

## PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**Atención Primaria en Salud en Colombia Basada en la Comunidad: Enfoque Territorial****Erwin Hernando Hernández Rincón<sup>1</sup>.**

1. Médico, Máster Universitario en Investigación en Atención Primaria, Candidato a Doctor en Investigación Clínica. Profesor del Centro de Estudios de Salud Comunitaria (CESCUS), de la Facultad de Medicina, de la Universidad de La Sabana (Colombia).

Erwin Hernando Hernández Rincón

e-mail: erwinhr@unisabana.edu.co

Correspondencia: Universidad de La Sabana, Facultad de Medicina (Chía, Colombia).

Citar como: Hernández Rincón E H. Atención Primaria en Salud en Colombia Basada en la Comunidad:  
Enfoque Territorial . fml. 2016; 20(14):5p

Recibido el 09/05/2014

Aceptado el 15/03/2016

Publicado el 25/04/2016

**Resumen**

**Objetivo:** Fomentar el desarrollo de competencias ciudadanas en Atención Primaria en Salud (APS), para comunidades vulnerables, orientando sus acciones a la construcción de entornos saludables.

**Metodología:** Metodología Cualitativa, tipo de estudio Investigación – acción, que contempla 3 etapas: 1. Formación (Fortalecimiento de competencias en APS en líderes comunitarios, 12 a 15 líderes seleccionados de distintos niveles y sectores de 5 municipios), 2. Planes de Mejoramiento (Planes de mejoramiento para las necesidades y problemáticas en salud) 3. Sistematización de la experiencia (Lecciones aprendidas y patrón de APS identificado).

**Resultados a obtener:** 1. Líderes comunitarios que entienden los principios de APS, 2. Ciudadanos que aplican los principios de APS, 3. Propuestas de mejoramiento integradas en la política pública, 4. Líderes comunitarios capaces de movilizar a la ciudadanía bajo un enfoque de APS, 5. Planes de mejoramiento orientados a satisfacer las principales problemáticas y necesidades en salud, 6. Capacidad instalada en los territorios para trabajar en APS, 7. Articulación con la política pública territorial para implementar acciones conjuntas en APS. 8. Plataforma virtual de aprendizaje.

## Introducción

El sistema de salud colombiano en los últimos años (Ley 100 de 1993) ha favorecido un modelo de hospitalocentrismo (en torno a hospitales), supraespecializado (centrado en especialistas), mercantilista (basado en intereses económicos) y fragmentando la salud de las personas, lo que obstaculiza la equidad en salud, el acceso universal a una atención centrada en las personas y el mantenimiento de comunidades sanas (1).

En 2011, se modifica el sistema de salud colombiano (Ley 1438), centrándose en un modelo basado en Atención Primaria en Salud (APS) orientado a las prioridades de salud del país, el cual hace énfasis en acciones de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en acciones intersectoriales, en una cultura de autocuidado, en orientación individual, familiar y comunitaria, en atención en salud integral, integrada y continua, en la interculturalidad, en la participación activa de la comunidad, y en un enfoque territorial. Modelo que a la fecha no se conoce por múltiples actores del sistema (Hospitales, profesionales de la salud y comunidad), y sólo se ha implementado por pocos (2). Posteriormente, se formula el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el plantea 8 dimensiones centrales (Principales grupos de enfermedades) y 2 transversales, orientando sus planteamientos a mejorar las condiciones de vida de la población mediante la formulación de Planes Territoriales de Salud (PTS). El primer eje transversal contempla la población para Colombia vulnerable: Niños, adultos mayores, discapacitados, grupos étnicos, y víctimas del conflicto (3).

De acuerdo a la normatividad, se debe favorecer un modelo que pueda llegar a la comunidad, mediante un abordaje de territorio, fomentando una cultura de autocuidado, y que permita resolver las principales necesidades y problemáticas en salud en el territorio, destacando la prevalencia de las enfermedades crónicas y las enfermedades infecciosas.

De ese modo, resulta importante plantearse la pregunta: **¿Cómo construir e implementar un modelo de APS para Colombia centrado en la comunidad, que permita fomentar la construcción de entornos saludables desde el territorio?**

En conclusión, la propuesta se plantea para incentivar el desarrollo de iniciativas y experiencias de salud comunitaria y Atención Primaria en Salud en comunidades con distintos grados de

Respuesta Social Organizada, que deriven en la construcción de un modelo integral, que pueda ser validado, escalado y replicado en Colombia desde el nivel territorial. Para la construcción de este modelo o patrón, se realizará esta investigación inicialmente en 5 territorios de Cundinamarca (que suman aproximadamente 1 millón de personas).

Un elemento importante para el escalamiento del proyecto consiste en el diseño de una plataforma virtual de formación y seguimiento, plataforma que se usará también para sistematizar la experiencia.

## Atención Primaria en Salud

En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió mediante la Declaración de Alma Ata a la “Atención Primaria en Salud” (APS) como “La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, durante todas y cada una de las etapas de sus desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (4).

Posteriormente, la OMS definió nuevos elementos conceptuales en relación a la APS, llamándola APS renovada. De ese modo, la APS se puede abordar desde 4 enfoques (Ver Tabla 1), que para el propósito de este estudio la definición más acorde sería la de APS integral, que involucra a sistema y comunidad (5).

Por otro lado, Gofin en 2011, considera que la APS puede orientarse a la comunidad, denominándola Atención Primaria en Salud Orientada a la Comunidad (APOC), entendiendo la APOC como el enfoque que debe responder sobre el estado de salud de la comunidad, sus determinantes, su contexto, las posibilidades de intervención y la importancia de dar continuidad y sostenibilidad a acciones en salud (6).

## Objetivos

### General

Fomentar el desarrollo de competencias ciudadanas en Atención Primaria en Salud (APS),



para comunidades vulnerables, orientando sus acciones a la construcción de entornos saludables.

### **Específicos**

1. Fortalecer competencias ciudadanas en APS a líderes comunitarios para que sean capaces de entender elementos de salud preventiva, identificar necesidades y problemáticas en el territorio.
2. Identificar necesidades y problemáticas en salud en cada uno de los territorios, conduciendo a la definición de prioridades.
3. Favorecer la planeación, implementación y evaluación de propuestas de mejoramiento en salud por parte de los líderes comunitarios, articulándose con el territorio y los responsables de la política pública.
4. Promover la construcción de patrones de APS reproducibles para distintos contextos, en donde se destaquen los elementos necesarios para poder implementar iniciativas en APS, mediante la documentación y sistematización de las lecciones aprendidas y de la experiencia.

### **Metodología propuesta**

Estudio Cualitativo de investigación – acción implícita en 3 etapas del estudio: 1. Formación, 2. Implementación y 3. Sistematización de la experiencia (7).

#### **Etapas 1. Formación**

Se desarrollará un proceso de formación, para cada uno de los líderes de las comunidades seleccionadas. La metodología y programa académico se definirán previamente, mediante la revisión documental y la experiencia en el entorno, los cuales permitan ajustar un proceso de formación que brinde las competencias necesarias en APS.

El Fortalecimiento de las competencias se realizará mediante la capacitación mediada por un proceso de entrenamiento y soportada por una plataforma virtual de aprendizaje. Se contempla la posibilidad de la plataforma virtual de aprendizaje, debido a que esto posibilita la extensión a futuro del proceso de formación a otros entornos, para esto se determinará el mejor mecanismo para lograrlo.

El proceso de formación basado en un ciclo de investigación acción para que los líderes sean capaces de entender elementos de salud preventiva, identificar necesidades y problemáticas en el territorio (8).

#### **Etapas 2. Implementación de planes de mejoramiento.**

Concomitante a la etapa de formación, a la mitad de la etapa 1, cada una de las comunidades empezará con la formulación de los planes de mejoramiento. Al finalizar la etapa de formación, cada comunidad tendrá el diagnóstico y formulación inicial del plan de mejoramiento de su comunidad.

Las propuestas de mejoramiento en salud serán responsabilidad por parte de los líderes comunitarios, articulándose con el territorio y los responsables de la política pública de sus entornos. Cada plan de mejoramiento, en sí es un proyecto, que tiene el propósito de resolver el problema más relevante o pertinente en salud (Resultado de un proceso de priorización previo), el cual contará con objetivos y actividades verificables para el tiempo definido del estudio.

Cada comunidad tendrá acompañamiento, el cual servirá para impulsar las iniciativas, dar asesoría técnica, realizar ajustes y garantizar que se cumplan los objetivos planteados del estudio. El acompañamiento será virtual (Entregables y soporte) y presencial en el territorio.

En la etapa de implementación, es importante garantizar que las organizaciones puedan tener contacto y articularse con diversos actores del territorio, como lo son otras personas de la comunidad, actores de la política pública, instituciones de salud de la zona, y profesionales de la salud del entorno.

Cada comunidad socializará sus iniciativas ante otros actores, por lo menos en 3 momentos: al iniciar la ejecución de los planes (Finalización etapa de formación), a la mitad del proceso para realizar los ajustes, y al finalizar para mostrar los resultados. Se procurará que esta socialización pueda involucrar al mayor número de actores interesados en la propuesta.

Al igual que la etapa de formación, la etapa de implementación será ajustada según la revisión documental de la literatura. También durante y al finalizar el proceso se realizará seguimiento y evaluación de esta etapa que se ajustará para ser replicada en otros entornos.

#### **Etapas 3. Sistematización de la experiencia**

Al mismo tiempo que las etapas 1 y 2, se realizará la documentación y sistematización de las lecciones aprendidas y de la experiencia, para la construcción de patrones de APS reproducibles para distintos contextos, en donde se destaquen los elementos necesarios para poder implementar iniciativas en APS.



La documentación de la iniciativa, será mediante registro fotográfico, actas, diarios de campo, grabaciones entre otros, los cuales se ajustarán según el contexto y la característica de intervención.

La sistematización de las lecciones aprendidas y de la experiencia, será mediante la conformación de grupos focales y la realización de entrevistas a informantes clave. Los grupos focales serán seleccionados de cada comunidad, incluyendo a los líderes formados, como a otros actores del territorio (Líderes representativos del territorio, representantes de la administración municipal, representantes de las instituciones prestadoras de servicios de salud, organizaciones de base, entre otros).

Con los grupos focales durante el proceso (Finalizando la etapa de formación e iniciando la etapa de implementación) del estudio, se construirán las preguntas orientadoras, de las cuales emergerá el hilo conductor, construyendo las categorías de análisis, y recopilando la información y reflexionado sobre el proceso, que al final permitan emitir las conclusiones sobre patrones de APS basada en la comunidad.

La conformación del grupo focal será de 8 a 10 personas, permitiendo una discusión amplia y detallada de lo que se busca. Adicionalmente, se busca que estas personas pertenezcan a algunas de las organizaciones incluidas en el estudio.

No se sabe el número de reuniones del grupo focal, ya que este dependerá del avance de cada uno de los planes de mejoramiento, y la suficiencia en la obtención de los datos (Saturación). El guion de las reuniones se construirá con ellos, ya que el hilo conductor y las categorías aún no se conocen. La duración de cada grupo será entre 90 a 150 minutos, y se programarán con un intervalo no superior a 2 meses.

Al igual que los grupos focales, no se conoce aún el número de entrevistas a informantes clave, el cual se irá determinando conforme avance el proceso y se obtengan los datos suficientes para analizar la información (Saturación).

### **Análisis y recolección de la información**

El análisis y recolección de la información dependerá de cada una de las etapas del estudio.

En la etapa de formación, la recolección de la información estará centrada en la adquisición de competencias en su proceso de aprendizaje, evaluando su nivel de desempeño en cada uno de los módulos cursados. También se realizará una evaluación previa (Al inicio de la etapa 1) y

posterior (Finalización etapa 1) sobre conceptos mínimos de APS (Preguntas abiertas). Esta evaluación se repetirá al finalizar la etapa de planes de mejoramiento. Adicionalmente, cada uno de los módulos tendrá unos indicadores mínimos, como participación, y cumplimiento de objetivos educativos.

En la etapa de planes de mejoramiento, la recolección y análisis de los resultados, dependerá de la formulación y ejecución de los planes de mejoramiento, para cumplir los objetivos planteados en su planteamiento. Estos pueden ser de carácter cuantitativo y cualitativo.

En la etapa de sistematización de la experiencia, la información se recopilará a partir de grabaciones de los grupos focales y de los informantes clave, como la triangulación con la información de la etapa de formación y la etapa de los planes de mejoramiento. Se transcribirán las grabaciones, se articulan con las categorías, se analiza el contenido de las transcripciones, se realimentan los resultados al grupo focal para fortalecer la información, y se elabora el patrón final de APS en la comunidad

### **Población**

Se seleccionan 5 territorios de Cundinamarca (Colombia), los cuales permitan seleccionar a los líderes (Selección por conveniencia: Presencia y concertación con Cruz Roja, y localización). De cada territorio se seleccionarán 10 a 12 líderes (Ver Tabla 2).

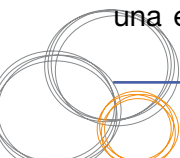
Los líderes seleccionados serán de distintos niveles de la respuesta social organizada del territorio: Líderes representativos del territorio, representantes de la administración municipal, representantes de las instituciones prestadoras de servicios de salud, organizaciones de base, entre otros.

### **Resultados esperados**

Se busca que el estudio sea aplicable a otros entornos. La garantía de aplicabilidad se explica por el abordaje en salud, bajo un enfoque intersectorial y con participación comunitaria, así como la metodología virtual empleada. Los resultados esperados que soportan la afirmación son (Ver Tabla 3).

### **Bibliografía**

1. Starfield B. Politics, primary healthcare and health. J Epidemiol Community Health, 2011; 65: 653-5.
2. Congreso de Colombia. Ley 1438. Colombia, 2011.



3. Ministerio de Salud y Proyección Social de Colombia. Plan Decenal de Salud Pública 2013-2021. Colombia, 2013.
4. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978; 6-12.
5. Organización Panamericana de la Salud. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2011.
6. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Publica, 2007; 21(2/3): 177-85.
7. Hills M, Mullet J, Carroll S. Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care. Rev Panam Salud Publica, 2007; 21(2/3): 125-35
8. Pickens S, Boumbulian P, Anderson R, Ross S, Phillips S. Community-oriented primary care in action: a Dallas story. Am J Public Health, 2002; 92(11): 1728-32

## Anexos

**Tabla 1.** Enfoques de la Atención Primaria en Salud (APS) Renovada (Adaptada de La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS, 2011).

Enfoque	Énfasis
Atención Primaria Selectiva	Conjunto específico de actividades de los servicios de salud dirigidas a los pobres
Atención Primaria	Nivel de atención de un sistema de salud
“Atención Primaria de Salud Integral” de Alma Ata	Estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud
Enfoque de Salud y Derechos	Filosofía que impregna el sector social y de la salud

**Tabla 2.** Poblaciones Seleccionadas de Cundinamarca (Según Departamento Nacional de Estadísticas – DANE Colombia, 2005).

5 Poblaciones de Cundinamarca, 2005	911.945 Habitantes
Fusagasugá	129.301 Hab
Girardot	112.425 Hab
Soacha	625.000 Hab
Sopó	23.251 Hab
Ubaté	21.968 Hab

**Tabla 3.** Principales resultados esperados del proyecto.

1. Líderes comunitarios que entienden los principios de APS.
2. Ciudadanos que aplican los principios de APS, mediante la formulación, implementación y evaluación de planes de mejoramiento en su territorio.
3. Propuestas de mejoramiento integradas en la política pública: Planes locales de salud o planes de desarrollo.
4. Líderes comunitarios que son capaces de movilizar a la ciudadanía bajo un enfoque de APS.
5. Planes de mejoramiento orientados a satisfacer las principales problemáticas y necesidades en salud.
6. Planes de mejoramiento en APS con participación de un servicio local de salud.
7. Capacidad instalada en los territorios para trabajar en APS.
8. Articulación con la política pública territorial para implementar acciones conjuntas en APS.
9. Divulgación y socialización de las experiencias en los distintos grupos de respuesta social organizada.
10. Extensión a comunidades similares por parte de los líderes comunitarios.
11. Plataforma virtual de aprendizaje que permita extender a futuro el proceso de formación a otros entornos.