

Conceptos y directrices que orientan la atención primaria en salud en diversos territorios colombianos (2017)

Concepts and guidelines steering Primary Health Care in diverse Colombian territories (2017)

Patricia E. Molano-Builes, Luz M. Mejía-Ortega, Johnny A. Gómez-Granada, Mónica L. Vargas-Betancourt y Khaterine Cuellar-Bravo

Recibido 7 agosto 2020 / Enviado para modificación 17 agosto 2020 / Aceptado 28 agosto 2020

RESUMEN

Objetivo Develar los conceptos sobre atención primaria en salud entre actores institucionales y comunitarios en diversos municipios de Colombia y señalar las directrices que orientan su implementación.

Método Estudio multicaso en 13 municipios, con enfoque hermenéutico, empleando la técnica colcha de retazos en 21 talleres con diversos actores.

Resultados Se encontraron cuatro tendencias conceptuales de atención primaria en salud: 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. El concepto predominante fue la atención básica prestada en el primer nivel de complejidad. La principal directriz fue el Plan Decenal de Salud Pública.

Discusión La heterogeneidad de directrices y las diferencias conceptuales implican posturas que revelan apuestas ético-políticas en relación con la organización de los sistemas de salud y la justicia sanitaria. En Colombia persisten condiciones estructurales propias del modelo de aseguramiento que restringen la apropiación de una concepción integral y el desarrollo de una política pública basada en atención primaria en salud.

Palabras Clave: Atención Primaria de Salud; formación de concepto; directrices para la planificación en salud; política pública; Colombia (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To unveil the concepts of Primary Health Care among institutional and community actors in diverse municipalities of Colombia and point out the health planning guidelines that steer its implementation.

Method Multi-case study in 13 municipalities with a hermeneutical approach using the patchwork quilt technique in 21 workshops with different actors.

Results Four conceptual trends in Primary Health Care were found: i) access to quality health services; ii) emphasis on actions to promote health and prevent disease; iii) basic care provided at the first level of complexity, and iv) a broad perspective, interested in the right to health and the intervention of social determinants. The predominant concept was basic care provided at the first level of complexity. The main guideline was the Ten-Year Public Health Plan.

Discussion The heterogeneity of guidelines and the conceptual differences imply positions that reveal ethical-political stakes in relation to the organization of health systems and health justice. In Colombia, persisting structural conditions typical of the insurance model restrict the appropriation of a comprehensive conception and the development of a public policy based on Primary Health Care.

PM: MD. M. Sc. Salud Pública. Ph.D.(c) Salud Pública. Docente. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

patricia.molano@udea.edu.co

LM: Administradora de Empresas. M. Sc; Ph.D. Docente. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

mery.mejia@udea.edu.co

JG: CS. M. Sc. Salud Pública. Docente. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

johnny.gomez@udea.edu.co

MV: Psc. M. Sc. Salud Ocupacional. Ph.D. Educación. Vicerrectoría de Investigación Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

lorena.vargas@udea.edu.co

†KC: En. M. Sc. Salud Pública. Medellín, Colombia.

khaterine.cuellar@udea.edu.co

Key Words: Primary Health Care; concept formation; health planning guidelines; public policy; Colombia (source: MeSH, NLM).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), existen distintas maneras de concebir la Atención Primaria en Salud (APS). Entre estas se han reconocido cuatro enfoques: i) atención selectiva, que comprende un conjunto de actividades de los servicios de salud dirigidas a la población más vulnerable; ii) atención primaria entendida como el primer nivel de atención de un sistema de salud; iii) atención primaria integral, concebida desde Alma Ata como una estrategia para organizar los sistemas de salud y la sociedad buscando elevar su nivel de salud; y iv) atención primaria desde una perspectiva de derechos humanos que implica el abordaje de los determinantes sociales de la salud (DSS) (1). Así, en el escenario mundial, la APS subsiste en medio de la ambigüedad conceptual que engloba perspectivas distintas, algunas complementarias y otras abiertamente contrapuestas (2). Ante la multiplicidad de entendimientos, el Ministerio de Salud y Protección Social colombiano ha recomendado incorporar la APS en los planes territoriales, dar claridad conceptual y convertirla en una política pública del sector salud (3).

En Colombia, pese a las directrices nacionales e internacionales y a la introducción de propuestas legislativas que buscan integrar la APS al sistema de salud, persisten serios problemas para su adecuación e implementación como parte de las políticas públicas. De un lado, la estructura del sistema de salud (enmarcada en un modelo de aseguramiento caracterizado por la intermediación financiera del sector privado, la fragmentación de la atención, la segmentación de la población, la priorización de servicios hospitalarios de alta complejidad, el descuido en las acciones de promoción de la salud —PS— y prevención de la enfermedad —PE— y la carencia de un enfoque territorial) limita las intervenciones en salud pública y reduce considerablemente el desarrollo de una estrategia de APS integral (4). De otro lado, no existe claridad frente al enfoque subyacente de APS y tampoco el conocimiento profesional e institucional necesario para su implementación (5,6), aunado a una escasa formación en APS desde los programas académicos universitarios (7,8).

Estas situaciones han derivado en una implementación heterogénea de la APS en términos de enfoques, tiempos, recursos y personal, en su mayoría sujeta a la voluntad de los gobiernos locales de turno (9). De ahí que, en la búsqueda de la comprensión de sus desarrollos y posibilidades de implementación, este artículo pretende develar las distintas concepciones de APS que tienen los actores institucionales y comunitarios en diversos territorios del país y señalar las directrices territoriales que orientan su implementación.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio multicasos (10), con enfoque hermenéutico (11), que buscó interpretar el sentido que las fuentes primarias le dan a la APS en distintos contextos para comprender la complejidad de su significado y sus implicaciones. Se desarrolló en 13 municipios colombianos, cada uno representa un caso, agrupados según el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 en seis regiones. Región Central: Medellín y Copacabana; región Caribe: Barranquilla, Soledad y Malambo; región Nororiental: Tunja y Samacá; región Pacífico: Santiago de Cali y Palmira; región Sur: San Juan de Pasto y Buesaco; y región de la Amazonia: Leticia y Puerto Nariño. Para la selección de los municipios se aplicó una muestra intencionada con los siguientes criterios de selección: i) experiencia en el desarrollo de APS; ii) disposición de los funcionarios para participar y convocar actores de interés; iii) inclusión de cada una de las regiones del país, de una capital departamental y al menos un municipio cercano; y iv) diversidad territorial, cultural y étnica.

La recolección de la información se realizó entre septiembre y diciembre de 2017 a través de 21 talleres y una entrevista grupal. 12 talleres se realizaron con actores institucionales (funcionarios de las secretarías de salud, de los hospitales y/o miembros de los equipos básicos de salud), con 187 participantes en total. Además, se realizaron nueve talleres y una entrevista grupal con la participación total de 140 líderes comunitarios.

Los talleres se realizaron implementando la colcha de retazos, técnica interactiva descriptiva que permite indagar, generar información y recrear los procesos en los cuales se encuentran inmersos los sujetos, dando cuenta de las diferentes comprensiones sobre la realidad que se pretende explicar (12). Los investigadores-facilitadores indagaron alrededor de dos preguntas: ¿qué conocen/comprenden sobre la APS? (dirigida a todos los actores) y ¿bajo qué directrices/lineamientos orientan la estrategia de APS en su municipio? (específicamente para actores institucionales). Los participantes plasmaron sus ideas en fichas de manera individual excepto en los talleres de más de 15 personas donde las respuestas fueron elaboradas por parejas o tríos. Seguidamente, las fichas fueron visualizadas en un tablero. Posteriormente, se socializó e interpretó la colcha de retazos incentivando la participación y discusión, y se finalizó con un momento de síntesis, conclusiones y evaluación.

Se realizó registro fotográfico y de audio de cada taller, previa autorización de los participantes. Las fichas fueron transcritas en formato MS Word® y junto con la discusión

recogida en los audios fueron sistematizadas en plantillas de MS Excel® para analizar frecuencias relativas y categorías de interés. Para conservar la confidencialidad, los resultados contienen un código que da cuenta de la región, el municipio y el tipo de participante, así: R1M1A-inst significa que es un fragmento de un participante de la región 1, municipio 1, taller de actores institucionales. Un fragmento del taller con líderes comunitarios en la misma región y municipio sería R1M1L-com. Esta investigación fue avalada por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, acta 144 de 2016.

RESULTADOS

Conceptos de APS

Los conceptos sobre APS se agruparon en cuatro tendencias: i) acceso a servicios de salud de calidad; ii) énfasis en las acciones de PS y PE; iii) atención básica brindada en el primer nivel de complejidad y iv) una perspectiva amplia, interesada por el logro del derecho a la salud y la intervención de los DSS. Las primeras tres tendencias obedecen a una mirada restringida de la APS, mientras que la última está en mayor consonancia con una visión integral.

En términos generales se encontró que el concepto predominante de APS estuvo referido a la atención básica prestada en el primer nivel de complejidad (31,2%, n=80), seguido del concepto amplio (27,0%, n=69), y de aquel que describe la APS como el énfasis en las acciones de PS y PE (24,6%, n=63). En menor proporción se encontró el concepto correspondiente al acceso a servicios de salud de calidad (17,2%, n=44). Esta distribución porcentual refleja el poco consenso que existe en el territorio nacional frente al concepto de APS. De otro lado, al agrupar las respuestas de los actores en concepciones de APS integrales y restringidas, tendríamos que solo (27,0%, n=69) de las respuestas describen un concepto amplio de APS mientras que en un (73,0%, n=187) persisten conceptos restringidos frente a su significado y alcances.

Al desagregar las respuestas según el tipo de actores, se encontró que entre los institucionales (n=135) predominó el concepto amplio de APS (39,3%, n=53) mientras que en los líderes comunitarios (n=121) predominó el concepto relacionado con la atención básica prestada en el primer nivel de complejidad (43,8%, n=53).

Los conceptos de APS por regiones se distribuyeron como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución porcentual del concepto de APS según respuestas por regiones

| Región | Acceso a servicios n (%) | Promoción y prevención n (%) | Primer nivel n (%) | Amplio n (%) |
|-------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------|
| Amazoroquía | 10 (40,0) | 5 (20,0) | 8 (32,0) | 2 (8,0) |
| Sur | 11 (20,0) | 11 (20,0) | 23 (41,8) | 10 (18,2) |
| Central | 7 (12,3) | 7 (12,3) | 15 (26,3) | 28 (49,1) |
| Nororiental | 5 (21,7) | 8 (34,8) | 4 (17,4) | 6 (26,1) |
| Pacífica | 4 (9,3) | 21 (48,8) | 8 (18,6) | 10 (23,3) |
| Caribe | 7 (13,2) | 11 (20,8) | 22 (41,5) | 13 (24,5) |

A continuación, desde una mirada comprensiva de los datos, se describen los matices al interior de cada tendencia:

1. *APS entendida como acceso a los servicios de salud de calidad.*

Bajo esta tendencia se compilaron las respuestas de carácter asistencial centradas en la atención prestada en los servicios de salud buscando garantizar el acceso y/o la calidad de los servicios. En su interior se agruparon referencias que siguiendo la lógica del mercado señalaron explícitamente la APS como un “mercado de servicios de salud que se ofrece a la comunidad” (R5M5-inst) o como un paquete de servicios, “procesos autorizados en el Plan Obligatorio de Salud” (R2M2-com). Otras la equipararon con la consulta médica asistencial, “cuando un médico atiende a un paciente con cita previa” (R6M1-com). Y otras, más

amplias pero confinadas a la prestación de servicios de salud curativos, mencionaron algunas características de una atención de calidad. En esta vía se destaca la APS como “los servicios de salud que se brindan al paciente o a la población teniendo en cuenta el medio en donde se encuentran, la calidad del servicio y los equipos profesionales” (R1M2-inst).

2. *APS entendida como el énfasis en las acciones de PS y PE.*

En esta tendencia se agruparon respuestas igualmente en el marco de los servicios de salud pero que indicaron un énfasis en la realización de acciones de PS y PE entendiendo la APS como “promoción y prevención en los servicios de salud para detectar de manera temprana el problema de salud de cada individuo” (R1M1-inst). Algunas aludieron particularmente a las acciones de detección temprana, protección específica y atención

de enfermedades de interés en salud pública contenidas en la Resolución 412 de 2000, entendiendo la APS como “la atención que se le brinda a las personas con el fin de prevenir y promover la salud. Por ejemplo: campañas de vacunación, controles de crecimiento y desarrollo” (R2M1-com), como las “visitas a los niños de bajo peso que tienen desnutrición, les hacen seguimiento y le dan una charla a la mamá” (R3M1-inst), o como “identificar enfermedades de acuerdo a las patologías de las personas y hacerle seguimiento, ejemplo: tuberculosis” (R2M3-inst).

Dentro de esta tendencia se encontró una marcada referencia sobre la promoción de estilos de vida saludables, el autocuidado, la identificación y caracterización de factores de riesgo y la realización de acciones de información, educación y comunicación en salud. Así, apareció la APS como “la promoción y prevención frente a las enfermedades de los seres humanos, influyendo de manera directa en los estilos de vida y el autocuidado” (R5M2-inst) o entendida como las “acciones encaminadas a la población de una manera descentralizada con el fin de promover la salud y prevenir enfermedades, interviniendo así los factores de riesgo, a través de estrategias educativas, información y comunicación” (R6M2-inst).

3. *APS entendida como la atención básica ofrecida en el primer nivel de complejidad.* Bajo esta tendencia se agruparon los conceptos con referencia explícita a la idea de una atención básica, mínima, prioritaria o urgente, prestada en el primer nivel de complejidad. De un lado, se encontraron definiciones circunscritas a la atención hospitalaria de primer nivel, entendida la APS como “los servicios que se prestan en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de primer nivel” (R6M1-com), y más específicamente como “el primer nivel de atención donde se brindan cuidados de baja complejidad, por ejemplo: consulta externa, vacunación, odontología, urgencias, laboratorio” (R6M2-inst). Por otro lado, algunos conceptos implicaron acciones fuera del ámbito hospitalario, pero restringidas a la provisión de servicios de baja complejidad: visitas domiciliarias y actividades conocidas como extramurales. En esta vía, la APS fue referida como las “brigadas de salud” (R3M2-com) o, de manera más amplia, como “una atención que se presta a la comunidad, desde lo más básico en salud, los equipos extramurales buscan a las comunidades para concientizarlas de cada uno de los riesgos que se tiene” (R5M1-com).

4. *APS entendida como una estrategia que busca el logro del derecho a la salud y la intervención de los DSS.* Esta tendencia recogió los conceptos que se aproximaban a una visión integral de la APS y que, en la búsqueda de alcanzar el derecho al goce del mayor nivel de salud posible y

el abordaje de los DSS, privilegiaron el trabajo intersectorial y la participación comunitaria, enfatizando en algunos de los principios, valores y elementos de la APS renovada. Así, algunas definiciones, principalmente entre actores institucionales, señalaron la APS como una “estrategia que permite la intervención integral en salud mediante la articulación de acciones intersectoriales con participación de la comunidad” (R5M1-inst) o entendida de manera precisa como una “estrategia para la organización del sistema de salud para la garantía del goce efectivo del derecho a la salud. Consiste en la posibilidad de generar atención integral, integrada y continua para el cuidado esencial de la población mediante un trabajo intersectorial y participativo con enfoque familiar y comunitario” (R3M2-inst). Igualmente, a pesar de su baja prevalencia en actores comunitarios resalta la definición de un líder que señaló la APS como una “estrategia para promover el bienestar del individuo y la comunidad, y reducir las brechas de equidad. Implica mejorar el acceso a los servicios y fortalecer acciones de promoción y prevención, además requiere tanto de la participación comunitaria como del trabajo intersectorial” (R3M1-com).

Asimismo, se acopiaron conceptos que proponían explícitamente el abordaje de la dimensión social de la salud. En ese sentido, se señaló la APS como “trabajar con la comunidad e intervenir los determinantes estructurales de la salud: sociales, económicos, poblacionales y ambientales” (R6M2-inst). Solo dos respuestas mencionaron la APS sin una referencia específica al sector salud y con alcances más allá del mismo, entendiéndola como “una estrategia que permite elevar el nivel de vida de las personas para que sean productivas para la sociedad y que permita el desarrollo económico” (R4M1-inst) o como la posibilidad de “contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad” (R4M1-inst).

En varias respuestas aquí compiladas se hizo énfasis en el valor de la equidad en salud, entendiendo la APS como “una estrategia para reducir las inequidades en salud, en la medida que se reconoce el derecho al goce del mayor nivel de salud posible para todas las personas” (R3M1-inst) o como la “estrategia que pretende acercar los servicios de salud con equidad, eliminando las barreras de acceso y partiendo de la idea que la salud no es ausencia de enfermedad, sino un estado de total bienestar” (R3M1-inst).

Para terminar la descripción de las tendencias conceptuales, señalar que la idea de APS como atención focalizada para grupos vulnerados no logró constituirse en una tendencia, dada su baja frecuencia de aparición (1,6% del total de las respuestas) describiendo la APS como “estrategia a nivel mundial para acercar los servicios de salud a la población más vulnerable” (R3M1-inst) o refiriéndola

como “la atención inmediata que se le debe dar a la población vulnerable en forma preventiva” (R2M1-com).

Directrices que orientan su implementación

Con relación a las directrices que orientan a los actores institucionales para el desarrollo de la APS en los municipios,

se encontró una amplia gama de lineamientos recopilados en normas, políticas, planes, estrategias y declaraciones. En la Tabla 2 se incluye el total de las directrices citadas por los participantes, dando cuenta del tipo de directriz, nombre, año de expedición, frecuencia en que fue referida y existencia o no en el documento original de una

Tabla 2. Directrices mencionadas por los actores como orientadoras de la Atención Primaria en Salud en los territorios, según frecuencia referida

| Tipo de directriz | Nombre | Año | (n=262) % | Mención APS | |
|---|--|--|--------------|-------------|----|
| | | | | SI | NO |
| Leyes | Ley 1438 | 2011 | 12,6 | X | |
| | Resolución 412 | 2000 | 10,0 | | X |
| | Resolución Ministerial 429 -PAIS- y -MIAS- | 2016 | 6,1 | X | |
| | Ley Estatutaria 1751 | 2015 | 4,6 | | X |
| | Ley 100 | 1993 | 1,9 | | X |
| | Constitución Política | 1991 | 0,8 | | X |
| | Ley 1122 | 2007 | 0,8 | | X |
| | Ley 1753 | 2015 | 0,8 | X | |
| | Decreto 3518 | 2006 | 0,4 | | X |
| | Ley 1098 | 2006 | 0,8 | | X |
| | Resolución 1518 | 2016 | 0,4 | | X |
| Políticas | Decreto 780 | 2016 | 0,4 | X | |
| | Política de Cero a Siempre | 2016 | 0,8 | | X |
| | Política de Salud Mental | 2013 | 0,4 | X | |
| | Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez | 2015-2024 | 0,4 | X | |
| Planes | Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social | 2013-2022 | 0,4 | | X |
| | Plan Decenal de Salud Pública -PDSP- 2012-2021 | 2013 | 14,6 | X | |
| | Planes de Desarrollo Municipales y Departamentales | 2016-2019 | 5,0 | X | |
| | Plan de Intervenciones Colectivas -PIC- | 2015 | 2,3 | | X |
| | Planes territoriales de salud | 2016-2019 | 2,7 | X | |
| | Plan de Atención Básica -PAB- | 1996 | 0,4 | | X |
| | Plan Decenal de Lactancia Materna | 2010-2020 | 0,4 | X | |
| | Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional | 2012-2019 | 0,4 | | X |
| | Planes de Vida Comunidades Indígenas | 2007-2017 | 0,4 | | X |
| | Estrategias | Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS- | 2016 | 1,5 | |
| Redes Integradas de Servicios de Salud -RISS- | | 2010 | 0,8 | X | |
| Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia -AIEPI- | | 1999 | 0,4 | | X |
| Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia -IAMI- | | 2011 | 0,4 | X | |
| Declaraciones y cartas | Declaración de Alma-Ata | 1978 | 2,3 | X | |
| | Carta de Ottawa | 1986 | 1,9 | | X |
| | La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas | 2007 | 0,8 | X | |
| | Objetivos de desarrollo sostenible | 2015 | 0,4 | | X |

mención explícita a la APS. Así, se encontró que solo un (43,7%, n=14) de las directrices aborda explícitamente la APS, de las cuales, descontando la Declaración de Alma Ata y el Documento de Posición de la APS Renovada, únicamente la Ley 1438 de 2011, la Resolución ministerial 429 de 2016 y el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) hacen un desarrollo conceptual y procedimental frente a la estrategia. El resto la acoge sin especificar qué se entiende por APS ni cómo desarrollarla.

Finalmente, algunas instituciones fueron mencionadas como directrices, a saber, las secretarías de salud municipales y departamentales, las gobernaciones, el Ministerio de Salud y Protección Social, la OPS/OMS, los hospitales municipales y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

DISCUSIÓN

Estructura, ley, política, estrategia, modelo, paquete, servicio, actividad, atención, enfoque o nivel son algunas de las acepciones que expresan la diversidad de concepciones sobre APS encontradas en los municipios estudiados. Si adicionalmente se considera la existencia variopinta de directrices, algunas contradictorias entre sí, que circulan al interior del sistema de salud colombiano, es comprensible la dificultad de los actores para concebir e implementar la APS. A continuación, se discuten, en primer lugar, algunos antecedentes que han determinado, en medio de esta heterogeneidad de directrices, la configuración en Colombia de una política pública en APS de carácter restringido; y en

segundo lugar, el debate frente a las distintas concepciones de APS y las posibilidades de acoger y desarrollar un concepto integral en el escenario colombiano.

Si bien, antes de la Ley 100 de 1993, existían en Colombia algunas experiencias de APS marginadas de la política pública y propiciadas por algunas autoridades territoriales, con el advenimiento de esta ley las experiencias de APS quedaron atrapadas en un enfoque de predominio biomédico, selectivo y de atención de primer nivel (13,14). Solo hasta la expedición de la Ley 1438 de 2011, la APS adquiere un carácter vinculante a la normatividad del sistema, ganando mayor credibilidad frente a su potencial transformativo en salud. Sin embargo, dicha ley perpetuó confusiones al definir indistintamente la APS en términos de estrategia, modelo, programa y política (15). Posteriormente, la Resolución Ministerial 429 de 2016 definió la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) con base en APS. Más tarde, el nuevo Gobierno, bajo la Resolución Ministerial 2626 de 2019 adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) basado en APS. Allí señala la necesidad de modificar la política pública y de dar claridades en su implementación debido a la evidencia de brechas en su desarrollo entre territorios y dentro de ellos (16).

Adicionalmente, en el PDSP (2012-2021) la APS quedó consignada como un modelo para garantizar el *aseguramiento y la provisión de los servicios de salud*, sin dejar de tener en cuenta que “la APS no es su base; pero sí, una de las estrategias para fortalecerlos” (17). Dicho enfoque redujo el alcance de la APS, delegando funciones de salud pública a departamentos y municipios sin salirse del modelo de aseguramiento y provisión de servicios, convirtiéndose en un lineamiento insuficiente para responder a la integralidad, participación e intersectorialidad requeridas desde un enfoque integral. En consecuencia, el predominio de una concepción reducida de APS concuerda con la identificación del PDSP como la directriz principal para orientar la estrategia.

Por su parte, la multiplicidad de directrices evidencia dificultad a la capacidad de los actores para elegir cómo orientar la APS. Así, las directrices oscilaron entre: i) las que abordan la APS; ii) las que se sitúan en franca contradicción con la APS, como la Ley 100 de 1993; iii) las que hacen algún tipo de enunciación con la intención de acogerla pero no la desarrollan, como la mayoría de planes de desarrollo territoriales y de salud o las políticas de salud mental y envejecimiento; iv) las que favorecen la toma de decisiones pero no se integran a una política pública basada en APS como el SIVIGILA; y v) las que no mencionan en absoluto la APS y deberían hacerlo dada su injerencia en salud pública como son el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y la Ley 1751 que regula el derecho a la salud.

Siguiendo estos antecedentes, aunque para el 2021 Colombia debería, según el PDSP, basar su modelo de atención en APS como una responsabilidad estatal para potenciar la gobernabilidad y la rectoría del sector salud (18) y a pesar de los esfuerzos normativos señalados por formular y reformular una política pública nacional basada en APS, dichas directrices, en la medida en que se dislocan de la estructura del sistema, son pobremente acogidas, ya sea por desconocimiento, falta de compromiso político institucional para desarrollarlas o por la imposibilidad de un sistema orientado por el mercado para intervenir los determinantes estructurales de las condiciones de salud de la población (19). En consonancia con lo anterior, este estudio evidenció una apropiación particular de las directrices, según capacidades y recursos, con desarrollos territoriales escasos y disímiles, así como formulaciones tecnocráticas que imposibilitan la incorporación de la participación y la intersectorialidad en los procesos de planificación local sustentable.

Con relación a las tendencias conceptuales, a más de 40 años de promulgada la conferencia de Alma Ata, y en medio de una crisis sanitaria mundial, continúa el reto de reorientar la APS desde un predominio de concepciones selectivas de carácter biomédico, centradas en la detección/atención de riesgos/enfermedades prevalentes y sustentados en criterios de costo-efectividad hacia concepciones integrales que procuren cambios estructurales potencialmente radicales en las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales que determinan la salud de la población (20-22). Enfoques integrales que han demostrado mayor impacto en salud que aquellos basados en la atención selectiva o especializada (14,23-27).

Adicionalmente, al revisar la literatura mundial, Labonté resume la confusión persistente frente a la definición de APS en tres posiciones: i) si es un nivel primario de atención o un enfoque que guía la organización del sistema de salud en integración con los demás niveles de atención y con la atención familiar y comunitaria; ii) si se centra en la prevención, atención y rehabilitación de enfermedades o en la promoción de la salud, participación comunitaria y acción intersectorial sobre los DSS; y iii) si incluye, o no, acciones orientadas al abordaje de los DSS, pero desvinculadas de los servicios de salud (28). El término posición, sugerido en este estudio permite plantear que, más allá de posibles confusiones, la selección de un concepto o enfoque en salud pública no es asunto exclusivamente técnico o científico. Obedece principalmente a posturas que develan, apuestas epistemológicas y ético-políticas en relación con la organización de los sistemas de salud y la justicia sanitaria. Por consiguiente, abogar por mantener las distintas acepciones de la APS y proponer su adaptación a los modelos de salud de los países

y no al contrario (29) revela una postura ético-política que despoja la APS de su capacidad transformativa.

En ese sentido, los resultados de este estudio confirman la preponderancia en Colombia de una postura epistémica y ético-política favorable a las concepciones restringidas de APS, posturas igualmente identificadas en otros contextos de América Latina, donde las reformas sanitarias secundarias a las políticas de ajuste estructural posicionaron de forma hegemónica la lógica del mercado de aseguramiento, privilegiando enfoques selectivos de APS con consecuencias importantes para el abordaje de las desigualdades sociales (30).

De ahí que, sin desconocer las limitaciones que entraña todo tipo de clasificación y las propias del método seleccionado en términos de generalizaciones, se puede señalar que la prevalencia en este estudio de concepciones de APS centradas en la prestación de servicios de salud se comprende mejor en un contexto de vulneración sistemática del derecho fundamental a la salud, donde persiste una negación cotidiana de servicios por parte de las aseguradoras (31) y se explica en razón de cada tendencia.

Así, en primer lugar, la accesibilidad en el país sigue siendo una demanda esencial en salud y, por tanto, la noción de acceso a servicios de salud de calidad representa un ideal de lo que podría significar la APS, particularmente para los municipios apartados de la capital ubicados en las regiones de la Amazorinoquí^{oo} y el sur del país. En segundo lugar, el énfasis en las acciones de PS y PE que algunos actores aludieron como APS se corresponde con un modelo de gestión del riesgo y un sistema de salud predominantemente curativo, donde la PS y la PE son precarias y, por tanto, precisan mayores desarrollos. Cabe señalar que la referencia a la PS de este estudio se limitó a la realización de acciones exclusivamente preventivas, centradas en el autocuidado y alejadas de un enfoque amplio de PS que compartiría con la APS integral muchos de sus propósitos, principios y estrategias. En tercer lugar, la idea de APS entendida como la atención básica ofrecida en el primer nivel de complejidad sigue apuntando hacia la existencia de una atención fragmentada bajo un imaginario de mínimos requeridos en la prestación de los servicios, alejada de una perspectiva de cuidado integral a través de redes integradas de servicios de salud y del abordaje de los DSS como garantes del derecho.

En síntesis, el debate frente a las distintas formas de concebir la APS no implica llegar a acuerdos frente a una definición estándar como proponen algunos autores (32) o combinar fortalezas entre enfoques selectivos y comprensivos como señalan otros (33). Tampoco es suficiente la adaptación de modelos teóricos de manera reflexiva y contextual según las condiciones y necesidades en salud propias del territorio (21). Lo importante sería entender

que detrás de cada enfoque existen diferencias ideológicas en disputa con profundas implicaciones a la hora de apropiar una APS de carácter integral, y que, incluso, cuando ha existido en el país voluntad política municipal para desarrollar una concepción integral de la APS, solo se ha logrado implementar una suerte de mixtura entre los diferentes enfoques (13). Así, las configuraciones socio-históricas propias de los territorios colombianos han producido formas particulares de comprender e implementar la APS, condicionadas en gran medida por la estructura del sistema de salud y dependientes de las capacidades, los recursos institucionales locales y especialmente de la postura ético-política de los actores que han transitado por las diferentes entidades territoriales en salud.

En consecuencia, para el caso colombiano se requiere, desde una postura ética en el marco de la justicia sanitaria, reconocer los principios y valores impuestos por la lógica de mercado y reflexionar sobre los propios de una lógica del derecho a la salud (34). De ese modo, cuestionar el predominio del individualismo, la competencia, la eficiencia y la productividad en el sistema de salud permitiría posicionar y legitimar valores como el bien común, la autonomía, la solidaridad y la equidad, entre otros necesarios para apropiar una concepción integral de APS y avanzar hacia el logro del derecho a la salud. De otro lado, desde una postura política, aceptar que si bien la APS concebida integralmente tiene un alto potencial para el logro del derecho a la salud y el abordaje de los DSS, aun en situaciones favorables su abordaje es complejo y por tanto requiere de una serie de condiciones estructurales y capacidades instaladas a nivel institucional y comunitario. Esto no significa que se deba desistir de la integralidad, pero implica comprender que para avanzar hacia la acción política transformativa se requiere, más que descentralizar el poder administrativo para la toma de decisiones en salud, de un compromiso real con la construcción de poder local, lo que implica promover procesos participativos instituyentes que permitan el desarrollo de capacidades individuales y colectivas para la construcción autónoma de los proyectos valorados como positivos para la vida y la salud ♣

Agradecimientos: A los participantes del estudio por sus valiosas contribuciones para lograr los propósitos de esta investigación. *Dedicado a nuestra compañera Khaterine, que falleció en junio de este año.*

Financiación: La investigación fue financiada por el Comité de Investigaciones de la Universidad de Antioquia CODI y por el Grupo de Investigación Gestión y Políticas en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública. La autora principal contó con el aporte del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología

e Innovación —Colciencias— (beca doctorado nacional 647 de 2014), durante sus estudios doctorales.

Conflictos de interés: Ninguno.

REFERENCIAS

- Pan-American Health Organization. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 1a ed [Internet]. Washington, D.C: OPS, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2007 [cited 2020 Jan 1]. Available from: <https://bit.ly/32paEY8>.
- Rovere M. Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde Debate*. 2012 [cited 2020 Jan 1]; 36(94):327-42. Available from: <https://bit.ly/35dT4Z3>.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Suárez R, Zamora S, Conte G, Olarte MF. Sistematización de las experiencias desarrolladas en el país sobre APS y RISS en los niveles territoriales. Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS [Internet]. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2012 [cited 2020 Jan 1]. Available from: <https://bit.ly/38qwpus>.
- Apraéz Ippolito G. Evaluación de la Atención Primaria de la Salud en Colombia como política de salud, 1939-2008 [internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010 [cited 2020 Jan 1]. Available from: <https://bit.ly/2GIM9xq>.
- Ruíz Rodríguez M, Acosta Ramírez N, Rodríguez Villamizar LA, Uribe Rivero LM, León Franco MH. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2011 [cited 2020 Jan 1]; 13(6):885-96. Available from: <https://bit.ly/38qGoQt>.
- Franco Giraldo Á, Ocampo Morales DI. Segundo informe. Proyecto "Políticas públicas y Atención Primaria en Salud (APS), en los territorios descentralizados de Colombia 2013-2015". Componente descriptivo. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública; 2015.
- Rodríguez-Villamizar LA, Vera-Cala LM, Rojas-Sánchez OA, Rivera-Carvajal R, Uribe-Rivero LM. Evaluación de contenidos curriculares y percepción de competencias de estudiantes del área de la salud respecto del Modelo Integral de Atención en Salud en Colombia. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2017; 19(4):491-8. DOI:10.15446/rsap.v19n4.67261.
- Ortega Bolaños J. Los modelos preventivos más necesarios hoy! *Rev. Salud Pública*. 2018 [cited 2020 Jan 1]; 20(3):275-6. Available from: <https://bit.ly/3n98Ryg>.
- Villa P, Ortiz Y, Angarita J. Acciones colectivas de salud pública: resultados y aprendizajes en el ámbito territorial de Cali, 2011. La experiencia del Municipio de Cali. 1a ed. Santiago de Cali: Cámara Colombiana del Libro; 2011.
- Stake RE. Multiple Case Study Analysis. 1a ed. New York: Guilford Press; 2013.
- Gadamer H-G. Verdad y métodos: fundamentos de una hermenéutica filosófica [Internet]. Salamanca: Sígueme; 1977 [cited 2020 Jan 1]. Available from: <https://bit.ly/2UcTUPr>.
- García Chacon BE, Gonzalez Zabala SP, Quiroz Trujillo A, Velasquez Velasquez AM. Técnicas interactivas para la investigación social cualitativa. 1a ed. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó; 2002. DOI:10.1590/S0103-11042012000300011.
- Vega Romero R, Hernández Torres J, Mosquera Méndez PA. Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. *Saúde Debate*. 2012; 36(94):392-401. DOI:10.1590/S0103-11042012000300011.
- Muñoz EP, Hernández CA, Aguilar OL, Claros LM, Girón LN, Rojas A. Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano. CEDETES; 2012.
- Congreso de la República. Ley 1438 de 2011, "por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" [Internet]. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2011 [cited 2020 Jan 1]. Available from: <https://bit.ly/2InSKOL>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019, "por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS- y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE". Bogotá: Gobierno de Colombia; 2019 [cited 2020 Jan 1]. Available from: <https://bit.ly/35eaAwn>.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Rojas Rivera X. Preguntas y respuestas frecuentes Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: la salud la construyes tú. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2015.
- Franco-Giraldo A. Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012; 30(1):83-94.
- Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Aff (Millwood)*. 2004; 23(3):167-76. DOI:10.1377/hlthaff.23.3.167.
- De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A, Van de Geuchte I, Billings M. Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Health Systems Knowledge Network; 2007.
- Baum F. ¡Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo XXI. *Medicina Social*. 2007 [cited 2020 Jan 1]; 2(1):37-46. Available from: <https://bit.ly/2UbBz5i>.
- Otálvaro Castro GJ, Colorado Vélez A, Gómez-Granada JA, Elorza Saldarriaga JF, Cárdenas Velásquez N, García Cano JF, et al. Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica. Medellín: Universidad de Antioquia; 2017 [cited 2020 Jan 1]. Available from: <https://bit.ly/35fiFAK>.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83(3):457-502. DOI:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
- Vega Romero R, Carrillo Franco J. APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso 'Salud a su Hogar' en Bogotá. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2006 [cited 2020 Jan 1]; 5(11):37-54. Available from: <https://bit.ly/3ke95T3>.
- Haggerty J, Burge F, Lévesque J-F, Gass D, Pineault R, Beaulieu M-D, et al. Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. *Ann Fam Med*. 2007; 5(4):336-44. DOI:10.1370/afm.682.
- Evans T, Lerberghe W van, Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008 la atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Geneva: OMS; 2008.
- 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 mundial. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009; 8(16):14-29.
- Morales LG, Blanco JH. Sobre la renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 22:292-3.
- Bursztyjn I, Kushnir R, Giovannella L, Stolkner A, Sterman-Heimann L, Riveros MI, et al. Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. *Rev. Salud Pública*. 2010 [cited 2020 Jan 1]; 12(1):77-88. Available from: <https://bit.ly/3pdwk3i>.
- Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social, 2014 [internet]. Bogotá, D.C: Defensoría del Pueblo de Colombia; 2015 [cited 2020 Jan 1]. Available from: <https://bit.ly/38tpwO>.
- Bhatia M, Rifkin S. A renewed focus on primary health care: revitalize or reframe? *Global Health*. 2010; 6(1):13. DOI:10.1186/1744-8603-6-13.
- Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet*. 2008; 372(9642):917-27. DOI:10.1016/S0140-6736(08)61402-6.
- Molina G, Ramírez A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 33(4):287-93.