

ARTÍCULO ORIGINAL

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.40.01.150.574>

La Atención Primaria en Salud, un camino inconcluso en Colombia: Lecciones aprendidas de la Primera Ola de la Pandemia por COVID-19

Primary Health Care, an unfinished road in Colombia: Lessons learned from the First Wave of the COVID-19 Pandemic

ELIANA MARTÍNEZ HERRERA¹, RAFAEL TUESCA MOLINA², ERWIN HERNANDO HERNÁNDEZ RINCÓN^{3*}, JUAN EDUARDO GUERRERO ESPINEL⁴

¹ MSc, PhD. Odontóloga, magister en Epidemiología, doctora en Epidemiología, Universidad de Antioquia. Profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”, Universidad de Antioquia, Colombia. Investigadora del Grupo de Investigación en Desigualdades en la Salud, Ecología y Condiciones de Empleo. Departamento de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Pompeu Fabra, España. eliana.martinez@udea.edu.co. <https://orcid.org/0000-0001-6524-4709>. https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000734837.

² MD, MPH, PhD. Médico, Universidad del Norte, máster en Epidemiología y Salud Pública, UCM, España, doctor en Medicina Preventiva y Salud Pública, UAM, España, y doctor en Estudios Históricos y Sociales sobre Ciencia, Medicina y Comunicación Científica UV, España. Postdoctorado en Salud Colectiva. Profesor de la División de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, Colombia. Investigador de la Universidad de Valencia, Grupo de investigación ScienceFlows, España. rtuesca@uninorte.edu.co <https://orcid.org/0000-0003-3095-7199>. https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000011169.

³ MD, MSc. PhD. Médico, Universidad de La Sabana, Máster en Gobierno y Dirección Sanitaria, UOC, España, máster en Investigación en Atención Primaria, UMH, España, doctor en Investigación Clínica, UMH, España. Profesor del Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Colombia. erwinhr@unisabana.edu.co <https://orcid.org/0000-0002-7189-5863>. https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000551244.

⁴ MD. MPh. Médico, Universidad del Valle, magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia. Profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”, Universidad de Antioquia, Colombia. Presidente de la Asociación Colombiana de Salud Pública (ACSP), Colombia. guerrero.espinel@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-6830-2441>. https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000123866.

Correspondencia: Erwin Hernando Hernández Rincón. Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana. Campus Universitario Puente del Común, Km 7 Autopista norte, Chía, Colombia. erwinhr@unisabana.edu.co.

RESUMEN

Introducción: En 2020, Colombia adoptó diferentes medidas para mitigar el impacto de la pandemia por Covid-19, principalmente medidas de aislamiento social y fortalecimiento en la prestación de servicios hospitalarios. Sin embargo, el país no contempló acciones para abordar los otros problemas en salud, como tampoco consideró la relevancia de la Atención Primaria en Salud (APS) para responder a la pandemia. Por lo cual se realizó una investigación para indagar por la oferta y posicionamiento de la APS entre los tomadores de decisiones para atender la emergencia de Covid-19 durante la primera ola de la pandemia y los aprendizajes para las siguientes.

Metodología: De abril a junio de 2020 se realizó un estudio descriptivo exploratorio mixto en 2 fases: (1) Encuesta a tomadores de decisiones, prestadores y académicos, y (2) Grupo focal a informantes clave.

Resultados: La encuesta fue respondida por 227 participantes, 41 % académicos, 34.8 % prestadores y 17.6 % funcionarios de direcciones locales de salud; el 28.2 % consideró que la APS estuvo adaptada en los territorios para diferentes programas de salud por ciclo vital y entre el 80 al 98 % que la APS debía instaurarse en el territorio para vigilancia de casos, atención ambulatoria, manejo de pacientes crónicos, atención de otros programas y educación sanitaria. En el grupo focal participaron 12 informantes claves, quienes concluyeron que desde la autoridad sanitaria se debía promover la integración de la APS de forma urgente en los territorios, y garantizar una gobernanza eficaz para lograrlo; igualmente,

recomendaron intensificar la alfabetización en salud y el empoderamiento de la población para la adopción de medidas individuales y colectivas.

Conclusiones: Se concluye que la APS era una oportunidad para responder a la primera ola de la pandemia, como también para subsanar los problemas actuales y anticiparse a problemas futuros. Por lo cual, la APS debe convertirse en una política de Estado.

Palabras clave (DeCS): Atención Primaria de Salud, Covid-19, política pública; sistemas de salud, educación en salud, Colombia

ABSTRACT

Introduction: In 2020, Colombia adopted different measures to mitigate the impact of the Covid-19 pandemic, social isolation measures and strengthening the provision of hospital services. However, the country did not contemplate actions to address other health problems, nor did it consider the relevance of Primary Health Care (PHC) to respond to the pandemic. Therefore, an investigation was done to investigate the offer and positioning of PHC among decision-makers to address the Covid-19 emergency during the first wave of the pandemic and the learning for the following ones.

Methodology: From April to June 2020, a mixed exploratory descriptive study was conducted in two phases: (1) a survey of decision-makers, providers, and academics, and (2) a focus group of key informants.

Results: The survey was answered by 227 participants, 41 % academics, 34.8 % providers, and 17.6 % officials from local health directorates; 28.2 % considered that PHC was adapted in the territories for different life cycle health programs, and between 80 and 98 % that PHC should be established in the territory for case surveillance, outpatient care, management of chronic patients, care of other programs and health education. Twelve key informants participated in the focus group, who concluded that the health authority should urgently promote the integration of PHC in the territories, and guarantee effective governance to achieve it; Likewise, they recommended intensifying health literacy and the empowerment of the population for the adoption of individual and collective measures.

Conclusions: It is concluded that PHC was an opportunity to respond to the first wave of the pandemic, as well as to correct current problems and anticipate future problems. Therefore, PHC must become a state policy.

Keywords (MeSH): Primary Health Care, coronavirus infections, public policy, health systems, health education, Colombia.

INTRODUCCIÓN

En Colombia se adoptaron diferentes medidas para dar respuesta a la crisis social y sanitaria ocasionada por el SARS-CoV-2. Cabe anotar que fueron enfocadas preferencialmente en el aislamiento social y a fortalecer la prestación de servicios hospitalarios. Las acciones comunitarias que pudieran orientarse con la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS) no tuvieron suficiente resonancia en los planes de contingencia de las diferentes olas pandémicas (1).

Por otro lado, esta situación de impacto global (2) dejó al descubierto deficiencias del sistema de salud del país, al igual que visibilizó la segmentación y fragmentación de los servicios y organismos sanitarios locales, sumándole la falta de gobernanza del sistema. A este respecto, el modelo de atención y de salud continuó centrado en un enfoque biomédico y hospitalario, es decir, poniendo la lente en la morbilidad y letalidad ocasionada por la enfermedad y no en la prevención primaria, excluyendo la participación social y sus circunstancias de vida, a pesar de los esfuerzos insuficientes de reducir los efectos sociales y económicos de la pandemia, y de reconocer los efectos benéficos para proteger a los ciudadanos del gasto financiero catastrófico derivado para atender los casos más complicados (2,3).

De acuerdo con la naturaleza y patrón de transmisibilidad en esta pandemia, se consideró fundamental disponer de herramientas y estrategias de vigilancia epidemiológica que permitieran tomar decisiones en función de varios parámetros en simultánea y no solo de la letalidad, entre ellos, el patrón de diseminación, las estrategias de control, el perfeccionamiento de protocolos y nuevas herramientas que permitieran una vigilancia de vanguardia (4) y que pudieran adaptarse en los diferentes países sin importar el modelo político-económico y su condición de renta; una vigilancia global y local, y el trabajo en redes (2, 4-6).

Así mismo, en Colombia solo hasta el 2011 se adoptó la Atención Primaria en Salud (APS) como eje central del modelo de atención de salud colombiano, mediante la Ley 1438, que pretendió superar los problemas descritos y que afloraron en la pandemia (7,8). Las grandes dificultades a nivel de la implementación han estado en superar el modelo de sostenibilidad financiera, la fragmentación/segmentación del sistema de salud, la cobertura e integralidad de todos los riesgos y servicios de salud y la pérdida de acción en los territorios, con múltiples intermediarios en el aseguramiento, la mayoría en riesgo financiero e intervenidos por entes de control (9). A pesar de

ello, junto con avances en el marco de la atención integral de salud derivado de la Ley 1438, agregando un enfoque territorial, las entidades prestadoras de salud, las instituciones de salud y los organismos estatales de salud en el país han mostrado resistencia a la adopción de esta estrategia de manera homogénea (7,8).

Cabe señalar que a partir de la década de los años 60 y antes de la implementación de la Ley 100 de 1993 (8,10), el país había incursionado, con altos y bajos, en diferentes estrategias de APS que junto con el servicio social obligatorio fomentaban prácticas comunitarias y de atención en salud en lugares dispersos y con población vulnerable (11). Se contaba con una red amplia de centros, puestos de salud y hospitales públicos que con el tiempo, tres décadas, se debilitaron, y los primeros casi desaparecieron por los efectos del mercado (8).

Por otro lado, la Covid-19 puso a prueba los sistemas de salud en el mundo. Durante la pandemia, la reducción de los servicios de atención médica para personas mayores, control de enfermedades crónicas, programas para gestantes, adolescentes y niños fue notoria; sumado a una baja actuación institucional o a partir de una aplicación informática (en inglés APP) autogestionable para el rastreo (5,12). En Colombia, la afectación diferencial tanto a personas en condiciones de vulnerabilidad y de riesgo asociado con morbilidad crónica, al igual que al equipo sanitario que se desempeña en la ruta de entrada al sistema de salud, mostró desigualdades, de una parte, en la oferta de servicios preventivos y, de otra parte, en la protección de personal sanitario dentro del sistema (8).

Con todo, la APS se ha ido invisibilizando cada vez más, ya que se cree en sus beneficios desde la priorización, se observa una desarticulación con sectores como el de la educación, la vivienda, el trabajo, el transporte, el ambiente; sumado a la red de servicios de salud no consolidada, y mucho menos integrada. Con lo anterior, no es suficiente el marco legislativo, ni los esfuerzos realizados desde la academia para incrementar la gestión de conocimiento de los beneficios de sistemas basados en la estrategia de APS, sino resolver las barreras que tiene el actual modelo y sistema de salud: su arquitectura, el modelo de mercado utilitarista e individualista centrado en la patología, el desarrollo de una salud pública desarticulada en el territorio nacional y sus prestadores acompañado de los aspectos señalados anteriormente (13).

Con los anteriores puntos se hizo necesario recabar información local de necesidades y capacidades desde la visión de conocedores de la APS en Colombia para reivindicar su adopción con oportunidad y calidad a partir de lineamientos internacionales y de sistemas locales de salud territorializados, en contexto y resilientes (14). En razón a ello, se realizó una investigación con el objetivo de indagar por la oferta y posicionamiento de la APS entre los tomadores de decisiones para atender la emergencia de Covid-19 durante la primera ola de la pandemia y los aprendizajes para las siguientes.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio de tipo descriptivo exploratorio mixto. Para esto se aplicó la encuesta “online” semiestructurada del 7 de abril al 25 de mayo de 2020 y el 2 de junio de 2020 se realizó un grupo focal para explorar reflexiones comunes sobre la importancia de la APS para mejorar el desempeño de los servicios de salud en Colombia.

En una primera fase se realizó una encuesta en formato virtual a profesionales de la salud que se desempeñan en el primer nivel de atención, a gestores o administradores de servicios de salud y responsables de entidades adscritas a la prestación de servicios asistenciales.

La encuesta fue diligenciada por 227 participantes, convocados por invitación institucional abierta, en una ventana de observación de 50 días. El muestreo no fue aleatorio, a medida que las personas diligenciaron el instrumento se conformó la muestra; fue relevante la historia natural de la enfermedad.

Los participantes fueron en su mayoría mujeres, en un 68,7 %, con un rango de edad entre 25 a 44 años en un 60,8 %, representando cuatro de las cinco regiones del país, excepto la Amazonia.

Se mantuvo el anonimato y se enviaron a diversas listas de correos y de aplicaciones de mensajería instantánea para teléfonos inteligentes (por ejemplo: WhatsApp) conformados por personas que trabajaban en la prestación de servicios de APS o profesores con experiencia en la temática provenientes de diversas instituciones académicas del país que desarrollan programas de maestría en salud pública o especialización en salud familiar y comunitaria.

El instrumento para la encuesta constó de 20 preguntas, que abordaron datos de identificación del perfil y rol en APS, generalidades acerca de la Atención Primaria en el territorio, la percepción y conocimiento de la APS en el marco de la emergencia sanitaria por Covid-19 a nivel nacional y, finalmente, el conocimiento para dar respuesta territorial en todos los frentes con respecto a la pandemia. La opción de respuesta preferencialmente dicotomizada “conoce o desconoce” y algunas opciones de respuesta abierta aclaratoria. Se empleó esta estructura a fin de facilitar el diligenciamiento y poder disponer de insumos para el grupo focal.

Posterior a ello, para una segunda fase, se socializó el resultado de la encuesta a un grupo de expertos en el tema con participación de representantes de la academia, los servicios y la atención a fin de reflexionar sobre desafíos, retos e importancia de la APS en las circunstancias de ese momento.

Para esto, se conformó un grupo focal, al que fueron convocados 40 profesionales con trayectorias en posiciones de liderazgo del sector. Fueron seleccionadas 12 participantes claves de agremiaciones de salud, académicos y expertos en APS internacional con acompañamiento de funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Colombia. Este grupo focal se estableció a partir de los insumos de la encuesta para reflexionar y orientar acciones para el fortalecimiento de la APS en el sistema de salud colombiano. Se mantuvo el anonimato de los participantes y la sesión fue grabada con fines académicos y no divulgables a otros espacios. Para la presentación de los aspectos relevantes desarrollados en este grupo focal, se describieron líneas de aprendizajes que fueron complementados con el análisis descriptivo e interpretativo de la encuesta y preguntas orientadoras (cuadro 1). Todo ello conservando los postulados de la hermenéutica crítica y las aproximaciones a situaciones en contexto bajo la tensión conocida planteada por la pandemia y señaladas en categorías emergentes más adelante.

Cuadro 1. Elementos interpretativos y Preguntas orientadoras para el grupo de discusión

Elementos interpretativos y Preguntas orientadoras

1. Análisis y discusión de los resultados de la encuesta inicial.
2. ¿Cómo Colombia puede fortalecer cambios del modelo de atención basado en la estrategia de APS?
3. ¿Qué experiencias significativas están logrando resultados y lecciones relevantes en el camino de lograr una APS integral e integrada?
4. ¿Cómo considera que la APS a través de sus equipos de salud en los territorios se ha integrado efectivamente en el proceso de contención y mitigación de la pandemia de **Covid-19**?
5. ¿Cómo los entes territoriales de salud están preparados para implementar la estrategia de APS? ¿Está incluida en sus planes de desarrollo?
6. ¿Qué medidas de bioseguridad están implementando los equipos extramurales de vigilancia en salud pública?
7. Conclusiones, lecciones aprendidas y recomendaciones.

APS: Atención Primaria en Salud.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Aspectos éticos: para este estudio se tomó en cuenta la Guía internacional de ética para estudios epidemiológicos, preparada por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra, 2009. Respetando los principios éticos principales de los estudios epidemiológicos que involucran seres humanos, especialmente para salvaguardar la confidencialidad y la veracidad de los datos. Asimismo, el protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Norte, acta 210 de 2020.

RESULTADOS

Exploración de la Atención Primaria en los territorios y respuesta a la primera ola de COVID-19

El 34,8 % (79) de los participantes en la encuesta laboraba en instituciones prestadoras de salud; el 17,6 % (40) estaba laborando en secretarías locales o departamentales de salud; el 41,0 % (93) se desempeñaba en actividades académicas; el resto eran profesionales con actividades mixtas. De este grupo, el 13,7 % asumía competencias de dirección o administración de servicios de salud, respectivamente, y el 58,1 % asumía actividad de prestación de servicios.

Tabla 1. Participación en actividades y roles de la Atención Primaria

Característica	N (%)
Formación/capacitación en APS	206 (90,7)
Antecedente de trabajo en Atención Primaria	173 (71,8)
Trabajo en equipos interdisciplinarios para la promoción de la salud en coherencia con MIAS/MAITE (marcos de actuación del sistema de salud)	163 (71,8)
Comunidad involucrada en las acciones de APS	187(82,4)
Comunidad sin conocimiento/no involucrada en acciones de APS	40 (17,6)

APS: Atención Primaria en Salud; MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud; MAITE: Modelo de Acción Integral Territorial.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Como se aprecia en la tabla 1, los participantes expresaron que la mayoría había recibido entrenamiento o capacitación en temas de APS, tres cuartas partes aproximadamente se habían desempeñado o desempeñaban labores en esta área y, de igual manera, conocían cómo articular el trabajo de grupos de varias disciplinas en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad teniendo en cuenta el modelo político de atención integral en salud (MIAS o MAITE para desarrollo de este en el territorio). Sin embargo, se reconoció que la participación de la comunidad se involucraba en un 31 % y parcialmente en un 51 %.

Tabla 2. Creencias y participación en Atención Primaria frente a COVID-19

Característica	N (%)
Establecimiento de acciones de educación para la salud	225 (99,1)
Aseguramiento de la atención de pacientes con ECNT	224 (98,7)
Atención urgente de las madres gestantes y recién nacidos	223 (98,2)
Prioridad del cuidado de niños y adolescentes	214 (94,2)
Implementación urgente de programas VSP y estudios de casos	211 (92,9)
Existencia de Planes Institucionales “adaptados” en APS para la contención y mitigación del COVID-19	80 (30,5)
APS “adaptada” en programas focalizados por grupo etario	64 (28,2)
APS “No adaptada” en programas focalizados por grupo etario	91 (40,1)
APS “adaptada parcialmente”	72 (31,7)

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles; VSP: Vigilancia para la Salud Pública; APS: Atención Primaria en Salud.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Como se aprecia en la tabla 2, con respecto al conocimiento y desarrollo de acciones de APS en salud en los territorios, el 30 % manifestó que se disponía de un plan adaptado para enfrentar la Covid-19 para la contención y mitigación. Se identificó que la APS estaba adaptada para niños, adolescentes y adultos mayores en un 28 % y de manera parcial en un 31,7 %. La mayoría de los participantes expresó que se requería implementar acciones urgentes en vigilancia en salud pública, el manejo y atención para pacientes con enfermedades crónicas, al igual que atención en gestantes y recién nacido. Es de resaltar que aproximadamente la totalidad de los encuestados expresaron la necesidad de educación para la salud.

Tabla 3. Actividades especiales y adaptadas de Atención Primaria frente a la Covid-19

Característica		N (%)
Utilidad de la Telesalud en el territorio	Útiles	166 (73,1)
	Parcialmente útil	49 (21,6)
	No tendría utilidad	12 (5,3)
Si se cuenta con entidades haciendo Telesalud en su territorio		144 (63,4)
Si existen equipos de visita domiciliar organizada		121 (53,3)
Organización del suministro y entrega de medicamentos a las casas	Sí	31 (13,7)
	Parcialmente	73 (32,2)
	No	123(54,2)
Las universidades si apoyan a los equipos de APS		104 (45,8)
Universidades con acciones territoriales en pandemia*		121 (53,3)
Cárceles/sitios de reclusión con acciones en APS		53 (23,3)
Existencia de planes y recursos para la post pandemia		83 (36,9)
La APS está bien establecida para responder a los problemas de salud en la pandemia		68 (30)

APS: Atención Primaria en Salud. (*): residentes e internos y estudiantes de último año en territorios integrados a proceso de Educación para la Salud. Líderes comunitarios formados por la Universidad y procesos de telesalud apoyados por la Universidad.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Como se observa en la tabla 3, con respecto a implementar otras actuaciones que favorecieran adherencia e impacto en APS, aproximadamente 3 de 4 participantes destacaron la utilidad de la telemedicina, la teleducación y la tele-orientación en su territorio como actividades incluidas en el término “telesalud”. El 63 % reconoció que se desarrollaban actividades de telesalud en sus territorios. Con respecto a los equipos para apoyar la APS, aproximadamente la mitad reconoció la existencia y participación organizada de estos en su territorio. Con relación a la entrega de medicamentos en casa, la mitad de los participantes expresó la ausencia de este servicio. El 45 % de los participantes identificó que las instituciones académicas de nivel superior estaban trabajando para apoyar equipos de APS en los territorios; identificando diversas actuaciones que dichas instituciones favorecían a la APS con la participación de talento humano formado para acceder a

territorios rurales y dispersos, integrándolos en los equipos de salud para promover educación para la salud y apoyo en comunidad, y con tecnologías de educación y comunicación. Se identificó una baja capacidad para integrar actuaciones de APS en sitios de reclusión y en sujetos privados de libertad, se identificó debilidad en planes y recursos de las secretarías de salud y desde la acción gubernamental desde los territorios para responder a la pandemia.

Aprendizajes sobre el manejo de la pandemia

Los aprendizajes, construidos con base en el grupo focal, fueron recogidos y organizados en tres categorías emergentes (tabla 4) por la necesaria adaptación de los sistemas y servicios en momentos de alta incertidumbre como los reconocidos por la pandemia en su primera ola. Las sociedades y las naciones en general le dieron relevancia a la salud pública por los ingentes esfuerzos y aportes en las acciones de vigilancia epidemiológica, y el cuidado en casa en forma presencial y virtual.

Se requería de una respuesta fundamentada en la APS con enfoque de salud familiar y comunitaria a gran escala enmarcado dentro de un mercado con limitaciones, y que para la extensión y diversidad de un país como Colombia requería, según el Ministerio de Salud y Protección Social, de por lo menos 6000 equipos interdisciplinarios (multidisciplinarios e interprofesionales) ubicados en todo el territorio nacional con unidades de salud familiar y comunitaria interconectadas, y con capacidades de fomentar las acciones de captación, vinculación y permanencia en cada territorio.

La adaptación requería visualizar el financiamiento para el próximo decenio de un número importante y masivo de funcionarios de todas las profesiones, técnicos y gestores comunitarios financiados en forma regular, oportuna y con estabilidad los 365 días al año, así como avanzar y consolidar una red de telesalud familiar y comunitaria para incentivar, desarrollar y hacer uso de redes sociales con mensajes y herramientas pedagógicas que involucren a la comunidad en su participación y entendimiento.

La técnica de recolección de información orientada a grupos focales permitió además que los participantes dispusieran de elementos y acciones basadas en la experiencia de casos y ejemplos que en la interacción favorecieron la identificación de las categorías descritas a continuación:

Tabla 4. Tabla resumen con las categorías y subcategorías de las lecciones aprendidas sobre el manejo de la pandemia

Categorías emergentes	Subcategorías
Gestión de la salud pública	Reposicionamiento de la salud pública territorial
	Atención Primaria Orientada a la Comunidad con crecimiento y diversificación de servicios en situaciones de emergencia
Gestión social y participativa del conocimiento para la APS (por ejemplo, con enfoque de género)	<i>APS resignificada: de una atención selectiva de enfermedades mercantilizadas hacia otra basada en el derecho fundamental a la salud y con plena participación social.</i>
	<i>Ciudadanía, adolescentes, maestros y su rol en la Atención Primaria, por ejemplo, el rol de las mujeres en la APS.</i>
	<i>APS inserta en los planes de estudio con énfasis en la cultura del cuidado.</i>
Gestión del talento humano para la salud pública	<i>La bioseguridad y los contratos dignos y estables de los trabajadores de la salud con pago oportuno son condiciones imprescindibles de éxito para la respuesta a situaciones cotidianas y extremas.</i>

APS: Atención Primaria en Salud.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Esta realidad pandémica debía propiciar actuaciones de telemedicina, tele farmacia, tele ayudas y crecer en la telesalud pública digital que favoreciera el acompañamiento y asistencia de servicios de salud familiar, individual y ambiental en los hogares, acelerando la respuesta asertiva ante la desesperanza humanitaria ocasionada. En este sentido, la tabla 4 recoge tres categorías emergentes y seis subcategorías que reflejaron y reforzaron en coherencia los hallazgos exploratorios cuantitativos encontrados tras la saturación de los testimonios de los participantes y son explicados más adelante.

Reposicionamiento de la salud pública territorial

La gran mayoría de las EPS (Entidades Prestadoras de Salud) no tenían preparación y están en adaptación rápida para atender pandemias. Las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud), tanto públicas como privadas, perdieron su capacidad de funcionar en redes colaborativas y solidarias, y fueron débiles en las acciones integradas e integrales de promoción y mantenimiento de la salud. Este hecho generó la necesidad de redimensionar y refinanciar la APS con enfoque de salud familiar y comunitaria a la brevedad posible bajo un comando único de la autoridad sanitaria en los departamentos y los municipios, independiente de los procesos de autorización de la EPS y de los modelos de facturación que habían generado incentivos y modos de producción perversos y deformadores de la realidad y de las respuestas a las necesidades colectivas e individuales bajo el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

La salud pública debería ser fortalecida, reforzada, refinanciada y reformada a la brevedad posible para superar la debilidad observada durante la pandemia en la mayoría de los territorios departamentales y municipales. Esto implica pensar en una reforma estructural, que desligue el funcionamiento de la salud pública y de la APS de las EPS intermediarias. Es y será imprescindible incentivar el funcionamiento pleno de redes integradas de prestadores de servicios de salud con mando único en los territorios para lograr la armonía y sinergia requerida entre las acciones de salud pública y la prestación de servicios de salud utilizando todos los aprendizajes ganados con la telesalud.

Los expertos coincidieron principalmente en:

- a) Avanzar hacia la gobernanza de la salud en territorios con amplia participación entre los actores para lograr avances efectivos y eficientes.
- b) Garantizar el financiamiento amplio y suficiente para la APS en forma continua para lograr servicios oportunos, por equipos estables los 365 días al año.
- c) Propiciar el compromiso sostenido de la academia para la formación interprofesional en salud y el desarrollo de prácticas colaborativas (interprofesionales de la salud) en territorios concretos en asocio con las IPS.

- d) Intensificar la alfabetización y la abogacía en salud para propiciar el empoderamiento de los ciudadanos para asimilar y comprender las medidas de salud pública, individual y colectiva, que permiten mejorar su calidad de vida, según análisis informado de problemas y necesidades.
- e) Lograr que los avances de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) faciliten el seguimiento y la integridad de las acciones coherentes para individuos, familias y comunidades para mejorar los enlaces y los vínculos entre los diferentes actores para reducir al máximo la fragmentación.

Atención Primaria Orientada a la Comunidad con potencial de crecimiento y diversificación de servicios en situaciones de emergencia

La pandemia por Covid-19 abrió oportunidades de cambio para dar respuesta integral a esta enfermedad y a otras ya prevalentes en los países y sus comunidades, con necesidades diferenciadas, según su grado de desigualdad y diversidad cultural que afectan en forma diversa a grupos vulnerables.

Sin duda, el Covid-19 mostró la gran presión sobre las autoridades municipales y sus secretarías o dirección locales de salud, la cual requirió un esfuerzo adicional de sus funcionarios, incluyendo la solicitud de voluntarios, recursos adicionales y apoyo de las universidades. Este hecho conllevó a sopesar en replantear y resignificar el rol de la autoridad sanitaria, por lo tanto, urge actuar, en el corto y mediano plazo, en la acción operativa para que se fortalezca la salud pública en los territorios. De igual manera, durante la reapertura, es decir, el regreso a las actividades económicas y sociales, se garanticen puestos de trabajo permanentes para cubrir necesidades de salud comunitaria, postergadas por la Covid-19, que requieren de atención inmediata (dengue, enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental, VIH y otras).

El estímulo de la responsabilidad social universitaria en un concepto renovado para que, junto al sector privado, las comunidades y organizaciones de la sociedad civil, propicien el trabajo solidario e interdisciplinario, para lograr innovación y soluciones asertivas a las necesidades específicas de cada comunidad.

Se propuso que se instalen mesas de trabajo territorial para planificar el presente y futuro de la gestión de salud pública, gestión de riesgo y gestión de la promoción de la salud, para que se integren en equipos interdisciplinarios dotados de la mejor tecnología y capacidades resolutivas para fomentar en Colombia una nueva fase de la salud pública. Trabajar en este sentido, para el nuevo Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, logrando incluir el cambio del modelo para generar un balance de acciones entre lo individual, familiar y comunitario, y las atenciones de cuidado temprano de las enfermedades, permitiría un salto cualitativo deseable para el sistema de salud en Colombia, en la óptica de los derechos humanos y la incidencia en los determinantes sociales de la salud, junto al estímulo de una cultura participativa e innovativa para construir una nueva semblanza de la salud que protege la salud y la vida.

APS resignificada: de una atención selectiva de enfermedades mercantilizadas hacia otra basada en el derecho fundamental a la salud y con plena participación social

La APS resurge como necesaria en momentos de la Covid-19 como estrategia de gran utilidad, y así lo han demostrado algunas experiencias para lograr mejores resultados, cuando se cuenta con equipos de salud con experiencia y estabilidad, con mando único, procesos de contratación de talento humano dignos, equipos extramurales que trabajan en territorios reconocidos, pago sostenible a una oferta de servicios que se enlaza con procesos de cuidado de la vida y la salud en los entornos, aplicación del cuidado continuo por medio de acciones integradas e integrales con énfasis en la prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria, y medición de resultados en función del impacto sobre condiciones de vida, reducción de enfermedades evitables, y adherencia a tratamientos y cambios de estilos de vida.

La APS no es facturable, es un ejercicio integral en el que priman valores, resultados de mediano plazo, procesos participativos de confianza, con equipos estables y capaces de reflexionar, innovar para lograr cohesión, y coherencia colaborativa e inteligente para resolver con capacidades problemas y necesidades cambiantes.

Ciudadanía, adolescentes, maestros y su rol en la Atención Primaria, por ejemplo, el rol de las mujeres en la APS

Es importante mencionar que el grupo posicionó elementos de valor social: el género de ser mujer en su mayor proporción que demanda dinamismo, compromiso y preferencia hacia la promoción y prevención, generando una profunda reconversión de los profesionales jóvenes, recién egresados y otros interesados orientados al trabajo orientado a individuos, familias y comunidades en territorios concretos ligados a las metas de la salud pública.

APS inserta en los planes de estudio con énfasis en la cultura del cuidado

Colombia, al parecer en la última década ha ganado en la capacitación y formación en APS a través de diversas iniciativas desde la academia y las instituciones de salud. Los resultados de la percepción de trabajadores en APS indican que es necesario hacer esfuerzos mayores para lograr niveles altos de participación social y comunitaria para avanzar en la APS en Colombia. Se recomendó continuar con investigaciones para mejorar las evaluaciones sobre los conocimientos ligados a la salud pública y la APS. Lo anterior señala la relevancia de incidir en los programas académicos de las universidades y en los profesionales de salud egresados en las cohortes 2015 y 2020, para garantizar un acercamiento más profundo sobre los procesos de cuidado de la salud-enfermedad en forma interdisciplinaria a nivel de las comunidades y las familias.

La bioseguridad y los contratos dignos con pago oportuno son condiciones imprescindibles para enfrentar situaciones extremas con éxito

La APS tiene un gran potencial para apoyar y dar respuesta en los equipos de respuesta inmediata para atender la emergencia de Covid-19.

La encuesta identificó que el 53,3 % de los respondientes conoce que existen equipos que visitan o hacen visitas domiciliarias. El estudio no explora si esta cobertura es suficiente o se requiere ampliarla. A inicios de junio, tan solo un 26.9 % respondió que los equipos cumplían normas de bioseguridad, lo cual indicaba la urgencia de garantizar los Equipos de Protección Personal (EPP) para los trabajadores de salud comunitaria.

En su momento, algunas sociedades científicas en el país alertaron sobre la disponibilidad y uso de EPP al Gobierno nacional, a las ARL y a las instituciones sobre la urgente necesidad de proteger

al personal de salud en el ejercicio de sus funciones. Llamado que logró el objetivo de mejorar condiciones de trabajo.

DISCUSIÓN

Este estudio identificó aspectos relevantes que soportan las bases para fortalecer la Atención Primaria en Colombia, y están relacionados con la participación de profesionales formados en APS y el involucramiento de la comunidad en las acciones. Sin embargo, el escaso rol de esta última en el diseño e implementación sitúa el empoderamiento y la sostenibilidad en una línea frágil. Durante la pandemia se identificaron debilidades en la organización, prestación de servicios y una escasa innovación entre instituciones de salud, comunidades y redes que fueron afectadas negativamente para asegurar la asistencia sanitaria; por ejemplo: sujetos con enfermedades crónicas, gestantes, niños y adolescentes; ejemplos diferentes son las innovaciones desarrolladas en algunos países del entorno europeo para enfrentar la pandemia y articular la red de APS (12); así mismo, el país requiere una transformación del modelo de salud y de la atención (16) e impactar en fortalecer la atención primaria en la formación (17,18); destacando varios aspectos que se alinean con la postura de algunos investigadores y la evidencia de Cochrane Iberoamérica (19): integralidad de la atención, centrarse en comunidades, familias / personas junto con el enfoque de cuidado y articular una vigilancia adaptada con servicios y secretarías de salud resilientes con gobernanza adaptada (20-23).

Entre las principales fortalezas del estudio, la investigación permitió tener la exploración de información relevante sobre la situación por Covid-19 y la importancia de incorporar procesos de APS en el país para responder a la pandemia, tanto en los tomadores de decisiones como también en el personal sanitario y en formadores del talento humano en salud en el país. Esto argumentado por las medidas adoptadas en Colombia, que contrastan con experiencias exitosas a nivel mundial, las cuales adoptaron la APS como el principal eje de acción para enfrentar la pandemia, mediante acciones comunitarias, intervenciones en salud mental, la implementación de acciones de telemedicina, y la prestación de servicios de salud armonizados entre los problemas de salud desatendidos y profundizados por la pandemia (24-26). Por lo cual, la información recabada en esta investigación provee de información importante para revitalizar la APS en el país.

Por otro lado, a pesar de aplicar un instrumento y realizar la reflexión con un grupo de expertos en la materia, la información de la encuesta mostró la percepción de personal que conoce la realidad de sus territorios, quienes decidieron responder la encuesta, sin embargo, una muestra no probabilística y su muestreo por conveniencia puede tener limitaciones para generalizar los resultados del estudio. Así mismo, a pesar de contar con algunos tomadores de decisiones a nivel local en la exploración, y algunos representantes a nivel nacional en el grupo focal, no se establecieron compromisos vinculantes para ajustar las acciones hacia la APS.

Así mismo, la gestión de APS debe ser prevista con marco de acción de una política de carácter estatal en cuyo orden superior prevalece por encima de las tensiones político-partidistas y canaliza la gestión de los recursos públicos, esto es, de los bienes comunes, para proteger en esencia la salud y la vida, y, por lo tanto, debe contar con un financiamiento sostenible e independiente con indicadores y metas que muestren la transformación productiva de una sociedad que avanza hacia un mundo más saludable y de cuidado temprano de las enfermedades cercano a las personas, familias y comunidades.

La situación de pandemia cambió las formas de relacionarnos, y especialmente para el sector salud en sus distintas dimensiones o niveles. Inicialmente, los ajustes se desarrollaron desde los ministerios de salud y se centralizó la atención a nivel hospitalario. Mientras avanzaba la pandemia, se devolvió a los entes locales de salud la atención, enfocándose a partir de la capacidad de respuesta en la APS, en especial la atención domiciliaria. Fruto de ello, se han observado respuestas diversas en países europeos con diferenciación en la atención primaria (12,20).

Los profesionales y los técnicos de la salud remunerados dignamente y con sentido de pertenencia en los territorios de su vida profesional podrían generar un nuevo modo de vivir para servir y construir nuevas dinámicas organizacionales para atender necesidades y reconstruir la salud en la lógica del cuidado de la gente, por ellos mismos y los otros, el cuidado del planeta y el cuidado de los principios ligados a la paz, la justicia social y el bien común (8,27).

Como principales recomendaciones de la investigación, en situaciones no previstas, de emergencia, de magnitudes globales como esta pandemia, establecer rutas de seguimiento a los aprendizajes de la respuesta social e institucional hacia la búsqueda de sistemas de salud resilientes se hace necesario, usando multiplicidad de técnicas de investigación; ello reivindica, por un lado, la voz

de los actores en el terreno, las brechas entre los hacedores de política y los decisores, pero sobre todo, establece acciones para fortalecer la gestión social del conocimiento para la salud pública en un sentido amplio. En tal sentido, se propone que los repositorios de conocimiento acelerados y jamás antes creados para comprender la situación desatada por Covid-19, incluyan los reportes científicos de índole similar a estos, que puedan inspirar más allá de exploraciones, indicadores de liderazgo, apropiación y colaboración para la acción fundamentada en la APS. El manejo integrado de la primera ola como línea de base en cualquier territorio requerirá comparaciones intra- e inter localidades para la eficiencia del gasto en salud y nuevas rutas de intervenciones comunitarias aceptadas por los prestadores de servicios.

Para finalizar, no basta con evidencia epidemiológica, esta pandemia deja tras su paso oportunidades para la transdisciplinariedad y retos para asuntos como los que se ponen de manifiesto, como la crisis eco social global, que para lo concerniente a las lecciones aprendidas se deben orientar investigaciones que revisen en profundidad los procesos de formación en los pregrados y posgrados y sean concluyentes para incentivar el trabajo interdisciplinario con énfasis en las acciones individuales, familiares, comunitarias y ambientales con capacidad resolutoria y conectada a las redes de servicios, para dar oportunidad e integridad de la atención de la más alta calidad (28).

CONCLUSIONES

El consenso de expertos, la opinión de los encuestados y la experiencia internacional indican que implementar la estrategia de APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, permite mejorar los resultados en salud. Es recomendable incrementar los equipos interdisciplinarios estables y con continuidad en los territorios, ligados a procesos participativos, para atender en forma integral las necesidades de los individuos, familias y comunidades. Se requiere un esfuerzo unificado de todos los actores del sistema, para lograr comando único, equipos estables, y uso de tecnologías modernas de comunicación. Las universidades, agremiaciones e institutos tecnológicos deben estar ligados a esta estrategia para que cada una de ellas participe con responsabilidad social trabajando en territorios escuela. El financiamiento de la estrategia debe unificarse para lograr continuidad y suficiencia por cada territorio para estabilizar el trabajo de los equipos de salud.

Agradecimientos. A los profesionales Yolanda Zapata, Naydú Acosta, Rafael Valencia, Iliana Curiel, Grey Ceballos, John Jairo Estrada, Miguel Casanova y a la Asociación Colombiana de Salud Pública (ACSP).

Roles de contribución. Todos los autores estuvieron en las fases de conceptualización, diseño de la metodología, redacción y preparación del borrador original. EEHR: apoyó el uso de *software*, análisis formal de la investigación, curación y custodia de los datos, visualización, supervisión. Todos los autores prepararon el informe final.

Declaración. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Norte (acta 210 de 2020) y también hace parte del proyecto MED-342-2023 de la Universidad de La Sabana.

Conflictos de intereses. Los autores declaran no tener conflicto de intereses con la publicación de este artículo.

Financiamiento. Los autores no recibieron financiamiento para el desarrollo de esta investigación.

REFERENCIAS

1. Sánchez-Duque JA, Arce-Villalobos LR, Rodríguez-Morales AJ. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta. *Aten Primaria*. 2020;52(6):369-72.
2. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramírez N, Parada-Lezcano M, Ríos G, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica? *Trab Educ E Saúde*. 2021;19:e00310142.
3. Agudelo-Calderon C, Cardona-Botero J, Ortega-Bolaños J, Robledo-Martínez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde*. 2011;16(6):2817-28.
4. Medeiros de Figueiredo A, Daponte A, Moreira DC, Gil-García E, Kalache A. Letalidad de la COVID-19: ausencia de patrón epidemiológico. *Gac Sanit*. 2021;35(4):355-7.
5. Placeres-Hernández JF. Pesquisa activa, contribución desde la Atención Primaria de Salud para el control de la COVID-19. *Rev Med Electrón*. 2020;42(4):2148-59.

6. Atencio P, Sánchez-Torres G, Palomino R, Branch J, Burgos D. Arquitectura conceptual de plataforma tecnológica de vigilancia epidemiológica para la COVID-19. *Campus Virtuales*. 2021;10(1):21-34.
7. Congreso de Colombia. Ley 1438.
8. Guerrero E, Tuesca R, Hernández E. Décadas perdidas y ganadas de la Atención Primaria de la Salud (APS): el sentir, la necesidad y sus antecedentes en la ruta de la Constitución del 91. En: *El derecho fundamental a la salud y la seguridad social a 30 años de la Constitución Política de 1991: retos y aprendizajes*. Otálvaro G y Guerrero J, editores. Medellín: Universidad de Antioquia Fondo Editorial FCSH; 2022.p.330-57.
9. Franco-Giraldo A. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. *Rev Salud Pública*. 2012;14(5):865-77.
10. Apráez Ippolito G. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Polis*. 2010;27. Disponible en: URL: <http://journals.openedition.org/polis/958>.
11. Bendezu-Quispe G, León F, Moreno J, Inga-Berrosipi F. Characteristics of compulsory service programs for medical professionals in the Andean states. *Medwave*. 2020;20(02):e7848-e7848.
12. Ares-Blanco S, Astier-Peña MP, Gómez-Bravo R, Fernández-García M, Bueno-Ortiz JM. El papel de la atención primaria en la pandemia COVID-19: Una mirada hacia Europa. *Aten Primaria*. 2021 oct;53(8):102134. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102134>.
13. Moreno-Gómez G. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud -MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? *Revista médica Risaralda*. 2016;22(2):73-4.
14. Sanz-Almazán M, Rodríguez Ledo P. En representación de la Comisión Permanente de SEMG 2019-2023. Conocimiento y percepción de las medidas adoptadas frente a la COVID-19 por los profesionales de atención primaria al inicio de la pandemia. *Med Gen Fam*. 2020;9(3):95-103.
15. Hernández-Aguado I, García AM. ¿Será mejor la salud pública tras la COVID-19? *Gac Sanit*. 2021enero;35(1):1-2.
16. Vega Romero R. Atención primaria en salud y Covid-19. *Hacia. Promoc. Salud*. 2020; 25 (2): 17-9. doi:10.17151/hpsal.2020.25.2.3
17. León-Martín A. Covid19, una nueva etapa de liderazgo perdido. *Rev Clin Med Fam*. 2020; 13 (2): 114-5

18. Hernández E, Acevedo P, Ávila P, Sánchez J, Quiroga M. La salud pública como pilar para la educación de los profesionales de salud en Colombia. *Edu Med Super*. 2020;34(1):1-16
19. Cochrane Iberoamerica. ¿Cuáles son los efectos colaterales del confinamiento para evitar la COVID-19 en las personas mayores y las medidas para prevenirlos o tratarlos? 2020. Disponible en: <https://es.cochrane.org/es/cuales-son-los-efectos-colaterales-del-confinamiento-para-evitar-la-covid-19-en-las-personas>.
20. Solera-Albero J, Tarrága_López P. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca en la crisis del coronavirus. *JONNPR*. 2020;5(5):468-72. doi: 10.19230/jonnpr.3655.
21. Álvarez Sintés R, Barcos Pina I. La pesquisa activa y la Atención Primaria de Salud en el enfrentamiento a la COVID-19. *Rev haban cienc méd [Internet]*. 2020; 19(5): e3559. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3559>.
22. Hernández E, Lamus F, Carratalá C, Orozco D, Jaramillo C, Robles G. Building Community Capacity in Leadership for Primary Health Care in Colombia. *Medicc Rev*. 2017;19(2-3):65-70.
23. Calderón-Gómez C, Betancurth Loaiza DP. Atención Primaria de Salud: una mirada global para orientarnos en lo local. *Rev. salud pública*. 2021;23(5):1-6. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/85333>.
24. Hernández-Bello A, Agudelo-Londoño S. La pandemia de COVID-19 en Colombia y los desafíos de la respuesta sanitaria. *Rev Geren y Pol de Salud*. 2021;20:1-6. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.covid>
25. Hernández E, Pimentel J, Aramendiz M, Araujo R, Roa, J. Description and analysis of primary care-based COVID-19 interventions in Colombia. *Medwave*. 2021;21(3):1-11. DOI: 10.5867/medwave.2021.03.8147.
26. Hernández E, Acevedo L, Barbosa S, Torres J, Hernández F, Rojas N. Telesalud en Colombia en tiempos de COVID-19. *Inf Cienci Salud*. 2022;33:1-21.
27. Barbosa S, Ramos N, Hernández E, Baquero R, Romero A, Buitrago L. Situación y salud laboral de los pediatras en Colombia antes de la pandemia (2019). *Pediatría*. 2023;56(1):1-6.
28. Martínez-Rivera JR, Gras-Nieto E. Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma. *Enferm Clim* 2020. doi.org/10.1016/jenfcli.2020.05.003.