambientales que condicionan la aparición de la enfermedad (80).

En consonancia, la Resolución 100 de 2024 adopta la Planeación Integral para la Salud y dispone que las intervenciones territoriales deben estructurarse en torno a líneas operativas que incluyan acuerdos sociales para transformar inequidades y cuidado de la salud en el territorio (82). Esta arquitectura normativa consolida una comprensión estructural de la salud alineada con el enfoque de determinantes sociales propuesto por Solar e Irwin, en el cual las condiciones estructurales (Determinantes Sociales Estructurales -DSE- y las circunstancias intermedias (Determinantes Sociales Intermedios – DSI-) configuran los resultados en salud y exigen intervenciones multinivel (71).

Así las cosas, el Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo redefine el sistema de salud colombiano al articular la estrategia de APS con Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud, conforme lo previsto en la Ley 1438 de 2011 y el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 -Ley 2294 de 2023- (31, 84). Además, la Resolución 276 de 2019, al operacionalizar las Rutas Integrales de Atención, ya anticipaba la centralidad del reconocimiento de personas, familias y comunidades en su ámbito territorial como sujetos de cuidado (83).

Con la actualización normativa 2024-2025, esta lógica evoluciona hacia una organización jerárquica compuesta por micro territorios, territorios municipales, subregiones y regiones funcionales, sin modificar la división político-administrativa, pero sí fortaleciendo la capacidad resolutiva del primer nivel, la gestión integral del riesgo y la convergencia regional para cerrar brechas socio-sanitarias (78, 79). En consecuencia, los micro territorios no son simples subdivisiones geográficas, sino unidades funcionales sanitarias que permiten territorializar la equidad, materializar el derecho fundamental a

la salud y estructurar un sistema orientado a la prevención, la anticipación del riesgo y la resolución efectiva de necesidades reales en contextos específicos.

Por ello, se ve la necesidad de analizar e interpretar la percepción de los miembros de las EBS vinculados y no vinculados en la APS implementada en el municipio de Guadalajara Buga, con el fin de brindar desde esta perspectiva como actores clave de esta estrategia, junto con la indagación documental -fuentes secundarias-, conceptualización, a través de la cual se puedan identificar las barreras y facilitadores, factores que impiden o facilitan dicha implementación de la APS en este territorio.

Por último, es pertinente fortalecer el concepto de Equipo Básico de Salud (EBS), dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), el cual se define como una unidad operativa conformada por profesionales multidisciplinarios encargados de la gestión integral de la salud en un territorio determinado, con el propósito de garantizar el acceso equitativo a servicios de salud y promover el bienestar comunitario (64, 65, 66). Su enfoque abarca la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención oportuna de las necesidades sanitarias de la población asignada (67).

El EBS se caracteriza por su trabajo coordinado e interdisciplinario, generalmente incluyendo médicos, enfermeros, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud, quienes desarrollan acciones de promoción, prevención y atención a nivel comunitario (65). Este modelo busca la continuidad del cuidado, el fortalecimiento de la participación comunitaria y la implementación de estrategias intersectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (65).

Desde un punto de vista operativo, la conformación y funciones de los EBS pueden variar según el contexto y los lineamientos de cada sistema de salud, pero su objetivo central sigue siendo la reducción de inequidades en salud y la optimización de la atención primaria mediante un enfoque integral y humanizado, por ello, es relevante la necesidad de la interpretación de su perspectiva a partir de su experiencia en la intervención de la APS en el municipio de Guadalajara de Buga, el cual nos brindará bases de los comportamientos de los determinantes sociales como factores determinantes en la identificación de las barreras y facilitadores de dicha estrategia en el municipio (65, 66).

Por esta razón, es necesario brindar en este apartado un contexto local donde se propone desarrollar esta investigación, el cual es el municipio de Guadalajara de Buga, Valle, sin olvidar que nuestros participantes son los miembros de las EBS de esta localidad.

Marco contextual

Estos estudios permiten una aproximación a un análisis riguroso de la problemática concreta a nivel territorial, a partir de los impactos generados por la implementación de la APS. En lo concerniente a otros estudios aplicados al Hospital de Guadalajara de Buga, no se han desarrollado reflexiones en torno a la implementación de la estrategia de APS, más allá del reconocimiento normativo dentro del plan decenal de salud que se aterriza al municipio (16).

Las experiencias que se han generado en la implementación de la APS en las diferentes geografías han respondido a la materialización de los objetivos globales de salud pública definidos desde la década de los años setenta. Sin embargo, como lo expone Alma-Ata (5) la magnitud de la problemática en la implementación de estrategias de APS, se ha visto relacionada a las dinámicas de voluntad política, modelo económico y permanencia de facilitadores durante la continuidad de los procesos para garantizar un desarrollo óptimo de superación de barreras dentro de la estrategia. Para el caso de los países en vías de desarrollo se profundizan por la permanencia del modelo neoliberal dentro de los sistemas de salud (42).

La base conceptual de la APS para su implementación se fundamenta en el marco técnico definido por la OPS y en las experiencias de la implementación de la APS a partir de los lineamientos seguidos en el Plan Decenal de Salud Pública, así como las experiencias reales relacionadas con las dificultades asociadas a los procesos de coordinación de la gestión logística y administrativa, la gobernanza, el financiamiento y

las capacidades de los recursos humanos para la APS y por múltiples factores de la realidad social, cultural y política del país, y del municipio.

Por esta razón se realiza un análisis de contexto territorial, a partir del ASIS 2022 (la cual reconoce la rectoría en salud para la gobernanza, la planificación y la conducción de políticas públicas en salud), fundamentado en el Plan de Desarrollo Territorial de Guadalajara Buga (16). El cual aporta la siguiente información:

Este municipio está ubicado en la zona centro occidental del departamento del Valle del Cauca, en las estribaciones de la Cordillera Central, sobre el margen derecho del Río Guadalajara que la atraviesa de oriente a occidente. Este municipio está conformado en su división político- administrativa por 18 corregimientos y 53 veredas, las cuales están ubicada en la zona rural plana, media y alta, conformando el 98% de la extensión territorial del municipio; su zona urbana se divide en 6 comunas conformadas por 29 barrios y 22 urbanizaciones, conformando el 2% de la extensión territorial para un total de 873 Km², considerado el quinto municipio de mayor extensión del departamento del Valle del Cauca; el mismo se encuentra clasificado en categoría 2 como municipio (16, p. 18, 19).

El municipio goza de dos zonas: el área urbana ubicada en la parte plana - riberas del río Cauca- junto con los corregimientos de Chambimbal, el Porvenir, el Vínculo, Pueblo Nuevo, Quebrada seca y Zanjón Hondo y, la zona montañosa en la Cordillera Central ubicándose los corregimientos de: La Habana, La María, Monterrey, El Placer, Frisoles, La Mesa, El Rosario, Playa del Buey, El Salado, Crucero de Nogales, Miraflores y Los Bancos (16, p. 20).

Se une a esta riqueza las vertientes de los ríos Cauca, Tuluá, Sonso y la quebrada La Magdalena y la Laguna de Sonso, a la vez fuentes de agua de bajo caudal como: Quebrada seca, La Pachita y Lechugas (16, p. 21). Las principales amenazas para el municipio de origen natural son: la remoción de masa o los deslizamientos, los sismos o terremotos y las inundaciones ya que se encuentra rodeada de un número significativo de fuentes de agua antes mencionadas. Goza a su vez de una conexión vial relevante porque la cruzan las carreteras Panamericana y Panorama, conectándose con la Capital del departamento Santiago de Cali y el principal puerto del Pacífico, Buenaventura, también, con las principales ciudades del país. Su conexión también es ferroviaria, en cuanto que, está conectada a la red del ferrocarril del Pacífico y a la vez, el municipio está incluido en el programa de concesiones de la Agencia Nacional de Infraestructura (ANI), aunque los accesos por vías terciarias a sus corregimientos y veredas que conforman la zona rural, algunas no se encuentran en buen estado (16, p. 22).

La demografía del municipio Guadalajara de Buga según datos del Censo DANE 2018, cuenta con una población proyectada de 130.564 habitantes, proyectando una densidad de 149,6 habitantes por kilómetro cuadrado; el mayor porcentaje de la población se encuentra en la zona urbana con un 85,4% equivalente a 111.506 habitantes y en la zona rural con un 14,6% equivalente a 19.058 habitantes, conformando 39.317 hogares, según el Censo del DANE 2018, distribuidos así: 34.363 hogares en la zona urbana y 4.954 hogares en la zona rural (16, p. 24 - 28).

La APS en la actualidad ha desarrollado nuevas estrategias para su renovación en el mundo y en las Américas, se ha logrado avanzar en reducir algunas brechas de desigualdad asociadas a la salud; sin embargo, aún persiste una marcada inequidad social en la salud (34). Los pocos estudios revisados sobre implementación de APS dan cuenta de los avances y dificultades que se han presentado por múltiples factores que pueden ser demográficos, sociales, políticos, económicos, entre otros, que hoy evidencian los nuevos retos para la APS en el país y sobre todo para Guadalajara de Buga.

Esta investigación analiza entre otros, los determinantes sociales como factores generadores de barreras y facilitadores en la implementación de la Atención Primaria de Salud (APS), se adopta como referentes teóricos a Solar e Irwin (71), resaltando entre todos sus estudios individuales, el trabajo conjunto titulado Marco conceptual desarrollado por para la Organización Mundial de la Salud (OMS). En cuanto que este modelo propone una visión integral de los determinantes sociales de la salud (DSS), diferenciando entre Determinantes Estructurales, que incluyen el contexto socioeconómico y político, y los Determinantes Intermedios, como las condiciones de vida, el acceso a servicios de salud y los comportamientos individuales. Esta perspectiva resulta fundamental para comprender cómo las desigualdades sociales pueden actuar como obstáculos o catalizadores en la implementación de la APS, condicionando su efectividad y alcance en distintos territorios.

Desde este enfoque, los DSS no solo influyen en los resultados en salud de las poblaciones, sino que también determinan la viabilidad y sostenibilidad de las estrategias de APS al impactar la disponibilidad de recursos, la capacidad institucional y la

aceptación comunitaria. En este sentido, la propuesta de Solar e Irwin (71) permite estructurar un análisis que identifique cómo factores como la pobreza, la educación, el empleo y las redes de apoyo social pueden constituirse en barreras que dificultan la operativización de la APS o, por el contrario, en facilitadores que potencien su éxito. De esta manera, este marco conceptual -el construido por los autores en mención- ofrece un sustento teórico sólido en diálogo con Orrego et al (74), Walt & Gilson (75) y Abela (77), en torno a la forma cómo se puede identificar las barreras y los facilitadores, cómo se pueden organizar las categorías a partir del triángulo de políticas públicas de salud de contexto, de proceso, de actores y de contenido, los cuales son tomados -estos autores- como referentes en su estudio Reina Bolaños, C. (15), convirtiéndose a la vez, en buena base del fundamento teórico propuesto por Solar e Irwin para esta investigación, permitiendo una interpretación contextualizada de los desafíos y oportunidades en la implementación de la estrategia APS en Guadalajara de Buga.

OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Identificar las barreras y facilitadores en la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud -APS-, durante el año 2024, desde la percepción de los miembros de los equipos básicos de salud -EBS- en Guadalajara de Buga.

4.2 ESPECÍFICOS

1. Explorar las características y factores de la implementación de la APS, durante el año 2024, según los lineamientos nacionales y las narrativas de las experiencias de los miembros de los Equipos Básicos de Salud en Guadalajara de Buga.
2. Describir los perfiles de formación previa, trayectoria y capacitación de los miembros de los Equipos Básicos de Salud para la implementación de la estrategia de APS durante el 2024 en el municipio de Guadalajara de Buga.
3. Comprender las categorías de barreras y facilitadores de contexto, actores sociales, lineamientos técnicos y proceso para la implantación de las APS en el municipio de Guadalajara de Buga.

METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Este estudio se enmarca dentro de un enfoque cualitativo, orientado a comprender la identificación de barreras y facilitadores en la percepción de los miembros de los Equipos Básico de Salud (EBS), a partir del análisis de contenido cualitativo dirigido, a partir de las entrevistas (17, 49, 50, 75, 75 y 77). Se empleó un diseño de investigación hermenéutico interpretativo, lo que permitió identificar patrones y significados de las narrativas de los participantes, en cuanto a lo que para algunos puede considerarse como barreras y para otros como facilitadores.

5.2 CATEGORÍAS DE ESTUDIO

El estudio identificó categorías y subcategorías previas de análisis.

- **Barreras:** Recursos económicos, logísticos, infraestructura, comunicación, tecnológicos, factores sociales, perfil.
- **Facilitadores:** Liderazgo, formación, apoyo institucional, participación comunitaria.
- **Determinantes Sociales:** Acceso a servicios, educación, condición socioeconómica, cultura.

5.3 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en Guadalajara de Buga, un municipio del Valle del Cauca, Colombia, donde la estrategia de APS ha sido implementada. La ESE Hospital Divino Niño de Guadalajara de Buga es la Entidad a través del cual se contrató el Equipo Básico de Salud (EBS) para la implementación de la estrategia APS en el municipio. Este contexto es relevante dado que permite explorar cómo los factores locales afectan la percepción y aplicación de la APS.

5.4 PARTICIPANTES

Este estudio busca obtener la mayor cantidad de información a través de la entrevista semiestructurada aplicada a los integrantes de los EBS que aceptaron participar. Los participantes en este estudio fueron o son miembros de los equipos básicos de salud al momento de realizar las entrevistas. Los Equipos Básicos de Salud estaban conformados por talento humano de diferentes niveles de formación y disciplinas que por lo general son profesionales, tecnólogos y técnicos, entre ellos: Médicos Generales, Psicólogos, Odontólogos, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Auxiliares en Enfermería y Enfermeras.

Para este estudio se consideró a todo el universo de integrantes de los EBS vinculados en el 2024 a la estrategia de APS según los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud a nivel nacional y entre los que quedó priorizado el Municipio de Guadalajara de Buga.

La recolección de información se obtuvo de 25 participantes miembros de los EBS; se definió el criterio de saturación de las categorías, alcanzando profundidad

comprensiva sin redundancia de datos. El cierre del ejercicio se hizo hasta la saturación de las Categorías de la muestra (saturación temática).

La saturación garantizó una optimización de los recursos en la investigación, evitando la recolección innecesaria de datos que no contribuyan significativamente al estudio. De este modo, la flexibilidad inherente a este método permitió ajustar la muestra en función de la densidad y diversidad de la información obtenida, asegurando la validez y fiabilidad de los hallazgos.

- Criterios de inclusión:

- Haber sido miembro de los EBS durante el periodo de estudio 2024, en el Hospital Divino Niño de Guadalajara de Buga.
- Haber estado vinculado a la implementación de la APS en otras áreas relacionadas con los EBS durante este periodo
- Aceptar participar en la investigación mediante consentimiento informado

- Criterios de exclusión:

- Personas que no hayan tenido participación directa en la implementación de APS (administrativos, logística, etc.) Durante el año 2024 en el Hospital Divino Niño.

5.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se emplearon dos técnicas principales de recolección de datos: la técnica primaria es a través de los participantes claves, quienes son las personas participantes de la estrategia APS y conocedoras en forma directa del proceso de implementación de dicha estrategia en el municipio de Guadalajara de Buga. Se realizó una invitación para su respectiva vinculación a través de correo electrónico en primera instancia donde se le

informara de la intención y del propósito de esta investigación a través del consentimiento informado y su respectiva firma de aceptación de dicha investigación. La técnica primaria se llevó a cabo por medio de:

- **Entrevistas semiestructuradas:** la cual permitió explorar aquellas experiencias y las percepciones de los profesionales en salud, que participaron en su implementación. Las respuestas se analizarán desde un enfoque hermenéutico para interpretar las experiencias y percepciones de los participantes, considerando el contexto social y cultural (55, 56).
- **Flexibilidad:** El entrevistador podía realizar preguntas para profundizar en las barreras y facilitadores específicos que surgían durante la entrevista.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis con el apoyo de la herramienta Atlas ti, licenciado.

La investigación también integra recolección de información de fuentes secundarias, a partir de datos de documentos oficiales del Estado, de los Planes de Desarrollo Departamental y Municipal, los Instrumentos de Planeación Territorial, documentos sobre gestión de las estrategias de APS (informes de desempeños de la estrategia), entre otros documentos técnicos, los cuales permitieron verificar si la pregunta de investigación propuesta cumplió con el objetivo esperado por parte de la misma investigación y a la expectativa de los participantes clave.

Las entrevistas tuvieron una dinámica natural para su realización, la cual se llevó a cabo en un horario de mutuo acuerdo entre las partes: entrevistado e investigador, en un lugar adecuado donde se propiciara una comunicación fluida y apto para el registro de la información brindada por la fuente en dos modalidades físico a través de la batería de

preguntas y un medio digital para almacenar dicha información. Luego, como segundo momento del proceso se inició la transcripción y codificación en matrices de categorización para su respectivo análisis.

ANÁLISIS

Se llevó a cabo un análisis por categorías predefinidas (ver Tabla No. 1 y No. 2), las cuales se crearon a partir de la mirada teórica basadas en la fundamentación de este proceso de investigación (38, 71, 74, 77 y 15). Con el fin de dar respuesta a la pregunta dinamizadora de esta investigación en relación con barreras y facilitadores, los objetivos se enfocan en reconocer los perfiles de los integrantes de los Equipos Básicos de Salud EBS, explorar las características de la implementación de la Estrategia de APS orientada por lineamientos del gobierno y comprender la percepción de los integrantes de los EBS en relación con la identificación de barreras y facilitadores desde sus narrativas sobre cómo vivieron el proceso.

Para la recolección de la información se realizó la estructuración del instrumento, una Entrevista semiestructurada, que incorporó preguntas abiertas orientadas a reconocer varios aspectos de la implementación de la APS, para identificar, definir y valorar los componentes específicos dentro del problema abordado, para su categorización como barrera o como facilitador.

Así mismo, cada categoría contiene subcategorías de análisis sobre las que se asignan las citas seleccionadas dentro de los instrumentos de recolección de información aplicados a los participantes claves. A partir de esta dinámica metodológica se encontraron categorías y citas que, aunque no pertenecieron a la naturaleza propia de la investigación, las mismas se trabajaron como elementos dinamizadores en la constitución de categorías emergentes (categorías que se elaboraron a partir del proceso de análisis y comprensión de la información y de las definiciones previas) (76, 85, 86).

6.1 CATEGORÍA DE ANÁLISIS

Con los fundamentos teóricos sobre el Marco de Acción para los Determinantes Sociales de la Salud Solar O., & Irwin A. (71) se definieron tipos de categorías para el análisis sistemático deductivo de datos. Los conceptos: barreras, facilitadores y determinantes sociales y subcategorías sugeridas por los autores en mención (Ver Tabla No. 1), a partir de las categorías en mención se organizan los hallazgos como una barrera o facilitador y su relación con los determinantes sociales generando o facilidad o dificultad el desarrollo de la implementación de la APS en el territorio de Guadalajara de Buga.

En la Tabla No. 1 se indican las Categorías y Subcategorías de análisis, a la vez, se describen las técnicas de recolección sobre las cuales se llevó a cabo la investigación y se definió la población a quien se aplicó la entrevista.

Tabla No. 1 Definición de Categorías y Subcategorías de Análisis Cualitativo

CATEGORÍA DE ANÁLISIS	SUBCATEGORÍAS DE ANÁLISIS	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	POBLACIÓN
BARRERAS: Representan factores que impiden o dificultan la	Barreras de contexto: Según Reina C. (15, p. 38) son las	Entrevista semiestructurada y la revisión documental	Miembros de los Equipos Básicos de Salud del Hospital Divino

implementación plena de la Atención Primaria en Salud (APS) y el trabajo de los Equipos Básicos de Salud. Según Reina, C. (15) son “obstáculos sociales, institucionales, económicos, territoriales o culturales que limitan la capacidad de las comunidades para acceder, utilizar o beneficiarse de intervenciones en salud” (p. 45).	“Características y funcionamiento general de los entes territoriales de salud que impiden parcial o totalmente la continuidad de la APS, incluidas políticas sectoriales y transectoriales”		Niño de Buga: Auxiliares de enfermería, jefes de enfermería, médicos, psicólogos, Nutricionistas y odontólogos
	Barreras de proceso: Dinámica de la ejecución de la estrategia que impiden parcial o totalmente la continuidad de la APS (15, p. 38)		
	Barreras de contenido: Dinámica de la ejecución de la estrategia que impide parcial o totalmente la continuidad de la APS (15, p. 38).		
	Barreras de actores: son las “Personas involucradas en la ejecución que impiden parcial o totalmente la continuidad de la APS” (15, p. 38)		
FACILITADORES: Según Reina, C. (15), son “procesos, recursos, capacidades	Facilitadores de contexto: Según Reina C. (15, p. 38) son las	Entrevista semiestructurada y la revisión documental	Miembros de los Equipos Básicos de Salud del Hospital Divino

y dinámicas sociales que favorecen la implementación de la APS, incrementan la accesibilidad y potencian la respuesta de los Equipos Básicos de Salud" (p. 62).	"características y funcionamiento general los entes territoriales de salud que facilita la continuidad de la APS incluidas políticas sectoriales y transectoriales".		Niño de Buga: Auxiliares de enfermería, jefes de enfermería, médicos, psicólogos, Nutricionistas y odontólogos
	Facilitadores de proceso: Son las "dinámicas de la ejecución de la estrategia que facilita la continuidad de la APS" (15, 2023, p. 38).		
	Facilitadores de contenido: Según Reina, C. (15, p. 38) son aquellos "contenidos 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 (15, p 38).		
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (65, p. 1; 71).	Determinantes sociales estructurales: "incluyen al contexto socioeconómico y político en el que se produce y distribuye poder y otros recursos valiosos de manera desigual entre distintos grupos sociales en términos de clase social, género, y etnia-raza. Las desigualdades	Entrevista semiestructurada y la revisión documental	Miembros de los Equipos Básicos de Salud del Hospital Divino Niño de Buga: Auxiliares de enfermería, Jefes de enfermería, médicos, psicólogos, Nutricionistas y odontólogos

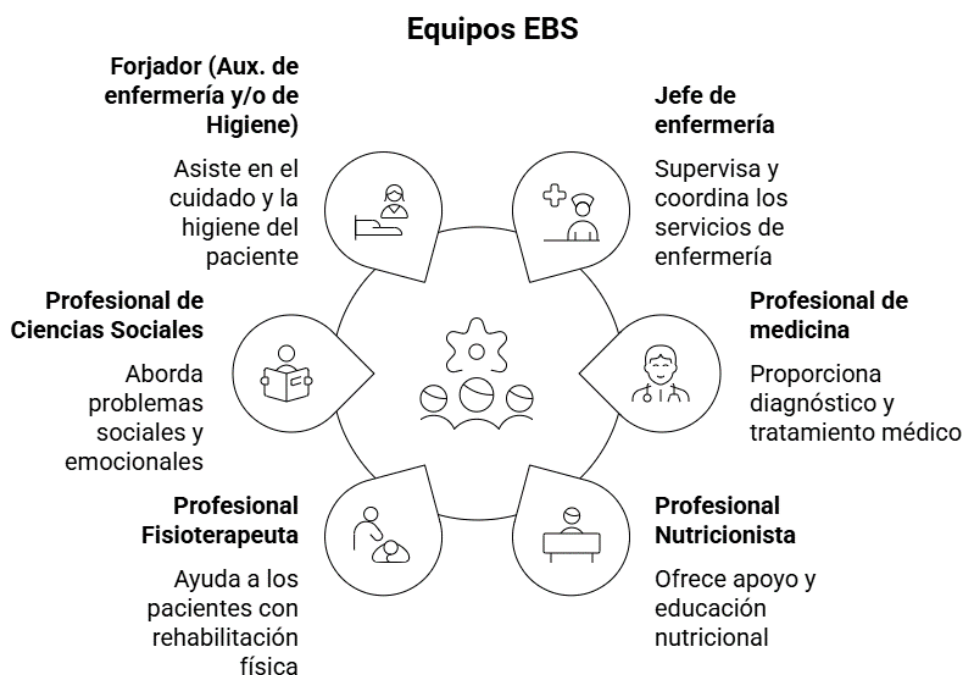
	sociales, a su vez producen inequidades en la salud y el bienestar de la población, entendidas como diferencias injustas y evitables en las que los grupos sociales desaventajados tienen sistemáticamente peores resultados de salud que los grupos sociales privilegiados”, considerados también como las causas de los determinantes intermedios (65, p. 1; 71).		
	Determinantes sociales intermedios: “aquellas condiciones de vida y trabajo más próximas a la realidad cotidiana de las personas: condiciones de empleo y trabajo, las condiciones de vivienda, el transporte, las condiciones psicosociales, entre otras” (65, p. 1; 71)		

Nota: Elaboración propia

La identificación de la conformación de los Equipos Básicos de Salud -EBS-, permite reconocer que la Estrategia integró los lineamientos del Ministerio de Salud

respecto a la multidisciplinariedad de los integrantes de los equipos. No obstante, es importante destacar que los EBS del municipio de Guadalajara de Buga, consideró la vinculación de personas que no siendo profesionales del área de la salud realizan actividades de búsqueda de información sobre ubicación de las familias y enlace en aquellos territorios con mayor dificultad de acceso por razones geográficas. El Gráfico No 1. presenta la estructura de los EBS.

Gráfico 1. Estructura del Equipo Básico de Salud - EBS



Nota: Elaboración propia

6.2 PLAN DE ANÁLISIS

El análisis de este estudio se estructuró siguiendo el método de Análisis de Contenido Temático Deductivo que partió de categorías predefinidas basadas en el

modelo de Determinantes Sociales (Deductivo) y se permitieron códigos emergentes para las particularidades locales (inductivo), el cual generó una categoría sustantiva a partir de los datos, lo cual implicó que el análisis no se realizó de manera lineal, sino mediante un proceso iterativo y comparativo entre recolección, codificación y construcción conceptual.

Desde el inicio se asumió que los significados atribuidos por los miembros de los Equipos Básicos de Salud – EBS, constituían el insumo central para explicar la implementación de la APS, de manera que el análisis se orientó a identificar patrones, tensiones, relaciones y procesos que emergieron directamente de los datos. Para ello, se llevaron a cabo las cinco fases propuestas por Hsieh y Shannon (86), integradas con el marco de determinantes sociales de salud de Solar e Irwin (71), con el fin de comprender cómo las condiciones estructurales y las condiciones intermedias daban forma al desempeño, las barreras y los facilitadores que experimentaron los equipos. A la vez, el método posibilita analizar relaciones complejas entre condiciones estructurales, territoriales, institucionales y acciones de los EBS. Lo que coincide con la arquitectura conceptual de la estrategia APS y los determinantes sociales de la Salud. El análisis de Contenido temático se operacionaliza en cinco fases analíticas:

La **primera fase** corresponde a la **familiarización con los datos**, en la cual se realizó la lectura exhaustiva de las **transcripciones de las entrevistas** con el fin de identificar unidades de significado relevantes para el estudio. Esta fase permitió reconocer patrones iniciales en los discursos de los participantes y establecer una comprensión preliminar del fenómeno investigado.

La **segunda fase** corresponde a la **codificación inicial de la información**, en la cual se identificaron fragmentos de discurso asociados con las categorías analíticas definidas a partir del marco teórico - conceptual de los determinantes sociales de la salud. Cada unidad de significado fue codificada dentro de una categoría analítica, permitiendo organizar sistemáticamente la información obtenida.

Es decir, esta fase permitió descomponer cada entrevista línea por línea, generando códigos que recogían expresiones literales, acciones, experiencias, valoraciones y dinámicas observadas en el trabajo territorial. Esta fase se desarrolló simultáneamente con los mismos analíticos y con un proceso sistemático de comparación constante que permitió identificar la recurrencia de conceptos (*ver Gráfico 2*), su variabilidad interna y su relación transversal entre perfiles profesionales distintos.

Emergieron elementos como precariedad laboral, cargas administrativas, presión por metas, barreras territoriales, inseguridad, desconfianza urbana, receptividad rural, vocación profesional y compromiso con la estrategia. Los códigos se fueron agrupando en categorías iniciales que, aunque amplias, ya mostraban una estructura emergente del fenómeno.

La **tercera fase** corresponde a la **agrupación de códigos en subcategorías analíticas**, proceso mediante el cual los códigos iniciales fueron reorganizados en subcategorías interpretativas que permiten explicar las dinámicas institucionales y territoriales relacionadas con la implementación de la APS. Es decir, se organizó el conjunto de categorías y subcategorías alrededor de relaciones causales, condiciones estructurales, condiciones contextuales, acciones de los equipos y consecuencias en la implementación de la APS. Este proceso permitió profundizar en las conexiones entre la

precariedad laboral y la inestabilidad institucional, entre las condiciones materiales de vida y las barreras territoriales y, entre la organización del EBS y los facilitadores que permitieron sostener la estrategia.

El modelo de determinantes sociales propuesto por Solar e Irwin (71), brindó un andamiaje teórico para situar las categorías emergentes dentro de niveles estructurales e intermedios, lo que permitió comprender que los hallazgos no eran fenómenos aislados sino manifestaciones de inequidades sociales que afectan tanto a la comunidad como al talento humano de la salud. La fase axial permitió consolidar un mapa de relaciones donde las barreras y los facilitadores se articulaban directamente con la experiencia del EBS y con la estructura social territorial.

La **cuarta fase** corresponde a la **construcción de categorías interpretativas**, en la cual las subcategorías identificadas fueron integradas en categorías analíticas más amplias que permiten comprender las relaciones entre determinantes estructurales, determinantes intermedios, barreras y facilitadores en la implementación del modelo de atención.

Es decir, permitió integrar las categorías ya consolidadas en una categoría central, que explica de manera comprehensiva el fenómeno de estudio. Esta categoría emergió cuando se constató que todos los datos, todas las categorías y todas las relaciones convergen en un mismo núcleo interpretativo. La implementación de la APS apareció como un proceso tensionado por determinantes sociales adversos y condiciones institucionales frágiles, donde la vocación, la agencia y la capacidad adaptativa del EBS se constituyen en el principal punto de soporte de la estrategia (*ver Gráfico 5*).

Esta categoría central no fue impuesta, sino que surgió después de comprobar que ninguna nueva información modifica la estructura conceptual existente, lo que confirmó la saturación de las categorías de los datos. La comparación constante se desarrolló durante el análisis en donde se compararon códigos entre sí, entrevistas entre sí y datos con categorías emergentes. La comparación constante permitió refinar categorías, identificar variabilidad interna y descartar redundancias.

Finalmente, la **quinta fase** corresponde a la **interpretación analítica de los hallazgos**, en la cual los resultados obtenidos se articulan con el marco teórico - conceptual de los determinantes sociales de la salud y con el contexto normativo del sistema de salud colombiano. Este proceso permite desarrollar interpretaciones analíticas que explican cómo las condiciones institucionales y territoriales influyen en la implementación del modelo de atención primaria en salud.

El plan de análisis integró tres tipos de fuentes: datos primarios (las entrevistas), matrices de codificación del software Atlas.ti (datos analíticos) y datos secundarios como son: los documentos institucionales como el Plan Territorial de Salud del Valle del Cauca (Instrumento de Planeación Territorial), referentes de investigación de APS. Este plan de análisis permitió contrastar los significados expresados por los profesionales con los lineamientos operativos, la política pública en salud y los determinantes estructurales identificados en literatura especializada. Dicho análisis reforzó la consistencia interna y externa de la categoría emergente. El propósito fue validar los datos hacia el horizonte interpretativo y ubicar la experiencia del EBS dentro de marcos más amplios de comprensión del sistema de salud y de la APS en Colombia.

Esta la interpretación de datos, la cual consisten en dar el significado de las experiencias narradas desde el enfoque hermenéutico (57, 58), explorar cómo las percepciones de los profesionales vinculados y no vinculados de la salud reflejan el contexto local en cada una de las categorías deductivas a analizar en el municipio de Guadalajara de Buga. A la vez se analizarán las subcategorías potenciales surgidas durante el análisis en los componentes de contexto, proceso, actores y contenidos inmersos en las posibles interrelaciones a partir de la técnica análisis de contenido temático a través de las listas de frecuencias, la identificación y clasificación temática, la búsqueda de palabras en contexto con las cuales se pretende interpretar las categorías y sus significados, suponiendo en ellos un contenido presente y contenido latente (56, 57, 58, 63). Para esta fase de análisis de datos cualitativo, se valdrá del programa Atlas.ti, como herramienta para el manejo de los datos, análisis y construcción de matrices de contenidos de acuerdo a las categorías y subcategorías de análisis.

Generación de conclusiones, el cual consiste en la sistematización de los hallazgos para identificar: las principales barreras y facilitadores, el impacto de los determinantes sociales en la implementación de la APS, las recomendaciones basadas en las experiencias de los EBS.

Presentación de resultados: Redacción de la narrativa de los hallazgos con citas textuales representativas, el resumen de las barreras, facilitadores, teniendo en cuenta los determinantes sociales en tablas o diagramas temáticos.

Por último, el plan de análisis asumió la relación entre datos, teoría y territorio como un proceso dinámico, situado y profundamente social. La estrategia de la APS no fue analizada como un programa técnico, sino como una estrategia relacional inmersa

en condiciones estructurales, intermedias y comunitarias que influyen en la salud de la población como en el bienestar y desempeño de los profesionales que la implementan. Este carácter integrado permitió generar una categoría sustantiva sólida, coherente y explicativa, capaz de aportar conocimiento nuevo sobre la implementación de la APS en contextos municipales.

RESULTADOS

El proceso de interpretación de la implementación de la Atención Primaria en Salud (APS) en el municipio de Guadalajara de Buga durante el año 2024 se desarrolló mediante un Análisis de Contenido Temático Deductivo Dirigido, estrategia metodológica que permite examinar datos cualitativos a partir de categorías analíticas derivadas de un marco conceptual previo y de la identificación de patrones emergentes en los discursos analizados (86).

El análisis integró la información proveniente de las entrevistas semiestructuradas realizadas a profesionales de los Equipos Básicos de Salud (EBS), las matrices analíticas generadas mediante el software Atlas.ti y el marco conceptual del estudio, particularmente el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud propuesto por Solar e Irwin, el cual plantea que las inquietudes sanitarias se explican por interacción entre

determinantes estructurales e intermedios que condicionan las oportunidades de salud de la población (71).

Asimismo, el análisis se apoyó en aportes metodológicos de Orrego (74) y Abela (77), citados por Reina Bolaños (15), quienes destacan la importancia de comprender los fenómenos sociales a partir de la relación entre los discursos de los actores, las condiciones institucionales y el contexto territorial en el que se desarrollan las políticas públicas.

El proceso analítico se desarrolló en cinco fases sucesivas, las cuales permitieron organizar sistemáticamente la interpretación de los datos y culminaron en la formulación de una categoría sustantiva que explica la dinámica de implementación de la APS en el territorio analizado (ver Gráfico 3, Gráfico 4 y Gráfico 5).

8.1 FAMILIARIZACIÓN CON LOS DATOS

La primera fase del análisis consistió en la lectura exhaustiva y sistemática de las transcripciones de las entrevistas realizadas a los diferentes perfiles profesionales que integran los Equipos Básicos de Salud: auxiliares de enfermería, jefes de enfermería, médicos, psicólogos, nutricionistas y odontólogos. Este proceso permitió identificar patrones discursivos iniciales relacionados con las condiciones laborales del personal de salud, las condiciones territoriales del municipio y las dinámicas comunitarias - socioculturales que influyen en la implementación de la estrategia de APS (relación entre los equipos de salud y la población).

Durante esta etapa se evidenció que las narrativas de los participantes se concentraban en tres dimensiones recurrentes: las condiciones laborales del personal de

salud, las características territoriales (barreras territoriales) que condicionan el acceso a los servicios de salud y las estrategias desarrolladas por los equipos para establecer vínculos con las comunidades y las dinámicas socioculturales que influyen en la relación entre los equipos de salud y la población. Estas dimensiones reflejan la interacción entre los determinantes estructurales del sistema de salud y los determinantes intermedios asociados a las condiciones de vida de la población.

Desde la perspectiva de Solar e Irwin (71), esta interacción evidencia cómo los procesos institucionales y las condiciones sociales del territorio configuran las oportunidades de acceso y utilización de los servicios de salud.

8.2 CODIFICACIÓN INICIAL DEDUCTIVA

En la segunda fase del análisis se procedió a la codificación inicial de las unidades de significado, proceso mediante el cual se identificaron fragmentos relevantes del discurso de los participantes y se organizaron en códigos analíticos derivados del marco conceptual del estudio.

A partir de este proceso se identificaron incidentes significativos que aparecieron de manera recurrente en los discursos de los diferentes perfiles profesionales. Entre los conceptos más frecuentes se destacaron: precariedad laboral, incertidumbre frente a la continuidad del programa, disminución salarial y presión institucional.

Estas experiencias se reflejan en el testimonio de un auxiliar de enfermería que expresó: *“cuando llegó el nuevo contrato nos bajaron el salario y además nos pagaron más tarde que nunca”* (EBS-1. Auxiliares).

De manera similar, otra profesional señaló: *“uno vive con miedo de que no le renueven, porque dicen que, si no quiero, hay muchas hojas de vida detrás”* (EBS-1. Auxiliares).

La recurrencia de estos relatos permitió identificar que la dimensión laboral se constituye como un elemento transversal en la experiencia de los equipos de salud y como una condición estructural que influye en la implementación de la estrategia.

Paralelamente, el análisis permitió identificar barreras territoriales relacionadas con las condiciones geográficas y sociales del municipio, particularmente en las zonas rurales. Estas dificultades se reflejan en expresiones como: *“cuando llueve no se puede subir a la parte alta, las motos no pasan, y toca devolvernos”* (EBS-1. Auxiliares).

De manera complementaria, las nutricionistas entrevistadas señalaron que: *“en muchas veredas no hay agua, no hay gas, y uno tiene que trabajar con lo que hay”* (EBS-5. Nutricionistas).

Estas condiciones evidencian cómo los determinantes sociales intermedios -como las condiciones de vivienda, infraestructura y servicios básicos- influyen en la capacidad operativa de los equipos de salud en el territorio (71).

Finalmente, la codificación inicial mostró que *las capacidades del EBS, la vocación y el compromiso profesional* funcionaban como *hilo conductor de las experiencias*. Esta realidad se puede evidenciar en la narrativa de la profesional en psicología quien expresó que [...] *“a mí me encanta la APS, me encanta ir casa a casa, así el contrato sea corto”* [...] (EBS-4. Psicólogos). A la vez, los médicos reforzaron dicha narrativa indicando que [...] *“el equipo se organiza por cuadras, y eso hace más fácil el trabajo”* [...] (EBS-3.

Médicos). Este hallazgo permitió anticipar la importancia de los *facilitadores internos* en la implementación de la estrategia de la APS.

8.3 AGRUPACIÓN DE CÓDIGOS EN SUBCAEGORÍAS ANALÍTICAS

En la tercera fase del análisis, los códigos iniciales fueron agrupados en subcategorías analíticas que permitieron comprender las relaciones entre las diferentes dimensiones del fenómeno estudiado (86).

Durante este proceso se identificaron tres conjuntos de subcategorías principales:

- Condiciones laborales del personal de salud
- Barreras territoriales para la implementación de la estrategia
- Dinámicas socioculturales en la relación entre comunidad y sistema de salud

En relación con las dinámicas socioculturales, los participantes señalaron diferencias significativas entre el contexto urbano y rural. Mientras que la población rural fue descrita como más receptiva frente a las visitas domiciliarias de los equipos de salud, una auxiliar de enfermería expresó: [...] *“formal, muy receptiva y agradecida”* [...] (EBS-1. Auxiliares). *En el contexto urbano se evidenciaron mayores niveles de desconfianza hacia el sistema de salud, evidenciándose en la siguiente expresión de una auxiliar de enfermería: “muchos solo nos reciben por la ventanita”* (EBS-1. Auxiliares).

Este contraste permitió identificar la existencia de barreras socioculturales que influyen en la relación entre las instituciones de salud y la ciudadanía, lo cual coincide con estudios que han señalado cómo las experiencias previas de atención pueden influir

en la confianza institucional y en la disposición de las personas a participar en programas comunitarios de salud.

8.4 CONSTRUCCIÓN DE CATEGORÍAS INTERPRETATIVAS

La cuarta fase del análisis consistió en la integración de las subcategorías analíticas en categorías interpretativas más amplias que permitieran comprender las relaciones entre las condiciones estructurales del sistema de salud, las condiciones territoriales y las prácticas profesionales de los equipos de salud.

En este proceso se identificaron tres categorías principales:

- Barreras para la implementación de la APS
- Facilitadores institucionales y profesionales
- Determinantes sociales que condicionan el trabajo territorial

La Tabla 2, que presenta la frecuencia de los códigos identificados en el análisis, permite evidenciar la centralidad de estas categorías en los discursos de los participantes. Los códigos asociados con la implementación de la estrategia de política pública de salud registraron la mayor frecuencia (231 menciones), lo que evidencia que la implementación de la APS constituye el eje central de las experiencias relatadas por los equipos de salud.

Asimismo, los códigos relacionados con las barreras (127 menciones) y los facilitadores (74 menciones) reflejan la coexistencia de factores que dificultan y que favorecen el desarrollo de la estrategia en el territorio.

La presencia significativa de códigos relacionados con los determinantes sociales (75 menciones) y con los determinantes estructurales (68 menciones) evidencia que los

profesionales entrevistados perciben la implementación de la APS como un proceso influenciado por condiciones sociales más amplias, tales como las desigualdades socioeconómicas, las limitaciones en el acceso a servicios básicos y las dinámicas territoriales del municipio.

Estos resultados confirman el planteamiento de Solar e Irwin (71), quienes señalan que los sistemas de salud operan dentro de estructuras sociales que condicionan tanto la oferta de servicios como las posibilidades reales de acceso de la población.

A la vez, la Construcción de Categorías Interpretativas permitió relacionar las categorías emergentes entre sí y comprender cómo las barreras, los facilitadores y los determinantes sociales interactúan en el territorio. A partir del enfoque de Solar e Irwin (71), los determinantes estructurales se identificaron como condiciones que anteceden a las barreras laborales e institucionales. Ahora, es relevante evidenciar que tanto el modelo de contratación por prestación de servicios, como la rotación de personal, la presión por metas y la falta de continuidad administrativa, fueron interpretados como manifestaciones estructurales de un sistema de salud basado en mecanismos de gobernanza fragmentada y débil protección laboral.

Estos determinantes sociales estructurales generaron condiciones intermedias de desigualdad en el funcionamiento real de la APS. Las dificultades de acceso físico, la falta de servicios básicos en los hogares visitados, la inseguridad y el clima adverso se convirtieron en *barreras territoriales* que afectaron el ritmo del trabajo del EBS. Esta realidad se puede evidenciar a partir de la narrativa brindada por una profesional en

psicología quien relató que [...] *“había zonas donde las motos no podían entrar, y eso cambiaba toda la agenda del día”* [...] (EBS-4. Psicólogos).

Ahora, es importante indicar que *las barreras socioculturales* se vincularon con experiencias históricas de desconfianza institucional. Los usuarios que rechazaban el ingreso o que habían tenido malas experiencias con el sistema manifestaban la distancia simbólica entre la ciudadanía y la institucionalidad de salud. Los médicos destacaron que muchos no acudían al hospital porque [...] *“dicen que allá nunca hay citas o los atienden mal”* [...] (EBS-3. Médicos), lo cual coincide con la categoría de rechazo estructural descrita en la literatura latinoamericana sobre APS (61, 64, 65, 66).

En contraste a estas barreras descritas en este apartado, se puede expresar que los facilitadores emergieron como mecanismos moduladores. Entre ellos se encuentran: i) La vocación profesional, ii) la capacidad adaptativa, iii) el trabajo en equipo y, iv) la presencia de dotación institucional se consolidó como fuerzas que sostenían la implementación. Las nutricionistas afirmaron que [...] *“gracias a la dotación la gente nos reconocía como del hospital”* [...] (EBS-5. Nutricionistas), y los médicos confirmaron que la organización interna [...] *“por cuadras y roles”* [...] reducía la carga operativa (EBS-3. Médicos).

Esta articulación permitió observar que la implementación de la APS es un proceso que depende de la relación dinámica entre: estructura, condiciones de vida, agencia profesional y territorio. En línea con estudios de Orrego et al. (74) y Abela (77) citados por Reina Bolaños (15), el análisis mostró que la APS no es solo un modelo técnico sino un *entramado social* donde confluyen: *historia institucional, cultura social-comunitaria y capacidades humanas*.

8.5 INTERPRETACIÓN ANALÍTICA Y CATEGORÍA SUSTANTIVA

La fase final del análisis permitió integrar las categorías identificadas en una interpretación global del fenómeno estudiado.

A partir de este proceso se formuló la siguiente categoría sustantiva:

La implementación de la Atención Primaria en Salud en Guadalajara de Buga durante 2024 se configura como un proceso tensionado entre determinantes sociales adversos y condiciones institucionales frágiles, que logra sostenerse principalmente gracias a la vocación, la organización interna y la capacidad adaptativa de los Equipos Básicos de Salud.

Esta categoría integra tres niveles analíticos fundamentales: i) I nivel estructural, asociado con las condiciones institucionales del sistema de salud, como la precariedad laboral, la rotación contractual y la presión por metas; ii) el nivel intermedio, relacionado con las condiciones materiales de vida de la población y las características territoriales que influyen en el acceso a los servicios de salud y, iii) el nivel de agencia profesional, vinculado con las estrategias desarrolladas por los equipos de salud para enfrentar las limitaciones estructurales y territoriales del sistema.

Desde la perspectiva de Solar e Irwin (71), estos resultados evidencian que los procesos de implementación de políticas de salud no pueden comprenderse únicamente desde su diseño institucional, sino que deben analizarse en relación con las condiciones sociales y territoriales que configuran la experiencia cotidiana de los actores que participan en su ejecución.

Este proceso permitió identificar la *categoría central* que organiza el conjunto de datos y explica el fenómeno de manera integrada. La categoría formulada es la siguiente: *la implementación de la Atención Primaria en Salud en Guadalajara de Buga durante 2024 se constituye como un proceso tensionado entre determinantes sociales adversos y condiciones institucionales frágiles, que se sostiene principalmente gracias a la vocación, la organización interna y la capacidad adaptativa de los Equipos Básicos de Salud.*

Esta categoría central articula tres niveles: En el *nivel estructural o Determinante Social Estructural*, varios factores como: la precariedad laboral, la rotación contractual y la presión por metas se convierten en *barreras* que limitan la implementación de la estrategia. En el *nivel intermedio o el Determinante Social Intermedio*, factores como: las condiciones materiales de vida y las dinámicas territoriales, afectan directamente la forma en que el EBS puede desplegar sus intervenciones. En el *nivel de agencia o agenciamiento (los EBS)*, factores como: la vocación y el compromiso de los profesionales, compensan parcialmente estas limitaciones, permitiendo que la estrategia de APS mantenga su presencia operativa a pesar de los obstáculos.

Ahora bien, al integrar estos niveles: el Determinante Social Estructural, el Determinante Social Intermedio y el agenciamiento, *la categoría sustantiva* que emerge es que *la APS no depende únicamente del diseño institucional sino del esfuerzo cotidiano de los equipos y de su capacidad de construir confianza en contextos diversos*. Este hallazgo coincide con el planteamiento de Hsieh y Shannon (86) en el contexto del Análisis de Contenido Temático Deductivo dirigido, en el entendido que *los fenómenos sociales complejos se explican mejor cuando se analiza la interacción entre: condiciones,*

acciones y consecuencias, y con la perspectiva de Solar e Irwin (71), quienes conciben a la salud como producto de la estructura social y de las condiciones materiales de vida.

Tabla 2. Matriz de frecuencia de los códigos y categorías

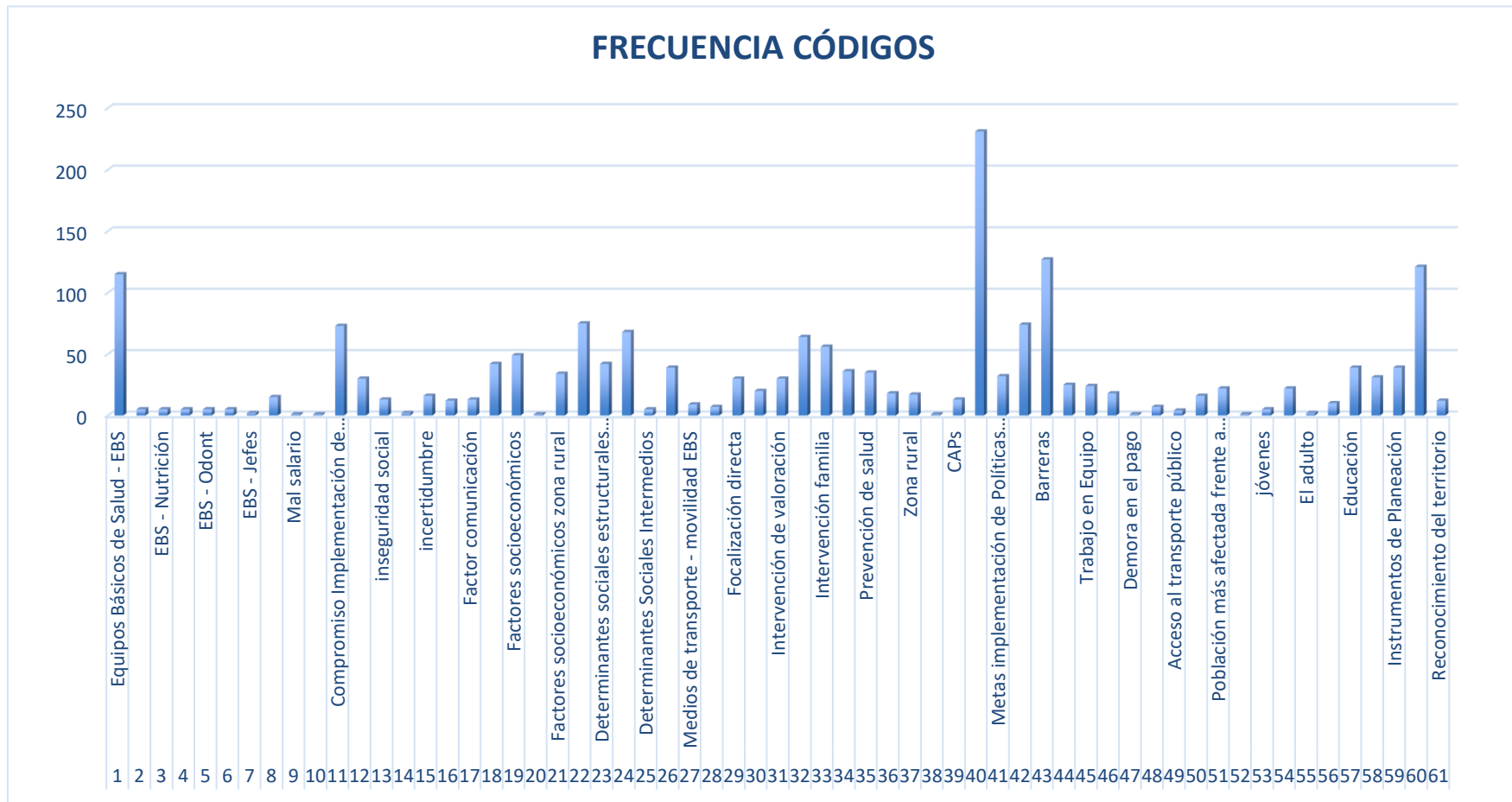
ITEM	CÓDIGO	FRECUENCIA
1	Equipos Básicos de Salud - EBS	115
2	EBS-Auxiliares	5
3	EBS - Nutrición	5
4	EBS - Méd	5
5	EBS - Odont	5
6	EBS - Psico	5
7	EBS - Jefes	2
8	buen salario	15
9	Mal salario	1
10	Menos profesionales	1
11	Compromiso Implementación de estrategia	73
12	Compromiso laboral	30
13	inseguridad social	13
14	Más profesionales	2
15	incertidumbre	16
16	Desconfianza	12
17	Factor comunicación	13
18	Factores sociales	42
19	Factores socioeconómicos	49
20	Factores socioeconómicos zona urbana	1
21	Factores socioeconómicos zona rural	34
22	Determinantes Sociales	75
23	Determinantes sociales estructurales políticos	42
24	Determinantes Sociales Estructurales	68
25	Determinantes Sociales Intermedios	5
26	Estrategias de ingreso al territorio	39
27	Medios de transporte - movilidad EBS	9
28	Movilidad para el acceso al territorio - caminar	7
29	Focalización directa	30
30	Caracterización usuarios	20
31	Intervención de valoración	30
32	Intervención personal	64
33	Intervención familia	56

34	Promoción de salud	36
35	Prevención de salud	35
36	Identificación de enfermedades	18
37	Zona rural	17
38	Zonar urbana	1
39	CAPs	13
40	Implementación estrategia de política pública de salud	231
41	Metas implementación de Políticas Públicas de Salud	32
42	Facilitadores	74
43	Barreras	127
44	Equipos logísticos - médicos - hospitalarios	25
45	Trabajo en Equipo	24
46	Conformación - asignación de equipos	18
47	Demora en el pago	1
48	Amenaza laboral	7
49	Acceso al transporte público	4
50	Habilidades comunicativas	16
51	Población más afectada frente a servicio de salud	22
52	Primera infancia	1
53	jóvenes	5
54	adulto mayor	22
55	El adulto	2
56	Primera infancia	10
57	Educación	39
58	Costumbres - cultura	31
59	Instrumentos de Planeación	39
60	Política Pública de salud	121
61	Reconocimiento del territorio	12
62	Acceso a escenarios públicos deportivos	10
63	Dificultad de saneamiento, agua potable	8
64	Servicios públicos básicos insatisfechos	7
65	Servicios Públicos básicos satisfechos	1
66	Comunidades indígenas	6
67	Conflicto armado	6
68	Nutrición	6
69	Personas con discapacidad	5
70	Salud Mental	5
71	Disponibilidad de profesional médico especialista	4
72	Microterritorio	4

73	Tiempo	4
74	Factores ambientales	3
75	Servicios de telecomunicaciones deficientes	3
76	Clima	5
77	Estrategias pedagógicas camp. Educat. De salud	2
78	Desempleo	1
79	Líderes sociales	1
80	Privacidad afectada	1
81	Redes sociales	1

Nota: Elaboración propia a partir de la codificación del análisis de datos

Gráfico 2. Tabla de frecuencia de los códigos identificados en los discursos de los EBS



Nota: Construcción propia a partir del análisis de datos

Los resultados obtenidos evidencian que la implementación territorial de la APS en Guadalajara de Buga, no puede interpretarse únicamente como un proceso técnico de aplicación de políticas públicas, sino como un fenómeno social complejo en el que interactúan determinantes estructurales del sistema de salud, condiciones materiales de vida de la población y dinámicas de acción profesional desarrolladas por los Equipos Básicos de Salud. El análisis permite identificar que las barreras y facilitadores descritos por los participantes reflejan procesos estructurales más amplios relacionados con la organización del sistema de salud, las desigualdades territoriales y las condiciones socioculturales que influyen en la relación entre las instituciones y las comunidades.

A partir de estos hallazgos, el siguiente capítulo profundiza en la discusión de los resultados a la luz del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud y de la literatura científica sobre la implementación de la Atención Primaria en Salud en contextos latinoamericanos.

En consonancia con las recomendaciones brindadas por expertos, se evoca a las Ciencias de la Implementación, en cuanto que dichas ciencias constituyen un campo de investigación orientado a comprender cómo las políticas, programas o estrategias de salud se llevan a la práctica en los contextos reales de los sistemas sanitarios.

Lo relevante en ciencias de implementación, es que su enfoque se interesa por analizar los procesos mediante los cuales las intervenciones se desarrollan en los territorios e identificar los factores que influyen en su puesta en marcha desde la perspectiva de los actores involucrados en su ejecución. De acuerdo con Nilsen (87), las ciencias de la implementación buscan explicar cómo las intervenciones se incorporan en la práctica cotidiana de los servicios de salud, reconociendo que su desarrollo depende

de las dinámicas institucionales, organizativas y territoriales en las que se implementan, en contextos reales.

En el marco de la Atención Primaria de Salud (APS), las acciones en salud se orientan a intervenir de manera integral las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en el bienestar de las poblaciones. Desde esta perspectiva, el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud plantea que las desigualdades en salud se originan a partir de factores estructurales y de las condiciones de vida en las que las personas nacen, crecen, viven y trabajan (71). Estos determinantes comprenden tanto factores estructurales como condiciones intermedias que influyen en la distribución de la salud y la enfermedad en las poblaciones.

En este contexto, las **Ciencias de la Implementación** aportan herramientas conceptuales para comprender cómo las estrategias de salud pública orientadas a intervenir dichos determinantes se desarrollan y se pueden cumplir en la práctica dentro de los sistemas de salud y en los territorios.

En coherencia con lo anterior, explorar la percepción de los miembros de los Equipos Básicos de Salud del Hospital Divino Niño permite aproximarse a la manera en que la estrategia de Atención Primaria de Salud se materializa en el territorio de Guadalajara de Buga durante el año 2024, aportando evidencia empírica sobre las experiencias, dinámicas y desafíos que acompañan su desarrollo en el contexto local.

En este estudio, el interés no se centra en evaluar el desempeño de la estrategia ni en medir resultados de implementación, sino en comprender las percepciones y

experiencias de los miembros de los Equipos Básicos de Salud frente al desarrollo de la Atención Primaria de Salud en el territorio, con el fin de aproximarse a las dinámicas que acompañan su puesta en marcha de lo que está en el papel, con lo que realmente se puede encontrar dentro del contexto real y local de un municipio.

DISCUSIÓN

El presente estudio permite comprender la complejidad de la implementación territorial de la Atención Primaria de Salud en Guadalajara de Buga durante el año 2024, a partir de la perspectiva de quienes ejecutaron de manera directa la estrategia: los Equipos Básicos de Salud. Este apartado no se limita a reiterar los resultados obtenidos, sino que busca interpretarlos críticamente en diálogo con el marco teórico – conceptual de los determinantes sociales de la salud propuesto por Solar e Irwin (71) y con estudios previos sobre APS desarrollados en diferentes regiones del país.

La interpretación desarrollada mediante el Análisis de Contenido Temático Deductivo, siguiendo la propuesta de Hsieh y Shannon (86), permitió en primer lugar, que los hallazgos relacionados con la precariedad laboral del talento humano en salud evidencian que las condiciones contractuales del sistema influyen directamente en la capacidad operativa de la APS.

La contratación por prestación de servicios, la inestabilidad económica y la presión institucional por metas aparecen como determinantes estructurales que condicionan el desempeño cotidiano de los equipos. Desde el enfoque de Solar e Irwin, estas condiciones forman parte de los mecanismos estructurales que configuran la posición social de los trabajadores y afectan indirectamente los resultados en salud (71). Estos hallazgos coinciden con investigaciones realizadas en Bogotá que han analizado la implementación de estrategias de APS basadas en equipos territoriales interdisciplinarios. Estudios desarrollados por la Universidad Nacional evidencian que los modelos de atención primaria implementados en la capital han logrado mejorar el acceso

a servicios de salud, aunque continúan enfrentando problemas relacionados con la fragmentación institucional y la organización del sistema de aseguramiento (88). Sin embargo, a diferencia del contexto de Bogotá -donde existe una mayor disponibilidad de recursos institucionales y redes de servicios más robustas- el caso de Buga revela que la fragilidad laboral adquiere un impacto mayor cuando se combina con estructuras institucionales más limitadas y con menor continuidad administrativa.

En segundo lugar, los resultados muestran que las condiciones territoriales influyen significativamente en la implementación de la estrategia de APS. Las dificultades de acceso geográfico, las limitaciones en infraestructura vial, la falta de servicios públicos básicos y las condiciones climáticas afectan el desplazamiento de los equipos y la capacidad de realizar intervenciones extramurales. Estas situaciones corresponden a lo que Solar e Irwin describen como determinantes sociales intermedios, es decir, condiciones materiales de vida que median la relación entre las estructuras sociales y los resultados de salud (71).

Este hallazgo ha sido ampliamente documentado en estudios realizados en regiones con condiciones geográficas complejas como el Chocó, donde las barreras territoriales representan uno de los principales obstáculos para el acceso a servicios de salud (65, 66). No obstante, el caso de Guadalajara de Buga presenta una particularidad relevante. Mientras que en el Chocó las dificultades de acceso se asocian principalmente con condiciones estructurales históricas de exclusión territorial, en Buga estas limitaciones se presentan en un contexto institucional relativamente más consolidado. Esto sugiere que la implementación de la APS no depende únicamente de las

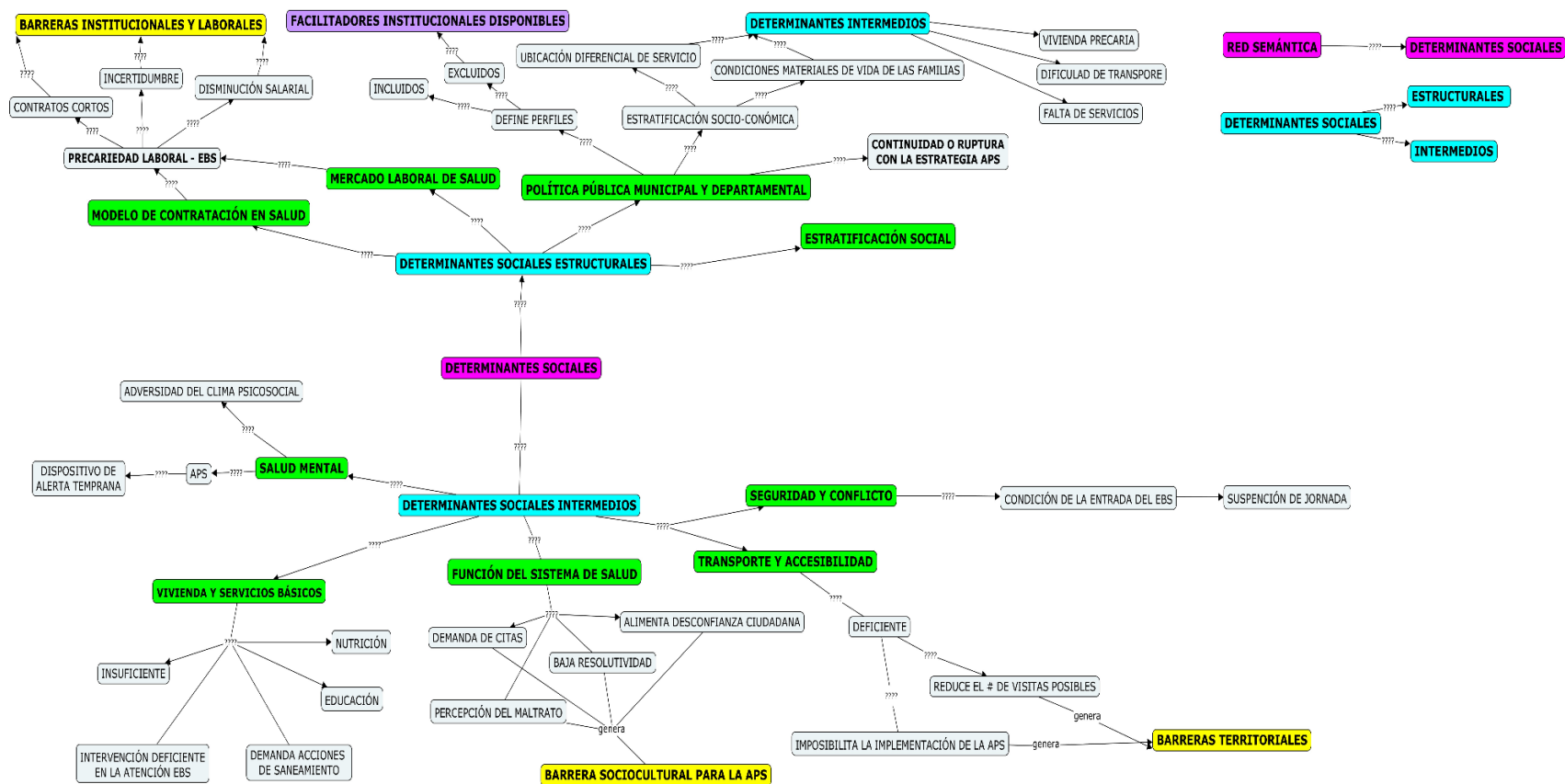
condiciones geográficas del territorio, sino también de la capacidad de articulación institucional y de la continuidad administrativa de las estrategias de salud pública.

Un tercer elemento relevante de la discusión se relaciona con las barreras socioculturales identificadas en el estudio. Los discursos de los profesionales evidencian que la confianza comunitaria hacia los equipos de salud varía significativamente entre el contexto urbano y rural. Mientras que en las zonas rurales los equipos reportan una mayor receptividad por parte de las comunidades, en los sectores urbanos se identifican actitudes de desconfianza hacia las instituciones de salud.

Este hallazgo coincide con estudios sobre atención primaria social en Colombia que han señalado que la confianza institucional constituye un elemento clave para la aceptación de programas comunitarios de salud (89). Sin embargo, el estudio realizado en Buga aporta un elemento adicional al debate: la desconfianza urbana no se explica únicamente por factores culturales, sino también por experiencias previas de fragmentación institucional y dificultades de acceso a servicios especializados. En este sentido, los resultados sugieren que la APS enfrenta desafíos adicionales cuando opera en contextos donde la relación entre ciudadanía e instituciones ha sido históricamente conflictiva.

A pesar de estas barreras estructurales, territoriales y socioculturales, uno de los hallazgos más relevantes del estudio es la capacidad adaptativa demostrada por los Equipos Básicos de Salud. Los profesionales describen cómo la organización interna del trabajo, la distribución territorial de responsabilidades y la vocación profesional se convierten en mecanismos que permiten sostener la estrategia en contextos adversos.

Gráfico 3. Red semántica Determinantes Sociales



Nota: Construcción propia a partir del análisis de datos

Este resultado coincide con investigaciones latinoamericanas que han señalado que el compromiso profesional del talento humano constituye un elemento central en la sostenibilidad de los programas de APS. Desde la perspectiva de Solar e Irwin (71), esta capacidad adaptativa puede interpretarse como una forma de agencia social mediante la cual los actores desarrollan estrategias para enfrentar las limitaciones estructurales del sistema.

Sin embargo, el análisis también muestra que esta capacidad adaptativa tiene límites. Las demandas emergentes en áreas como la salud mental y la atención psicosocial superan en muchos casos la capacidad operativa de los equipos territoriales. Este hallazgo coincide con estudios recientes que han señalado el papel creciente de la APS en la identificación temprana de problemas de salud mental y en la articulación de redes de atención integradas.

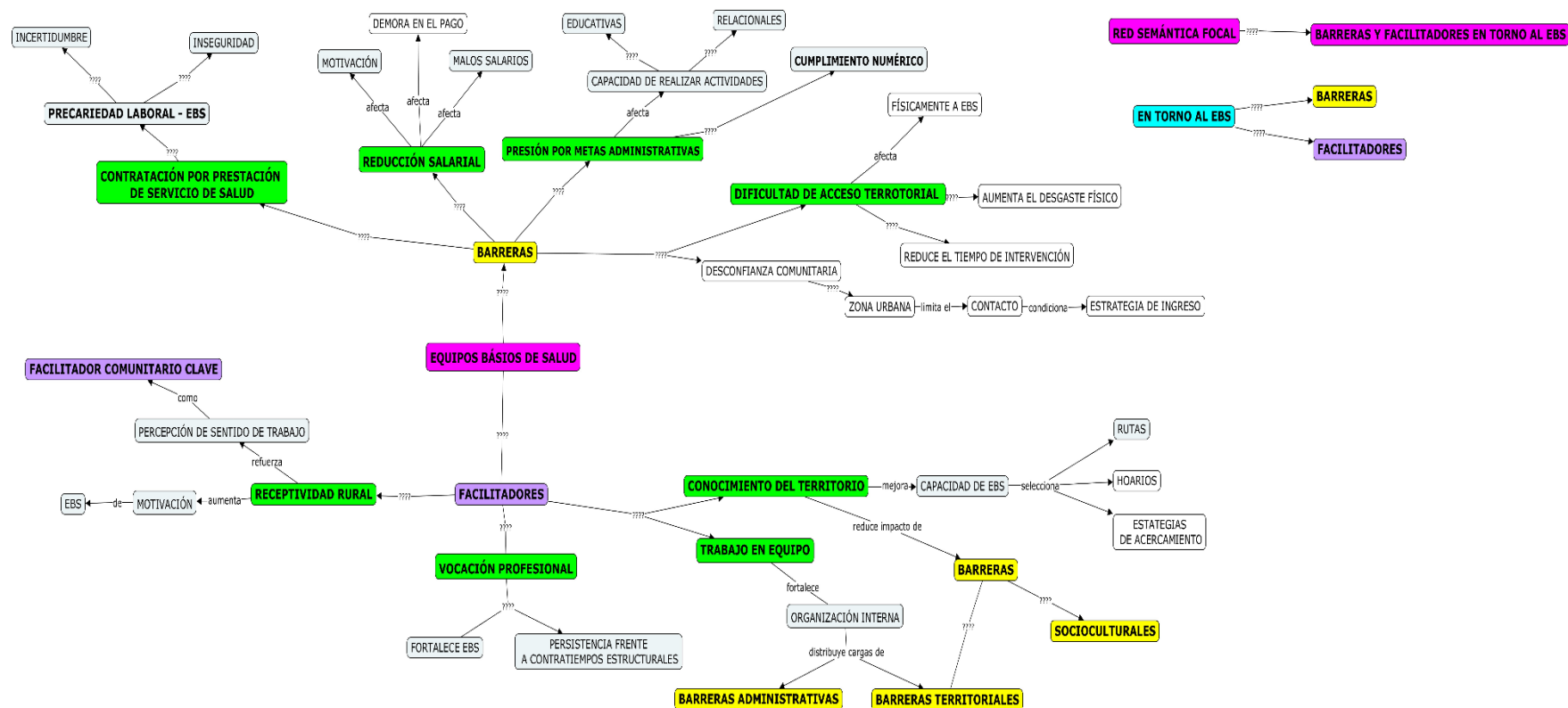
Otro aspecto relevante que emerge del estudio es la tensión entre los lineamientos de política pública y su implementación en el territorio. El Plan Territorial de Salud del Valle del Cauca plantea la APS como eje central del modelo de salud pública regional; sin embargo, los resultados muestran que la continuidad de la estrategia depende en gran medida de las decisiones administrativas locales y de la estabilidad institucional de los equipos.

Este fenómeno ha sido identificado en análisis sobre políticas de APS en Colombia, los cuales señalan que la implementación efectiva de este modelo requiere no solo marcos normativos adecuados, sino también estructuras institucionales capaces de

garantizar continuidad y coordinación entre los diferentes niveles del sistema de salud

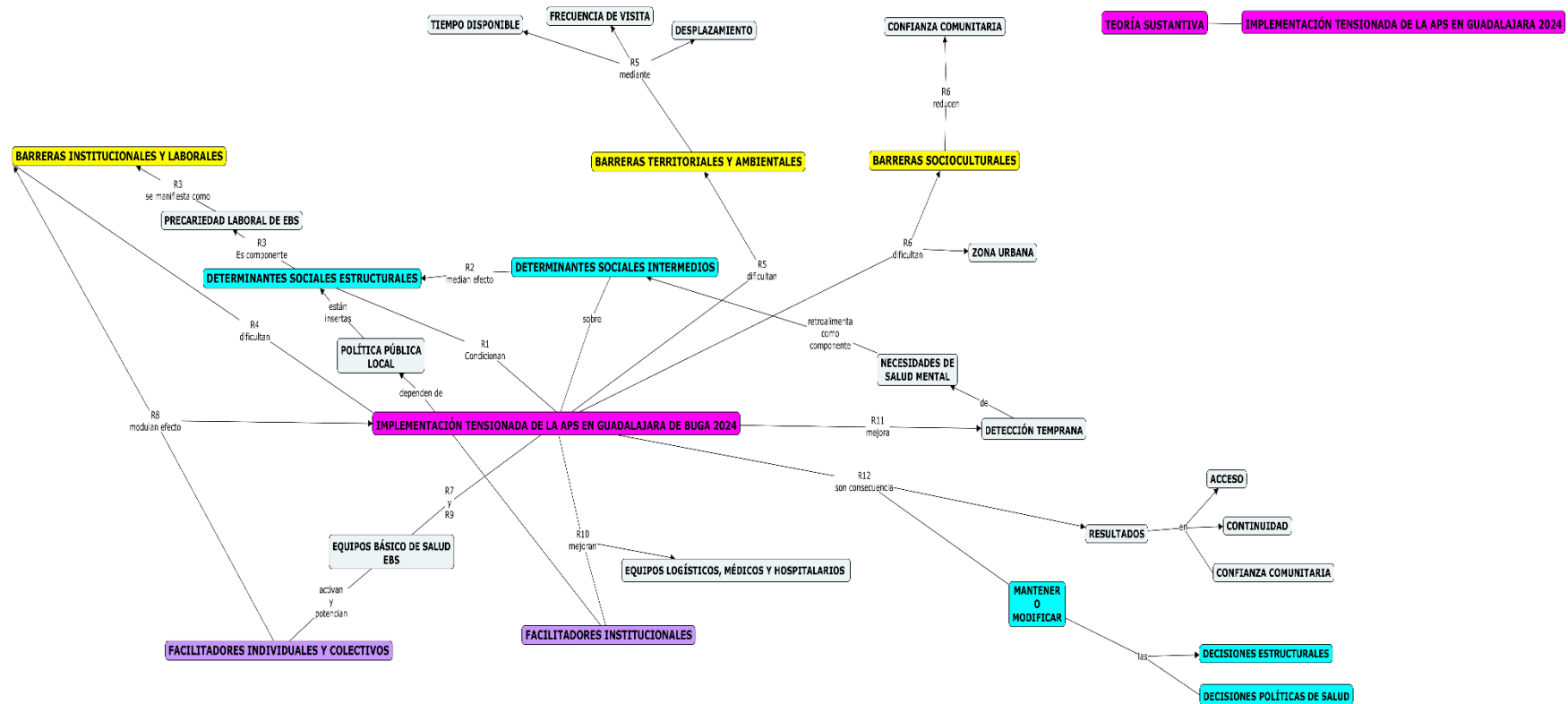
(90

Gráfico 4. Red Semántica focal de barreras y facilitadores en torno al EBS



Nota: Construcción propia a partir del análisis de datos

Gráfico 5. Red Semántica Implementación Tensionada de la APS en Guadalajara de Buga 2024



Nota: Construcción propia a partir del análisis de datos (entiéndase teoría sustantiva por Categoría Sustantiva)

CONCLUSIONES

La presente investigación permitió comprender, desde la perspectiva de los Equipos Básicos de Salud, cómo se configuró la implementación de la Atención Primaria de Salud en Guadalajara de Buga durante 2024, en un contexto donde convergen: determinantes sociales adversos, fragilidad institucional, demandas comunitarias crecientes y condiciones laborales precarias.

A partir del Análisis de Contenido Temático Deductivo Dirigido, propuesta por Hsieh y Shannon (86), *la categoría central* que emergió, evidencia que la estrategia de la APS en Guadalajara de Buga no se desarrolla en un entorno estable ni homogéneo, sino en una trama de tensiones entre estructura, territorio y agencia profesional, en donde *la vocación y el compromiso* de los EBS se convierten en los elementos fundamentales facilitadores, que sostienen la estrategia a pesar de las barreras estructurales.

En primer lugar, la investigación concluye que la precariedad laboral constituye un determinante estructural decisivo para entender las dificultades de implementación. Los estudios y las reflexiones de autores como Solar e Irwin (71), afirman que las condiciones de empleo forman parte de los factores que generan desigualdades en salud, y los hallazgos en terreno del presente estudio confirman este planteamiento. Es aquí donde se evidencia la tensión existente entre los lineamientos de financiación nacional para la Atención Primaria en Salud y las condiciones laborales que experimentan los Equipos Básicos de Salud en el territorio, en cuanto que la Resolución 865 de 2024 (92), estableció la asignación de recursos del presupuesto nacional destinados al

fortalecimiento del nivel primario de atención mediante la conformación y operación de los Equipos Básicos de Salud, reconociendo a la APS como eje estructurante del modelo preventivo y territorial del sistema de salud colombiano.

Sin embargo, los hallazgos de este estudio muestran que, a pesar de la existencia de asignaciones presupuestales orientadas a fortalecer la estrategia, los profesionales que integran los EBS continúan enfrentando condiciones de precariedad laboral caracterizadas por contratos temporales, retrasos en los pagos, incertidumbre frente a la continuidad del empleo y presión institucional asociada al cumplimiento de metas programáticas.

Esta situación evidencia que la asignación presupuestal, aunque necesaria, no resulta suficiente por sí misma para garantizar la sostenibilidad de la estrategia de APS si no se acompaña de mecanismos institucionales que aseguren estabilidad laboral y continuidad operativa de los equipos en el territorio. Desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud, Solar e Irwin señalan que las condiciones laborales y la organización institucional del trabajo constituyen determinantes estructurales que influyen tanto en el bienestar de los trabajadores como en la capacidad de los sistemas de salud para responder a las necesidades de la población (71). En este sentido, los resultados del estudio indican que la implementación territorial de la APS en Guadalajara de Buga se desarrolla en un escenario donde los recursos financieros existen, pero su traducción en condiciones laborales estables y sostenibles para el talento humano en salud aún presenta importantes limitaciones.

Factores como: los tipos de contratos por prestación de servicios, los retrasos en los pagos, la reducción salarial y la incertidumbre contractual no solo afectan el bienestar de los profesionales, sino que influyen en su motivación, en la implementación y por qué no en la posible continuidad de las intervenciones y en la posibilidad de generar vínculos estables con la comunidad. Las auxiliares de enfermería como miembros significativos de los EBS en Guadalajara de Buga, en particular, relataron experiencias de ansiedad y preocupación derivadas de su situación laboral, lo cual coincide con análisis previos sobre la APS en Colombia, los cuales advierten que *la inestabilidad laboral del talento humano* constituye una de las *barreras* más relevantes para la sostenibilidad del modelo (74).

Como segunda conclusión, se puede indicar que *las condiciones territoriales* identificadas en el estudio se constituyen en *determinantes intermedios* que inciden directamente en el funcionamiento operativo de los EBS. Según Solar e Irwin (71), estos determinantes incluyen elementos como: la infraestructura, el transporte, el saneamiento básico y el entorno psicosocial. En el caso de Guadalajara de Buga, las entrevistas revelaron que las zonas rurales presentaban dificultades de acceso debido al clima, a las vías deterioradas o inexistentes, y a la presencia esporádica de inseguridad.

Estas condiciones obligan a reorganizar las agendas, modificar horarios y en algunos casos suspender actividades. A su vez, las viviendas con servicios básicos insuficientes, la falta de acceso al agua potable o a energía continua, y las condiciones de hacinamiento dificultaban las actividades educativas y las intervenciones de los miembros de los EBS. Esta evidencia confirma la relevancia del *territorio* como *categoría analítica clave para comprender la estrategia de APS*, tal como lo plantean Solar & Irwin

(71) y, lo ratifican Abela (77) y Orrego et al. (74), quienes destacan que el territorio es un *determinante dinámico que condiciona la acción comunitaria y la organización de los servicios de salud*. Ratificando que la implementación analizada en 2024 sirvió de base fáctica para lo que posteriormente se formalizaría mediante el fundamento normativo y sobre todo con el decreto 0858 de 2025, las Resolución emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social la resolución 1789 de 2025 y la Resolución 1597 de 2025, adoptando con ello el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo del Sistema de Salud y algunas de sus modificaciones (78, 79, 81).

En tercer lugar, el estudio concluye que *las barreras socioculturales* relacionadas con la desconfianza institucional y el rechazo al ingreso de los EBS en zonas urbanas tienen un origen estructural ligado a *experiencias históricas de fragmentación del sistema de salud y de malestar ciudadano* frente a la atención hospitalaria. Las entrevistas mostraron que, mientras *la zona rural manifestaba una mayor apertura y receptividad, la zona urbana expresaba resistencia, precaución y desconfianza*. Esta diferencia confirma los planteamientos de Abela (77) sobre la *influencia de la memoria institucional y de las experiencias previas en la aceptación comunitaria de intervenciones en salud*, planteamientos que refuerzan el postulado teórico de Solar & Irwin (71). En este sentido, la estrategia de APS en Buga, se *enfrenta* no solo a *desafíos operativos*, sino *también a desafíos simbólicos y culturales* que requieren una lectura cuidadosa de la historia institucional local.

Como cuarta conclusión, se puede decir que la investigación muestra que los facilitadores para la implementación se encuentran principalmente en las capacidades humanas, relacionales y organizativas de los EBS. La vocación profesional, la

comunicación asertiva, el trabajo en equipo, la capacidad adaptativa y el reconocimiento territorial emergieron como elementos centrales que permitieron sostener la intervención en medio de barreras estructurales significativas generados por determinantes sociales estructurales según Solar e Irwin (71).

Autores como Hsieh y Shannon (86) a partir del Análisis de Contenido Temático deductivo Dirigido, afirman que los actores sociales crean y ajustan estrategias de acción para responder a contextos de restricción, y los resultados del presente estudio confirman esta perspectiva. Los profesionales reorganizaron rutas, distribuyeron responsabilidades, cambiaron estrategias de ingreso y crearon modos creativos de acercarse a las familias. Esta evidencia subraya que, aunque la estrategia de APS sea un modelo técnico y político, su sostenibilidad depende en gran medida de la agencia, compromiso y capacidades de los equipos que la implementan.

En quinto lugar, el estudio concluye que la APS en Guadalajara de Buga se sostiene de manera desigual entre la zona urbana y la rural. En la zona rural, la receptividad comunitaria, el tejido social existente y la menor inestabilidad institucional favorecen la ejecución de actividades de promoción y prevención. En cambio, en la zona urbana, la fragmentación comunitaria, las experiencias negativas con servicios de salud y la dinámica socioeconómica generan mayores barreras para la intervención. Este hallazgo evidencia que la APS no puede ser entendida como un modelo homogéneo y uniforme, sino como una estrategia que debe adaptarse a territorios diferenciados, tal como sostiene Abela (77), quien enfatiza que la participación comunitaria y la continuidad territorial requieren una lectura cuidadosa de las particularidades socioespaciales.

Como sexta conclusión, el análisis evidencia que la salud mental se configura como un desafío creciente para los Equipos Básicos de Salud y como un eje emergente dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el municipio de Guadalajara de Buga. Las narrativas de los profesionales participantes, especialmente del área de psicología, reportan múltiples casos de depresión, ansiedad e ideación suicida identificados durante las visitas domiciliarias y las actividades comunitarias. Este hallazgo muestra que la estrategia de APS ha comenzado a funcionar, en la práctica, como un mecanismo de alerta temprana frente a problemáticas psicosociales que superan las capacidades tradicionales del primer nivel de atención. Desde la perspectiva conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud, Solar e Irwin reconocen que el clima psicosocial constituye un determinante social intermedio que influye en las condiciones de salud de las poblaciones, al articular las experiencias individuales con los contextos sociales y materiales en los que viven las personas (71).

Los resultados del estudio adquieren especial relevancia a la luz del marco normativo reciente establecido por la Ley 2460 de 2025 en Colombia (91), la cual fortalece el enfoque comunitario e intersectorial de la salud mental y reconoce el papel estratégico de la Atención Primaria en Salud para la identificación temprana, la prevención y la atención integral de los problemas psicosociales en el territorio. Esta normativa enfatiza la necesidad de integrar la salud mental dentro de los procesos de atención primaria y de fortalecer las capacidades territoriales para la promoción del bienestar psicosocial y la prevención de conductas suicidas. En coherencia con estos lineamientos, los hallazgos del presente estudio sugieren que la APS en Guadalajara de Buga ya está desempeñando funciones de detección temprana de riesgos psicosociales,

aunque sin contar aún con suficientes herramientas institucionales y redes de atención que permitan responder adecuadamente a estas demandas emergentes.

Una conclusión concluyente en esta investigación es que la salud mental debe ser incorporada de manera explícita como componente estructural dentro de las estrategias de Atención Primaria en Salud del municipio, fortaleciendo la articulación entre los Equipos Básicos de Salud, los servicios especializados y las redes comunitarias de apoyo. Este enfoque permitiría avanzar hacia un modelo de APS que no solo aborde las enfermedades físicas, sino que también reconozca el bienestar psicosocial como una dimensión fundamental del derecho a la salud, en consonancia con los principios del enfoque de determinantes sociales y con las disposiciones normativas recientes del sistema de salud colombiano.

La categoría sustantiva obtenida en este proyecto de investigación permite concluir que la implementación de la estrategia de APS en Guadalajara de Buga, depende de una relación compleja entre tres niveles: *el determinante social estructural o nivel estructural* (políticas, empleo, gobernanza), *el determinante social intermedio o nivel intermedio* (condiciones de vida, transporte, vivienda, seguridad, salud mental) y *el nivel de agencia de los Equipos Básicos de Salud -EBS* (vocación, organización, estrategias territoriales). Esta interacción produce una estrategia de APS tensionada, sostenida más por el compromiso de los equipos que por las condiciones institucionales.

La estrategia de APS, en consecuencia, no puede fortalecer su alcance sin transformar las condiciones estructurales del sistema, mejorar la articulación institucional y garantizar continuidad política y administrativa. En este sentido, los resultados de esta investigación aportan evidencia crítica para repensar la implementación de la APS en

contextos urbanos y rurales en Colombia, reafirmando que la salud es un fenómeno profundamente social, territorial y políticamente situado.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados del estudio y su integración teórica, se presentan recomendaciones orientadas al fortalecimiento en la implementación de la estrategia de APS en Guadalajara de Buga, considerando los tres niveles analíticos identificados: el estructural, el cual corresponde al determinante social estructural; el intermedio, correspondiéndole al determinante social intermedio y el nivel de agencia profesional.

En primera medida, es prioritario fortalecer las condiciones estructurales que afectan la estabilidad laboral del talento humano en salud. Siguiendo el marco de determinantes sociales desde la mirada de los autores Solar e Irwin (71), se debe reconocer que las condiciones de empleo no son únicamente un factor administrativo, sino un determinante social que incide directamente en la capacidad de los EBS, para sostener procesos territoriales.

A la vez, se recomienda que las futuras asignaciones presupuestales orientadas al fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud incorporen criterios específicos de sostenibilidad laboral para los Equipos Básicos de Salud, garantizando mecanismos contractuales más estables que permitan consolidar procesos comunitarios a mediano y largo plazo. En particular, resulta fundamental que los recursos asignados mediante instrumentos normativos como la Resolución 865 de 2024 se articulen con políticas institucionales que promuevan la estabilidad del talento humano en salud, la continuidad administrativa de los programas territoriales y la planificación estratégica del trabajo comunitario.

Asimismo, se recomienda fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación del uso de los recursos destinados a la APS, con el fin de asegurar que la inversión pública no solo se traduzca en cobertura de programas, sino también en condiciones laborales dignas que permitan a los Equipos Básicos de Salud desarrollar su labor con mayor estabilidad, continuidad y capacidad resolutoria en el territorio.

También, se recomienda que la administración municipal explore mecanismos para garantizar contratos, con el fin de brindar una mayor estabilidad, unos pagos oportunos, la permanencia prolongada y las condiciones dignas para todos los miembros de los equipos profesionales de los EBS como son: los auxiliares, los jefes de enfermería, los médicos, los psicólogos, los nutricionistas y los odontólogos. Esto no solo contribuiría a mejorar el bienestar del personal, sino que fortalecería la implementación y futura continuidad de los procesos comunitarios, tal como recomiendan Orrego et al. (74).

Una segunda recomendación que se brinda es el fortalecer la articulación intersectorial para mejorar las condiciones materiales de vida en los territorios. Autores como Solar e Irwin (71), destacan que los determinantes sociales intermedios, como: la infraestructura, los servicios públicos y el transporte, influyen en la salud y en el acceso a los servicios. Es por eso que, la estrategia de APS no puede operar adecuadamente en zonas rurales de difícil acceso, sin la colaboración de sectores como obras públicas, gestión del riesgo, transporte y desarrollo comunitario. Por lo tanto, se recomienda crear una mesa intersectorial permanente para revisar rutas, mejorar vías, garantizar transporte seguro para los EBS y coordinar intervenciones en zonas donde el clima o la seguridad dificultan la acción en salud.

Una tercera recomendación que se sugiere es fortalecer las rutas de atención en salud mental y garantizar su integración con la APS. Dado que los EBS han identificado múltiples casos de ansiedad, depresión e ideación suicida, por lo tanto, es necesario que el municipio diseñe y ejecute un plan de salud mental con enfoque territorial, donde la estrategia de APS funcione como puerta de entrada y no como único recurso. Esto implica fortalecer la oferta de psicología y psiquiatría en el primer y segundo nivel, así como garantizar rutas claras de referencia y contrarreferencia, en coherencia con los lineamientos del Ministerio de Salud sobre la estrategia de APS (64).

En cuarto lugar, se recomienda que la administración municipal de Guadalajara de Buga y el hospital Divino Niño, fortalezcan los procesos de formación continua de los EBS. Así las cosas, a partir del Análisis de Contenido Temático Deductivo (86), se muestra que la vocación, el trabajo en equipo y la organización interna son la base del sostenimiento de la estrategia de la APS. Sin embargo, para potenciar estas capacidades, se requiere una capacitación permanente en comunicación comunitaria, educación para la salud, salud mental, determinantes sociales estructurales e intermedios, interculturalidad y metodologías de trabajo territorial (71). Esta recomendación coincide con lo planteado por Abela (77) respecto a la necesidad de fortalecer las competencias comunitarias en los equipos de salud.

Como quinta recomendación se encuentra la necesidad fundamental de consolidar estrategias diferenciadas para las zonas urbanas y rurales. Dado que las barreras y facilitadores no se distribuyen de manera homogénea. Por lo tanto, la estrategia de la APS debe diseñar intervenciones específicas para cada territorio. En cuanto a la zona urbana se recomienda fortalecer estrategias de confianza comunitaria, mediación,

pedagogía social y presencia institucional sostenida para superar la desconfianza y, frente a la zona rural se recomienda consolidar procesos de participación comunitaria, redes de apoyo y continuidad en la visita domiciliaria, aprovechando la receptividad existente.

En sexto lugar, se tiene como recomendación el fortalecer los instrumentos de planeación municipal, especialmente los derivados del Plan Territorial de Salud (PTS). Los hallazgos muestran que la continuidad institucional es clave para la estrategia de APS, y que las decisiones de cada administración impactan directamente el desempeño de los EBS. En consecuencia, es necesario que el Plan Territorial de Salud y los planes operativos de la estrategia APS, incluyan estrategias específicas para garantizar continuidad del talento humano, consolidación territorial, seguimiento técnico, participación comunitaria y evaluación permanente.

Finalmente, se recomienda que los resultados de esta investigación sean socializados con los profesionales de los EBS, con las directivas del hospital Divino Niño, con la administración municipal de Guadalajara de Buga, con las Secretarías de Salud tanto departamental como municipal y con las organizaciones comunitarias. La APS debe comprenderse como una estrategia de corresponsabilidad, y su sostenimiento requiere que todos los actores de salud comprendan las tensiones, brechas, desafíos y potencialidades que enfrentan los equipos. Por esta razón, el socializar los resultados permite no solo mejorar la toma de decisiones, sino también valorar el trabajo de los EBS y reconocer su papel fundamental en la salud del municipio que acogió y le abrió las puertas a esta investigación.

PRESUPUESTO

Presupuesto total

RUBROS	FUENTES		TOTAL
	Universidad del Valle	Recursos del estudiante	
Equipos	-	\$ 1.800.000	\$ 1.800.000
Software	-	\$ 1.500.000	\$ 1.500.000
Personal (Directora de proyecto de investigación y líder investigadora)	\$3.200.000	\$2.000.000	\$5.200.000
Salidas de campo	-	\$ 1.200.000	\$ 1.200.000
Materiales y/o suministros	-	\$ 900.000	\$ 900.000
Logística e imprevistos	-	\$1.000.000	\$1.000.000
TOTAL	-	\$ 6.400.000	\$ 11.600.000

Equipos de uso propio

EQUIPO	RECURSOS DEL ESTUDIANTE	TOTAL
Computador portátil No: 1	\$ 1.800.000	\$ 1.800.000
TOTAL	\$ 1.800.000	\$1.800.000

Software que se planea adquirir

SOFTWARE	JUSTIFICACIÓN	RECURSOS DEL ESTUDIANTE	TOTAL
Licencias software	Análisis cualitativo de datos	\$ 1.500.000	\$ 1.500.000
TOTAL		\$ 1.500.000	\$ 1.500.000

Personal

PERSONAL	JUSTIFICACIÓN	RECURSOS DE LA UNIVERSIDAD (U) /DEL ESTUDIANTE (E)	TOTAL
Directora de Proyecto de investigación	Asesoría	\$ 3.200.000 (U)	\$ 3.200.000
Líder de Investigación	Ejecución	\$2.000.000 (E)	\$2.000.000
TOTAL		\$ 1.500.000	\$ 5.200.000

Salidas de campo

ITEM	COSTO UNITARIO	#	RECURSOS DEL ESTUDIANTE	TOTAL
Desplazamiento para recolección de información	\$ 50.000	24	\$ 1.200.000	\$ 1.200.000
TOTAL			\$ 1.200.000	\$ 1.200.000

Materiales y/o suministros

MATERIALES	JUSTIFICACIÓN	FUENTE	TOTAL
		Recursos del estudiante	
Entrevistas	Impresión/fotocopia de material	\$ 900.000	\$ 900.000
TOTAL		\$ 900.000	\$ 900.000

Logística e imprevistos

ITEM	JUSTIFICACIÓN	FUENTE	TOTAL
		Recursos del estudiante	
Logística e imprevistos	Refrigerios, escenarios, imprevisto	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000
TOTAL		\$ 1.000.000	\$ 1.000.000

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El trabajo de investigación que se propone titula “**BARRERAS Y FACILITADORES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS), DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS MIEMBROS DE LOS EQUIPOS DE SALUD EN GUADALAJARA DE BUGA – VALLE, DURANTE EL AÑO 2024**” consideró durante su desarrollo las disposiciones establecidas en la Constitución Política de Colombia de 1991, la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993. Asimismo, se adhirió a los principios fundamentales del Informe Belmont: respeto por las personas, beneficencia y justicia, garantizando la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes -profesionales de la salud-.

Con el fin de salvaguardar el anonimato de los informantes-participantes y mantener la privacidad de los datos recopilados, se dió a conocer y se firmó el consentimiento informado antes de la recolección de cualquier información. Se explicó con detalle el uso que se le dará a los datos y las medidas implementadas para proteger la identidad de los participantes, evitando su exposición en primera persona, omitiendo sus nombres y cargos dentro de la estrategia, y utilizando únicamente la información relevante para fines estrictamente académicos.

Se identificaron como posibles riesgos de la investigación el malestar emocional leve por la evocación de experiencias difíciles en la implementación de la estrategia APS en los EBS, así como la preocupación por la confidencialidad de las opiniones expresadas con riesgo por temas de afectación a sus futuras contrataciones laborales. Para minimizar estos riesgos se garantizó la voluntariedad en la participación, el monitoreo constante del estudio ofreciendo la posibilidad de retirar el consentimiento en

cualquier momento sin consecuencias y la disponibilidad de atención psicosocial en caso de requerir apoyo emocional posterior a la entrevista como mecanismo para resolver eventos adversos (72).

A la vez, el artículo 11, literal b) de la Resolución 8430, esta investigación se clasifica como de “riesgo mínimo”, dado que implica la recopilación de información suministrada directamente por los participantes, a través del instrumento de recolección de datos: entrevista semiestructurada. Los resultados serán analizados bajo estrictos parámetros éticos, asegurando seriedad y cumplimiento normativo.

Para garantizar la confidencialidad de la información brindada por los participantes, los audios de las entrevistas semiestructuradas, las transcripciones y las notas, se almacenaron en un repositorio digital (Drive) seguro y protegido con contraseña, al cual solo tiene acceso el investigador principal. Al finalizar el estudio y una vez sustentado ante jurados y aprobado, los registros serán eliminados de forma segura conforme a los lineamientos de protección de datos, según la Ley 1581 de 2012 (73).

Se garantizó que los datos obtenidos sean manejados con máxima confidencialidad, sin registrar nombres de los informantes clave ni permitir que la divulgación de la información tenga repercusiones de ningún tipo.

Se deja constancia de que no existe conflicto de interés por parte del investigador, que la única fuente de financiación del proyecto de investigación son recursos propios. Se declara que no existen compromisos económicos, institucionales o contractuales que puedan influir en la objetividad del estudio.

REFERENCIAS

1. Betancurth-Loaiza Diana Paola, Vélez-Álvarez Consuelo, Sánchez-Palacio Natalia, Jaramillo-Ángel Claudia Patricia. Atención primaria social en Colombia: una mirada desde una experiencia exitosa. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2022 Dec [cited 2024 Nov 27]; 54: e332. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072022000100332&lng=en. Epub Oct 21, 2022.
<https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e.22016>.
2. Bunge, Mario (2005). Buscar la filosofía en las ciencias sociales. Siglo XXI: México.
3. Declaracion de Alma-Ata - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 1978 [citado 26 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
4. Declaración de Alma-Ata - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 1978 [citado 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
5. Alma-Ata: 25 años después - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>
6. Puertas EB, Sotelo JM, Ramos G. Liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Pública. 2 de noviembre de 2020; 44:e124.

7. Franco Álvaro de Jesús. Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa*. [citado 27 de julio de 2024]; Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/19%20\(2020\)/54562510018/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/19%20(2020)/54562510018/)
8. Lovo J. Telemedicina: Oportunidades en atención primaria. Rev Bras Med Fam E Comunidades. 30 de mayo de 2021;16(43):2552-2552.
9. Labonté R, Sanders D, Baum F, Schaay N, Packer C, Laplante D, et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial¹. 2009;
10. Lamata Cotanda F. Atención Primaria en España: Logros y Desafíos. Rev Clínica Med Fam. octubre de 2017;10(3):164-7.
11. Torres ILR, Herrera RDJG. Estrategias de Atención Primaria en salud en cinco países latinoamericanos. AVFT – Arch Venez Farmacol Ter [Internet]. 2021 [citado 27 de julio de 2024];40(7).

Disponible en:
http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/26085
12. Rovere M. Atención Primaria de la Salud en Debate. Saúde Em Debate. septiembre de 2012;36(94):327-42.
13. Rojas JC, Basulto MSG, Mesa AP. Enfoques teóricos de la eficiencia, eficacia y calidad en el primer nivel de atención primaria de salud en Costa Rica. 2018;2(2).
14. Velasco JR. Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: Las contradicciones en el paradigma de salud para todos. Colombia Médica. 1997;28.

15. Reina Bolaños C.A, Tobar Blandón MF. Barreras y facilitadores en la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en Palmira, Colombia. Rev. salud pública [Internet]. 1 de noviembre de 2018 [citado 1 de febrero de 2025];21(6):614-21. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/74723>
16. Ministerio de Salud y Protección Social; Gobernación del Valle del Cauca; Secretaría de Salud Municipal de Guadalajara de Buga – Valle. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud 2022. 2022.
17. Husserl, Edmund. La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental. Traducción y estudio preliminar Julia Iribarne. Prometeo libros. Buenos Aires. 2008.
18. Agudelo-Hernández F, García Cano JF, Salazar Vieira LM, Vergara Palacios W, Padilla M, Moreno Mayorga B. Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: barreras y desafíos. Rev Panam Salud Pública. 8 de diciembre de 2023; 47:e138.
19. Mosquera PA, Hernández J, Vega-Romero R, Junca C. Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa. Rev. Gerenc Políticas Salud. junio de 2011;10(21):124-52.
20. Restrepo AFR, Municipal A, Sánchez MA. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD DE GUADALAJARA DE BUGA. 2022.
21. Ortúzar MG de. Cobertura Universal de Salud -CUS- vs. Derecho a la Salud.

RevIISE [Internet]. 2018 [citado 28 de julio de 2024];12, n.^o 12. Disponible en:

<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/88842>.

22. Giovanella L, Almeida PF de, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde Em Debate*. junio de 2015; 39:300-22.

23. Retamal C P, Markkula N, Peña S. Salud mental en Chile y Finlandia: desafíos y lecciones. *Rev Médica Chile*. julio de 2016;144(7):926-9.

24. Starfield B, Sevilla F, Aube D, Bergeron P, Maeseneer JMD, Hjortdahl P, et al. Atención primaria y responsabilidades de salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. enero de 2004 [citado 28 de julio de 2024];78(1). Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

25. Sánchez Sagrado T. La atención primaria en Suecia. *Semergen Rev Esp Med Fam*. 2016;(6):408-11.

26. Eguía Ángeles HA, Sánchez-Seco Toledano P, Eshøj L. La atención primaria en Dinamarca. *Semergen Rev Esp Med Fam*. 2019;(8):552-8.

27. Rey-Gamero AC, Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Rev Gerenc Políticas Salud*. diciembre de 2013;12(25):28-39.

28. Ase I, Burijovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colect*. 4 de abril de 2009;5(1):27.

29. Yavich N, Báscolo EP, Haggerty J. Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud Pública México*. febrero de 2010;52(1):39-45.
30. Apráez Ippolito G. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Polis Rev Latinoam* [Internet]. 9 de diciembre de 2010 [citado 28 de julio de 2024];(27). Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/958>
31. Ley 1438 de 2011 - Gestor Normativo [Internet]. [citado 26 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>
32. Molano-Builes PE, Mejía-Ortega LM, Gómez-Granada JA, Vargas-Betancourt ML, Cuellar-Bravo K, Molano-Builes PE, et al. Conceptos y directrices que orientan la atención primaria en salud en diversos territorios colombianos (2017). *Rev Salud Pública*. octubre de 2020;22(5):513-20.
33. Franco-Giraldo A. Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? *Rev Fac Nac Salud Pública*. abril de 2012;30(1):83-94.
34. Gómez A RD. Atención primaria de salud y políticas públicas. *Rev Fac Nac Salud Pública*. septiembre de 2010;28(3):283-93.
35. Franco-Giraldo Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev Fac Nac Salud Pública*. diciembre de 2015;33(3):414-24.
36. Rodríguez-Villamizar LA, Acosta-Ramírez N, Ruiz-Rodríguez M. Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2013;15(2):183-95.

37. V7 Lineamiento EBS PGN 24012024 | Descargar gratis PDF | Planificación [Internet]. [citado 28 de julio de 2024]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/707223719/V7-Lineamiento-EBS-PGN-24012024>.
38. Hernández, Erwin. Operatividad de la Atención Primaria en Salud. Colegio Médico Colombiano. s.f.
39. Ávila-Agüero ML. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. Acta Médica Costarric. abril de 2009;51(2):71-3.
40. Ávila-Agüero ML. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. Acta Médica Costarric. abril de 2009;51(2):71-3. Macinko J, Montenegro H, Adell CN, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2007;
41. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 31 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
42. Currea-Lugo VD. SALUD Y NEOLIBERALISMO. s.f.
43. Gil-Girbau M, Pons-Vigués M, Rubio-Valera M, Murrugarra G, Masluk B, Rodríguez-Martín B, et al. Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. Gac Sanit. febrero de 2021;35(1):48-59.
44. Querejeta M. Las herramientas del nuevo paradigma de la salud en el siglo XXI: CIE / CIF. Rev Esp Salud Pública. diciembre de 2009;83(6):771-3.
45. Torres-Lagunas MA. La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la Cobertura Universal. Enferm Univ [Internet]. 22 de noviembre de 2018 [citado 30 de agosto de 2024];15(4). Disponible en:

- <http://www.revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/547>
46. Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud en la Conferencia de Astaná - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2018 [citado 31 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/25-10-2018-nuevo-compromiso-mundial-con-atencion-primaria-salud-conferencia-astana>
 47. UNESCO (2005). Declaración Universal sobre Bioética y derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
 48. Veiga de Cabo J, Fuente Díez E de la, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med Segur Trab. marzo de 2008;54(210):81-8.
 49. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación [Internet]. McGraw Hill España; 2014 [citado 26 de julio de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>
 50. Amezcua M., Gálvez Toro A. Los modos de análisis de investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Revista española de salud pública. 2002;76(5):423-26.
 51. Navarrete JM. El muestreo en la investigación cualitativa. Investigaciones sociales. 2000;4(5):165-80.
 52. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Gestión del Conocimiento y acceso a la información en salud; [Citado 29 de noviembre de 2024]. Recuperado a partir de: [Gestión del Conocimiento y acceso a la información en salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

53. ESE Hospital Divino Niño de Buga. <https://www.hdn.gov.co/>. [Consultado 16 de enero de 2025].
54. Kvale S, Brinkmann S. *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2015.
55. Rubin HJ, Rubin IS. *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2011.
56. Gadamer H-G. *Verdad y Método*. Continuum; 2004. (Enfoque hermenéutico)
57. Patton MQ. *Qualitative Reserch & Evaluation Methods*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: sage Publications; 2015.
58. Strauss A, Corbi J. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded theory*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998.
59. Política Pública de Apropiación Social del Conocimiento en el marco de la CTel. MINISTERIO DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN VICEMINISTERIO DE TALENTO Y APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO DIRECCIÓN DE CAPACIDADES Y DIVULGACIÓN DE LA CTEI. Bogotá D.C., marzo de 2021
Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación. [Citado 29 de noviembre de 2024]. Recuperado a partir de: [politica_publica_de_apropiacion_social_del_conocimiento.pdf](#)
60. Calderón-Gómez, Carlos, Betancourth, Loaiza, Diana. Atención primaria de salud: una mirada global para orientarnos en lo local. *Rev. Salud Pública*. 23(5): 1-6. 2021. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V23n5.85333>

61. Indiana Luz R., & Richard De Jesús G. "Estrategias de Atención Primaria en salud en cinco países latinoamericanos". Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica 40, no. 7 (2021): 711-721. Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55971545009>
62. Harari Yuval Noah. *De animales a dioses. Breve historia de la humanidad*. Debate. 2014.
63. Barraza macía, Arturo. Metodología de la Investigación Cualitativa. Una perspectiva interpretativa. Editor: Benessere. Centro de Intervención para el Bienestar Físico y Mental A.C. 2023.
64. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Bogotá, Colombia. 2015.
65. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008.
66. Organización Panamericana de la Salud. La Atención Primaria de Salud en las Américas: 40 años después de Alma-Ata. OPS. 2019.
67. Starfield, B. Primary Care: Balancing Health Need, Services, and Thechnology. Oxford University Press. 1998
68. Glaser, B. G., & Strauss, A. L. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Aldine Publishing. 1976

69. Morse, J. M. The Significance of Saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147 – 149. <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>. 1995.
70. Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>. 2006.
71. Solar, O., & Irwin, A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of health. World Health Organization. 2010.
72. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Pauta 4: Beneficios individuales y riesgos de una investigación pp. 11 – 16. 2017
73. Ley 1581 de 2012. Gestor Normativo [internet]. [Citado el 23 de junio de 2025]. Disponible en:
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
74. 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.
75. 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.
76. Chaves CR. La categorización un aspecto crucial en la investigación cualitativa. *InvestigiumIRE*. 2005;6(1):113-8.
77. Abela, J.A. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Fundación Centro de Estudios Andaluces; 2002.
78. República de Colombia. Decreto 0858 de 2025.

79. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1789 de 2025. Por el cual se determinan las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública. Bogotá; 2025.
80. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 de 2015. Ley Estatutaria de Salud. Bogotá; 2015.
81. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1597 de 2025. Por el cual se establecen disposiciones paa la gestión Territorial integral de la salud pública. Bogotá; 2025.
82. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 100 de 2024. Por el cual se establecen disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud. Bogotá; 2024.
83. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 276 de 2019. Por el cual se modifican lineamientosde las Rutas Integrales de Atención en Salud. Bogotá; 2019.
84. Congreso de la República de Colombia. Ley 2294 de 2023. Plan nacional de Desarrollo 2022- 2026. Bogotá; 2023.
85. Saunders B., Sim J., Kingstone T., Baker S., Waterfield J., Baratlam B., et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. Qual Quant. 2018; 52(4): 1893 – 1907.
86. Hsieh HF., Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005; 15(9): 1277 – 1288.
- 87.Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(53).
88. Mosquera PA, Hernández J., Vega R. Primary Health care strategy in Bogotá and its contribution to health outcomes. Rev Salud Pública. 2023.

89. Molano – Builes PE. Conceptos y directrices que orientan la atención primaria en salud en Colombia. Rev Salud Pública. 2023
90. Betancurth – Loaiza DP. Atención primaria social en Colombia: participación comunitaria y determinantes sociales. Rev Salud Pública. 2002.
91. Congreso de la República de Colombia. Ley 2460 de 2025.
92. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 865 de 2024.

ANEXOS

Consentimiento informado para participantes en la aplicación de la estrategia de APS en el municipio de Guadalajara de Buga, durante el año 2024.



Universidad del Valle

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: BARRERAS Y FACILITADORES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS), DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS MIEMBROS DE LOS EQUIPOS DE SALUD EN GUADALAJARA DE BUGA-VALLE, DURANTE EL AÑO 2024

INVESTIGADOR PRINCIPAL: PAOLA ANDREA ARRECHEA MONTOYA /
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN: MARÍA FERNANDA TOBAR BLANDÓN

Queremos invitarle cordialmente a participar en una investigación que tiene como objetivo, identificar las barreras y facilitadores en la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), desde la percepción de las diferentes personas miembros de los Equipos Básicos de Salud durante el año 2024.

Donde queremos explorar las características y factores determinantes en la implementación de la implementación de APS según las narrativas de las experiencias, identificar sus categorías de barreras y facilitadores de contexto, reconocer perfiles y trayectorias de los miembros de los equipos básicos de salud (EBS) involucrados en la implementación de la estrategia de APS durante el 2024.

Es por ello que queremos invitarle a participar en un estudio de investigación en salud pública. Su participación es valiosa para comprender cómo mejorar la implementación de la APS en Colombia y de manera concreta en Guadalajara de Buga - Valle. Antes de decidir si desea participar, es fundamental que comprenda la información que se presenta a continuación. Por favor, lea cuidadosamente este documento y siéntase libre de preguntar sobre cualquier aspecto que requiera aclaración.

Justificación del Estudio

La Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia esencial para brindar atención sanitaria a toda la población, especialmente a las comunidades más vulnerables. En Colombia, la APS ha tenido un papel importante en la búsqueda de un sistema de salud más equitativo y accesible. Sin embargo, a lo largo de las décadas, se han presentado desafíos para mantener la continuidad de las estrategias de APS. Este estudio busca comprender cómo se puede asegurar la sostenibilidad de la APS en el tiempo, identificando los determinantes sociales como aquellos factores que facilitan o dificultan su implementación.

Procedimientos del Estudio:

Si decide participar en este estudio, se le solicitará lo siguiente:

Participar en una entrevista semiestructurada la cual tiene una duración promedio de 1 hora para aplicarse. En esta entrevista, se le preguntará sobre su experiencia con la estrategia de APS en Guadalajara de Buga, incluyendo los obstáculos y las oportunidades que ha encontrado.

En caso de que se requiera información adicional, se le podrá contactar para una segunda entrevista, que podrá ser realizada de forma presencial o virtual.

Confidencialidad

Según la Resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud, esta investigación se clasifica como de “riesgo mínimo”, dado que implica la recopilación de información suministrada directamente por los participantes, a través del instrumento de recolección de datos: entrevista semiestructurada. Los resultados serán analizados bajo estrictos parámetros éticos, asegurando seriedad y cumplimiento normativo.

Toda la información que usted proporcione será tratada de forma confidencial y se utilizará únicamente con fines de investigación. Se adoptará un código con fichas de registro que en ningún momento tendrá relación con sus datos personales.

Participación Voluntaria

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si decide participar, se le pedirá que firme este formulario de consentimiento informado, del cual se le entregará una copia. Usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte su relación con la Universidad del Valle o con el sistema de salud o empresa contratante.

Beneficios y Riesgos

Si bien su participación en este estudio no implica beneficios directos para usted, su colaboración contribuirá a generar conocimiento valioso para fortalecer la Atención

Primaria de Salud en Colombia y en esta entidad territorial Guadalajara de Buga. No se prevén riesgos asociados a su participación en este estudio.

Usted podrá realizar las preguntas que considere necesarias con respecto a esta investigación. De igual modo, está en el derecho de conocer sus resultados.

La persona que se encuentre con la investigación del proyecto será quien asuma toda la responsabilidad, o cualquier legalidad. Al quedar firmado este documento, la persona certifica que lo leyó con disponibilidad de aceptación con el proyecto, y que quedaron resueltas todas las dudas y que aceptó su participación de manera voluntaria y confidencial en esta investigación. 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.

Contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, puede contactar a Paola Andrea Arrechea Montoya al correo electrónico paola.arrecha@correounivalle.edu.co o número telefónico: 320-9822939 Investigador Principal o con la Dra. María Fernanda Tobar al correo electrónico: maría.f.tobar@correounivalle.edu.co . Si requiere información sobre los aspectos éticos de su participación puede comunicarse con el Comité de Ética en Investigación en Salud – CEIS - al teléfono (602) 5185677 o al correo eticasalud@correounivalle.edu.co.

Agradecimiento

Agradezco sinceramente su tiempo e interés en participar en este estudio. Su colaboración es fundamental para mejorar la salud de las comunidades.

Con su firma en este consentimiento informado, usted confirma que ha leído las 4 páginas y ha entendido la información sobre el estudio, que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y que desea participar voluntariamente. También le pedimos que nos permita utilizar la información de la entrevista y los resultados del análisis para los fines descritos, garantizando la confidencialidad de su identidad y con la aprobación de un comité de ética.

Marque con una X su elección:

Autorizo el uso en actividades con fines académicos

SI _____ NO____

Autorizo el uso en futuros estudios SI _____ NO____

Autorizo la grabación de la entrevista en audio y/o video SI ____ NO____

Usted firmará este formato y se le dará una copia de este documento.

**SU FIRMA (O HUELLA DIGITAL) INDICA QUE USTED HA DECIDIDO PARTICIPAR
VOLUNTARIAMENTE EN ESTE ESTUDIO.**

	Nombre (en letra clara)	Número de identidad	Fecha y lugar de firma	Firma o huella
Participante			Lugar	
			Fecha	

	Nombre (en letra clara) y Dirección	Relación	Documento de identidad	Lugar y fecha de firma	Firma o huella
Testigo 1	Nombre			Lugar	
	Dirección			Fecha	

	Nombre (en letra clara) y Dirección	Relación	Documento de identidad	Lugar y fecha de firma	Firma o huella
Testigo 2	Nombre			Lugar	
	Dirección			Fecha	

Investigador	Nombre (en letra clara) y Dirección	Documento de identidad	Lugar y fecha de firma	Firma o huella
Persona que Realizó el Proceso para obtener el	Nombre		Lugar	

consentimiento informado	Dirección		Fecha	
-------------------------------------	-----------	--	-------	--

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**Datos del Informante:****Código de Entrevista**_____ **Formación Profesional**_____**Tiempo de Experiencia**_____**Tiempo de Vinculación al EBS** _____**Cargo**_____**Residencia Rural** _____ **Urbana** ____ **En el municipio**_____**Fuera del Municipio** _____**Tiempo de vinculación al EBS**_____**Motivo de Retiro**_____**Estrato Socioeconómico del Informante** _____**Estado Civil** _____**Grado de Formación: Bachiller** _____ **Técnico** ____ **tecnológico**_____**Profesional**_____ **POsG** _____

PREGUNTAS ORIENTADORAS SEGÚN CATEGORÍAS PREVIAS

A continuación, se presenta la guía de preguntas orientadoras, de acuerdo con las categorías previas definidas en la investigación. Las mismas podrán realizarse a los participantes de acuerdo con sus roles y grados de vinculación o participación en la Estrategia de APS en Buga durante el año 2024. Estas preguntas serán realizadas por el investigador de manera individual y personal.

Nivel Socioeconómico

¿Hábleme del nivel socioeconómico de la mayoría de los miembros de los Equipos Básicos de Salud o del equipo al que usted estaba integrado?

¿Cuáles estrategias se implementaron para garantizar la estabilidad del personal de APS en el territorio?

¿Cómo calificaría los salarios/honorarios de los miembros de los EBS en relación con sus funciones y riesgos?

¿Cómo afecta el tipo de contratación su desempeño y compromiso con la implementación de la Estrategia de APS?

¿Qué otros factores económicos consideran que influyeron en la efectividad de la APS?

Factores Sociales

¿Considera usted que para la implementación de la Estrategia de APS, es importante que los miembros de los EBS, vivan en el territorio, si, no, por qué?

¿Cómo accedían los equipos a las familias asignadas a los EBS, describa cuáles eran los mecanismos y estrategias para llegar al territorio y a las familias?

¿Según su criterio, de qué manera las costumbres, la cultura y las creencias influyen en las prácticas de salud y cuidado de la población en el territorio?

¿Cuáles factores han afectado positiva o negativamente la implementación de la Estrategia de APS, por ejemplo, el conflicto armado, la migración, el desplazamiento, el desempleo, la falta de educación de la población, la geografía, las vías de acceso, el clima, la política, ¿u otro aspecto y por qué?

¿Qué desafíos sociales enfrenta la comunidad en relación con la APS, según su percepción?

Aspecto Administrativos y Planificación

¿Cuáles son los recursos económicos, logísticos y técnicos con los que cuentan los EBS para llegar a los territorios y realizar la labor encomendada?

Si usted tuviera la oportunidad de cambiar algo relacionado con la forma en que se planifican las tareas de los EBS, se les asigna recursos, se conforman los equipos o se les definen las tareas, ¿qué cambiaría y por qué?

¿Las garantías de recursos estaban presentes siempre para desarrollar las labores, sin afectar su calidad y cumpliendo con los protocolos definidos?

Condiciones de vida en los Territorios

¿Cómo describe el territorio asignado para la Estrategia de APS, en relación con sus condiciones de acceso a instalaciones deportivas, recreativas que faciliten la implementación de la Estrategia de APS?

¿Cuáles eran las condiciones de accesos a servicios básicos como agua, gas, electricidad, acueducto, alcantarillado e internet en el territorio para APS y de qué manera influyó en la implementación de la estrategia?

¿Cómo percibe las características de la población en el territorio según los grupos de la infancia, los jóvenes, el adulto joven, las personas mayores?

¿Desde su percepción cuáles son las condiciones más favorables o desfavorables en la implementación de la estrategia en ese territorio?

Acceso a los Servicios de Salud

¿Cómo afecta la disponibilidad de transporte público el acceso a servicios de salud para personas con movilidad reducida, háblenos de cómo la estrategia abordó la condición del territorio? ¿Considera que la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes (idioma, comprensión cultural) afecta la implementación de la estrategia de APS y por qué?

¿Se encontraba cercano a las viviendas algún CAPS o que otros dispositivos de prestación de servicios de salud había?

¿Qué impacto tiene la disponibilidad de personal médico especializado en la APS del territorio?

¿Cuál es la población que desde su percepción está más afectada en su salud y en su bienestar?

Educación

¿Cómo afecta el nivel educativo en la adopción de prácticas preventivas de salud y en la adherencia a tratamientos médicos orientados por los Equipos Básicos?

¿De qué manera las diferencias culturales influyen en las prácticas de salud y la comunicación con los profesionales durante el proceso de implementación de la estrategia?

¿Qué estrategias de educación en salud, fueron mejor recibidas por la comunidad?

Gobernanza y Políticas de Salud Pública

¿Qué opinión tiene de la articulación existe entre los diferentes actores del sistema de salud (gobierno central, departamental, municipal, referentes de las EPS, IPS, comunidad) favorece la implementación de la estrategia o no?

¿Cómo influyen los cambios de administración en la continuidad de la estrategia de APS, según su percepción y por qué? ¿Usted conoce el plan territorial de salud y el plan de desarrollo del gobierno municipal, qué es lo que más considera que requiere atención según esos planes y como considera que la estrategia se articuló con ese nuevo plan de gobierno?