

Atención Primaria en Salud. Una mirada desde los profesionales de enfermería: Barreras, conocimientos y actividades. Barranquilla (Colombia)

Primary Health Care. A glance at nurses: Barriers, knowledge and activities. Barranquilla (Colombia)

Vanessa Bruno Rubio¹, Mariajosé Bustamante Llinás¹,
Alcira Jiménez Hamburger¹, Linda Maldonado Mendoza¹,
Ilubith Segura Barrios², Rafael Tuesca Molina³

Resumen

Objetivo: Determinar conocimiento, actividades y barreras en atención primaria en salud en profesionales de enfermería del nivel de atención básico en Barranquilla.

Materiales y métodos: Estudio transversal. Participaron 79 sujetos claves representativos que laboran en el primer nivel en instituciones públicas y privadas de salud de Barranquilla.

Instrumentos: encuesta ad hoc. Los datos se analizaron en SPSS versión 21 en español. Se realizó análisis descriptivo. Los participantes firmaron consentimiento informado.

Resultados: El 64,6 % presentó un conocimiento no aceptable con relación a APS (4,8/8,0 puntos posibles), y se observó que solo el 2,6 % logró una mejor puntuación (6/8 puntos). A medida que se avanza en experiencia laboral (más de 3 años) se incrementa el conocimiento ($p=0,05$). No se observaron diferencias en el conocimiento de acuerdo con el área de desempeño, nivel de formación y la edad. La mediana y frecuencia modal de barreras identificadas fue de 9/14; de ellas se desconoce el papel de políticas y aspectos administrativos relacionados con implementación, gestión y evaluación de la atención primaria en salud. Se observan debilidades en actividades de promoción, prevención, vigilancia epidemiológica y control ambiental

Conclusión: El nivel de conocimiento demuestra la necesidad de capacitación, movilización y empoderamiento con respecto a la atención primaria en salud para el profesional de enfermería. El desconocimiento de aspectos inherentes a política, planificación y gestión en APS dificulta la puesta en marcha de la misma en el territorio, lo cual obstaculiza el posicionamiento y rol de la enfermería en atención primaria.

Palabras clave: atención primaria de salud, educación en enfermería, conocimiento, barreras.

¹ Estudiante de pregrado de Enfermería, Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia).

² Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado de enfermería al paciente crónico. Docente del Departamento de Enfermería Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia).

³ Doctor en Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Salud Pública Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia).

Correspondencia: Rafael Tuesca Molina. Docente del Departamento de Salud Pública Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). rtuesca@uninorte.edu.co

Abstract

Objective: To determine knowledge, activities and barriers in primary health care nurses in the basic standards in Barranquilla.

Methods: Cross-sectional study. Participants were 79 key representative subjects working in the first level in public and private health institutions in Barranquilla. Instruments: ad hoc Survey. Data were analyzed using SPSS version 21 in Spanish. A bivariate analysis accompanied by proof of significance (chi square) was performed. Participants signed informed consent.

Results: 64.6% displayed insufficient knowledge regarding PHC (4.8 / 8.0 possible points), noting that only 2.6% achieved a better score (6/8 points). As one progresses through work experience (over 3 years), knowledge ($p = 0.05$) increases. No differences in knowledge according to the performance area, level of education and age were observed. The median and modal frequency of barriers identified was 9/14; The role of policies and administrative aspects related to implementation, management and evaluation of primary health care is unknown for the latter. Weaknesses were observed in advocacy, prevention, surveillance and environmental monitoring.

Conclusions: The level of knowledge displayed demonstrates the need for training, mobilization and empowerment with regard to primary health care for the nurse. Ignorance of aspects inherent to policy, planning and management in PHC hinders its implementation in the territory, which hinders the positioning and role of nursing in primary care.

Keywords: Primary health care; education nursing; knowledge, barriers.

INTRODUCCIÓN

La actividad sanitaria desde Alma Ata hasta nuestros días posibilita el posicionamiento de la atención primaria en salud en el contexto colombiano. Este resurgir está relacionado, de una parte, por la asunción del rol misional y conductor del Ministerio de Salud y de la Protección Social amparado en el marco legal vigente. El otro contexto obedece a los compromisos que el país adopta teniendo en cuenta la evidencia disponible y su quehacer a partir de la actuación en salud sobre los determinantes sociales. Y un tercer aspecto es la adopción y fragmentación de la estrategia de APS desde 1975 hasta nuestros días. Todo ello a fin de resolver en la medida de lo posible el 80 % de la problemática en el primer nivel de atención de salud privilegiando el bienestar del individuo y de la colectividad (1-4).

Colombia enfrenta una oportunidad de cambio y de actuación en salud, teniendo en cuenta el marco normativo vigente. La

Ley 1438 de 2011 establece que la APS estará constituida por tres componentes integrados, interdependientes e integrales: “los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. Asimismo, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 orienta acciones e intervenciones que superan y desbordan exclusivamente al sector salud; esta situación obliga a construir desarrollos normativos para establecer las condiciones e incentivos que permitan y promuevan la formación laboral del sector salud, salarios adecuados, formación continua y continuada, trabajo en equipo, resolutividad, desarrollo personal y profesional” (3).

En los países que se ha adoptado la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), esta ha generado una serie de transformaciones y adecuaciones en la red, en los prestadores, en los usuarios, en la formación académica y en la organización del sistema de salud. Por ello, desde la transformación del actuar del

equipo de salud es fundamental la incorporación del modelo de salud familiar y comunitaria en los equipos básicos, la flexibilidad y ampliación de la franja horaria de atención en salud, la introducción de modelos de historias clínicas, los sistemas de registros, la creación de protocolos y guías de atención familiar, la organización de actividades no asistenciales, habilitación y adecuación de espacios físicos asumiendo un enfoque teniendo en cuenta actuaciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad e intervención de factores de riesgo de tipo familiar, ambiental e individual. En síntesis,

... se busca con esta acción sanitaria esencial, que basada en métodos y tecnologías prácticas con validez científica y con aceptación social sea puesta al alcance de todos (familias e individuos) a un costo social sostenible y aceptable con participación plena de la comunidad a partir del desarrollo de autodeterminación y autoresponsabilidad. (1,4-10)

El papel del profesional de enfermería reviste interés para la implementación, gestión y planificación de los servicios de APS (7-10). Cabe señalar que este papel no es muy claro para los administradores y proveedores de servicios de salud y el trabajo en equipo no está articulado con los principios de la estrategia de APS. El desarrollo de esta estrategia plantea una adecuación de la mejora de la prestación del servicio, y fundamentalmente en las actividades de educación con énfasis en atención primaria en salud para el profesional de enfermería (1-14). Sin embargo, debido a las reformas y cambios en la reorganización del sistema de salud es necesario estimar en los profesionales de enfermería qué conocimientos poseen relacionado con la APS, qué barreras pueden identificar que limitan la implementación de esta estrategia y su percepción frente a la APS a partir de expectativas personales.

Una problemática que destaca la Organización Panamericana de la Salud (OPS) está relacionada con la escasez de profesionales de enfermería, y especialmente con formación en APS. Esta situación es de dimensión global, exige que las instituciones de educación superior y los centros de atención de salud deben desarrollar algunas políticas para retener profesionales y establecer algunos mecanismos de contratación diferencial o simplemente motivar a estos interesados (1-13).

Agencias internacionales y asociaciones gremiales abogan para que se integre el profesional de enfermería tanto en la planificación y gestión de APS como en liderazgo y desarrollo de esta estrategia. Por lo tanto, la actuación de enfermería estará orientada en la conquista de la promoción de la salud estructurada a partir de los principios de Alma Ata, las acciones de prevención, la recuperación y la rehabilitación de los individuos teniendo en cuenta sus necesidades, su entorno y el ciclo vital e individual.

Esta actuación debe generar en la academia, al igual que en los servicios e instituciones de salud, una correspondencia del nivel de formación y de las funciones del profesional de enfermería acorde con el marco normativo para hacer efectiva la APS de manera exitosa (8,15).

Por ello, es importante determinar el conocimiento, actividades y barreras que existen para la apropiación de Atención Primaria en Salud por parte del profesional de enfermería, con el fin de entender el proceso histórico que ha sufrido el desarrollo de este ejercicio profesional y de sus actores. Esta investigación surge de la multiplicidad de entendimientos sobre APS y la respuesta

incipiente a las implementaciones dado que no trasciende los planes de gobierno y metas internacionales. Las siguientes expresiones dan a entender este proceso, dado que se asume: "... si ustedes piensan en lo que debemos hacer y lo que nos han dicho de hacer se trata de lograr desarrollar programas de atención a los **pobres**, a los más vulnerables de los vulnerables" (secretario de Salud, 2011) (16); "Es la estrategia que permite que los servicios de salud con todos sus componentes lleguen a la comunidad eficientemente, con énfasis en p y p" (coordinadora de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, 2011) (16).

Esta investigación facilitará una línea de base para posteriores investigaciones relacionadas con conocimientos y barreras de desempeño en la atención primaria en salud del talento humano en el territorio.

Los resultados aportados por esta investigación se prevé que generen una masa crítica que posibilite acciones que fortalezcan las relaciones del trabajador de salud con los administradores y con el sector educativo, favoreciendo de esta manera un nuevo escenario expedito para la implementación apropiada de la APS integrada a redes integradas de servicios de salud (RISS) dentro del marco de la seguridad social en la región Caribe colombiana.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal a partir de encuestas directas dirigidas a profesionales de enfermería que laboran en centros e instituciones de salud del primer nivel público y privado en la ciudad de Barranquilla, durante el segundo semestre de 2013.

Se seleccionaron instituciones representativas de la ciudad que atiende aproximadamente el 95 % de la población (78 % es cubierto por el régimen subsidiado y 22 % por el contributivo).

La población accesible la conformaron 79 participantes voluntarios de siete instituciones de salud (cuatro de doce instituciones del sector público de la red distrital y tres de dieciséis instituciones privadas).

Se definieron como criterios de inclusión de los participantes: tener más de seis meses en el cargo, contrato activo al momento de la encuesta, tener contacto con personal y usuarios.

Esta investigación se clasificó con riesgo mínimo de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y contó con el aval del Comité de Ética de la Universidad del Norte, con la aceptación y autorización de las instituciones de salud de la ciudad de Barranquilla (Colombia), al igual que el consentimiento informado y firmado por los participantes.

Cabe señalar que se garantizó a los participantes la confidencialidad de la información con fines de tipo académico-investigativo y la no divulgación de forma institucional a fin de garantizar y proteger sus derechos y el de las entidades que facilitaron el acceso.

La fuente de información fue primaria y se empleó una encuesta *ad hoc* para valorar conocimiento; construida con ocho preguntas que abordan aspectos básicos de atención primaria en salud y se incorporaron unas preguntas de un cuestionario validado (14). Dicho cuestionario indagó aspectos funcionales para acciones relacionadas con APS

en la prestación de servicios asistenciales, tomado de *Funciones de enfermería en la atención primaria de salud*, de Torres M et al. (14), acompañados de datos personales.

Los instrumentos fueron validados y ajustados por expertos antes de su implementación; las preguntas de conocimiento se aplicaron a estudiantes de enfermería de último año para su confiabilidad.

Para identificar las barreras se utilizó una lista de chequeo para catorce posibles opciones donde se identificaban las que consideraban verdadera o falsa. Para clasificar conocimiento se consideró como adecuado obtener 5,7 puntos sobre 8, dado que algunas de las respuestas tenían puntuaciones individuales y otras tenían una única respuesta.

El procesamiento, la presentación y el análisis estadístico se realizaron mecánicamente, empleando el software Excel, para crear la base de datos, que se importó a IBM-SPSS v. 21 en español.

Los resultados se presentaron en tablas resúmenes univariadas y bivariadas de frecuencia para las características descritas.

RESULTADOS

Las características de la población estudiada son las siguientes: la razón de feminidad es 38,5: 1; la frecuencia modal de antigüedad es de 1 a 2 años en el 49,4 % y la frecuencia modal de edad preferencialmente se ubica entre 20 a 29 años.

Se identificó que la contratación preferencialmente en su gran mayoría es mediante contrato indefinido en el 86,1 %.

Con respecto a la formación complementaria, la formación de posgraduado fue baja en el 1,3 %, y se observa que la mayoría solo tiene estudios de pregrado (77,2 %).

Más de la mitad se desempeña en actividades en el área de hospitalización y consulta externa (67 %) (tabla 1).

Al valorar la puntuación de los ocho ítems, que abordan aspectos esenciales y básicos del concepto de atención primaria en salud, se observó que el 63 % de los participantes no superó o aprobó la prueba de conocimientos. La puntuación más alta se situó en responder adecuadamente el 85 % de los ítems. Cabe señalar que los aspectos básicos relacionados con la atención primaria en salud son deficientes en la tercera parte de la población estudiada. El 14 % desconoce que la sigla "APS" significa atención primaria en salud. Asimismo, en el contexto histórico, el 32,9 % desconoce que APS surgió de la Conferencia de Alma Ata en Kazajistán (antigua Unión Soviética) en 1978 (tabla 2).

El 79,7 % de los encuestados reconoce que la APS se debe realizar en todo el sistema general de seguridad social en salud en el territorio colombiano. Sin embargo, uno de cada cuatro participantes identificó el acceso universal como elemento esencial y fundamental de la APS, lo que garantiza eliminación de barreras geográficas, financieras, socioculturales y estructurales dentro del sistema de salud (tabla 2).

Con respecto del trabajo en equipo, los participantes desconocen que la APS requiere flexibilidad en la dinámica de trabajo, autonomía técnica de carácter independiente y estrategias de comunicación. Con estos tres elementos se posibilita competencias y

capacidades para poder generar profundos cambios en el modelo y en el sistema de salud. No obstante, la mitad de los participantes (57,0 %) vislumbra la APS bajo una estrategia que debe ser desarrollada con participación del sector público y del privado. Por otra parte, la mitad de ellos conceptúa que las actividades deben ser de tipo promoción y el 44 % de prevención; en contraste, si bien es cierto que la expresión "P y P" de promoción y prevención se relaciona con APS, los participantes no la identifican en este constructo (tabla 2).

A partir del punto de corte para conocimiento se analizó de manera dicotómica el conocimiento de APS contrastado con variables personales: sexo, antigüedad, edad, tipo de contrato, nivel de formación y actividad laboral. Se destaca que a mayor antigüedad se incrementa el nivel de conocimiento (chi cuadrado 12,77; $p=0,05$); para las demás variables no se encontró asociación estadística.

Los profesionales de enfermería identifican con respecto las barreras que las políticas y programas actuales limitan la equidad en salud (45,6 %). Reconocen estrategias para abordaje de información en el 41,8 %. Se identifican barreras geográficas, económicas y organizacionales en el 72 %. Identifican que se realizan actividades relacionadas con promoción y prevención en el 31,6 %. Es relevante que las instituciones disponen de mecanismos para contactar telefónicamente a los usuarios en casi una tercera parte (72,2 %). Los sujetos esperan más de treinta minutos para ser atendidos en estos servicios (70,9 %). La mayoría de los funcionarios expresaron que le informa al usuario mecanismos para el cambio de IPS (91,1 %); de manera similar, los profesionales están interesados en la calidad del servicio (82,3 %) y las IPS realizan acciones

para conocer la efectividad de los servicios y programas. El abordaje es multidisciplinario y el ambiente de trabajo garantiza servicios y sostenibilidad en el 75,9 %. Las políticas de calidad son adecuadas en el 44,3 %. Los mecanismos de evaluación continua que facilitan la adaptación de los trabajadores de salud a los nuevos escenarios y a las necesidades cambiantes de la población se estiman en el 41,8 % (tabla 3).

En la tabla 4 se detalla la autovaloración del profesional de enfermería en atención primaria con actividades propias de su actuación. Las actividades que preferencialmente desarrollan con mayor frecuencia corresponden al análisis de situación de salud de la familia y de la población adscrita a sus instituciones (76,9 %), el manejo de la historia clínica y la valoración de su información (74,4 y 97,4 %, respectivamente). Las actividades de menor ejecución corresponden a elementos centrales de la APS: ejecución de actividades de promoción y prevención a las familias, individuos y colectividad (33,3 %). Baja participación en los programas de vigilancia epidemiológica (20,5 % los desarrollan muy rara vez y 32,1 % siempre). Se limita la ejecución de programas de salud que permitan solución a problemas en salud, al igual que el pobre desempeño en actividades de asesor o consultor en materia de salud. De otra parte, se expresa menor participación en actividades de rehabilitación y tareas de control ambiental (24,4 % rara vez).

DISCUSIÓN

Es preciso anotar que estos resultados se deben valorar de manera limitada, debido a la característica del tamaño de la muestra, sin embargo, puede ser de interés para aquellos territorios que transiten en la estrategia de APS, al igual que para gestores que ofrecen

paquetes de salud fragmentados. De otra parte, la voluntariedad de los participantes favorece identificar elementos del entorno que son susceptibles de modificar. Además, los resultados de esta investigación son de interés para los tomadores de decisión y para la academia.

Con respecto al nivel de conocimientos en los participantes se identifica una apropiación de la APS diferenciada en el país que refleja una disparidad. Este es el reflejo de la implementación de normativas desde la visión compartida en Alma Ata hasta nuestros días. Se espera que aquellos profesionales que llevan más tiempo de desempeño profesional reconozcan qué pretendía APS en la década de los años 80 (Ley 10 de 1990 y la creación de SILOS: sistemas locales de salud para la promoción de la salud) y las nuevas reformas: la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, que posibilitan una visión distinta.

Este resultado privilegió exclusivamente el enfoque de atención de morbilidad y con ello se generó pobre atención a la promoción y prevención (3,15-19). Por lo tanto, se debe resaltar que el país durante este lapso de transformación normativa gestó un sistema fragmentado, con duplicidad de funciones y profundos cambios en la gestión y atención en salud diferente a lo previsto para la atención primaria, y es el resultado del desconocimiento de la APS por profesionales de enfermería, y también reflejará el compromiso de la academia en la formación de profesionales (3, 5, 15-19).

Estos planteamientos se pueden inferir dado que el 20% desconoce el ámbito de aplicación de la APS dentro del sistema general de seguridad social en salud; 33% considera que sus postulados derivan de la Convención de

Naciones Unidas; el 53% condiciona que la cobertura es un requisito fundamental y el 50% reconoce la promoción de la salud.

Con este hallazgo de la valoración del conocimiento se puede argumentar la dispersión en la orientación, visión, misión y alcance de la APS en nuestro contexto local (caso Barranquilla), la segmentación de funciones entre público y privado; sumándole a ello las experiencias de APS en lo local y la pobre integración de los regímenes y la gestión de APS (1, 3, 7, 14, 15-19).

Con respecto a las barreras identificadas en los profesionales de enfermería para la atención primaria, estos se concentran en acciones de gestión y planificación de los servicios de APS. Más de la mitad desconoce las limitantes de políticas, planes y programas con respecto a la equidad. De igual forma, desconocen estrategias para el abordaje y la resolución de inequidades, no se actúa o generan acciones intersectoriales de promoción y prevención. De otra parte, desconocen que los recursos humanos están planificados de acuerdo con la necesidad de la población, y finalmente expresaron que las políticas de calidad son inadecuadas y no cuentan con mecanismos de evaluación.

Estas limitantes no son exclusivas del personal de enfermería en nuestro medio; estos hallazgos muestran similitudes con los referidos por otros autores en otras áreas del país y otras latitudes (1, 7-8, 11, 15-19), lo cual refleja ineficacia, ineficiencia de los programas de atención primaria y su baja resolución del primer nivel.

Esta situación influye en el resultado del proceso asistencial, dado que se observa: pobre capacidad para identificar problemas,

debilidad en la integración de servicios, baja cohesión de los equipos de atención primaria, no se utilizan herramientas para la planificación, gestión y evaluación y queda como resultado que se confunde atención primaria de salud con la atención de enfermedad. Es decir, estos hallazgos coinciden con lo expresado por Tamborero, en cuya investigación un tercio de los profesionales conoce los problemas de gestión. No obstante, debido a que su modelo fragmentado exige nuevos atributos y ámbitos para generar en los profesionales de enfermería habilidades comunicativas, capacitación en atención primaria y gestión de servicios de APS (3, 5-6, 18-27).

Finalmente, esta investigación refleja realidades políticas desde una mirada histórica del proceso de adopción e implementación de la APS en nuestro territorio. De igual manera, refleja los significados, las construcciones teóricas del enfoque y el escenario de actuación de la APS en el primer nivel de atención. Cabe señalar que la segmentación del sistema y el modelo de financiación demuestran los desacuerdos y barreras para comprender el modelo de APS de forma integral para toda la población (3, 4, 8, 16-19)

RECOMENDACIONES

Desde la academia:

- Reposicionar en el currículo de enfermería contenidos y actividades relacionadas con atención primaria en salud en áreas de formación básica y profesional; de igual forma, fomentar capacidades en adquisición de capacidades y herramientas relacionadas con participación comunitaria.
- Posicionar un área de formación de Atención Primaria, y dentro de ella una línea de investigación y actuación de salud familiar

y medicina familiar y comunitaria a fin de potenciar la atención primaria y orientar acciones de mejoras en las instituciones prestadoras de servicios en salud (20, 21).

- Incluir en los programas académicos de terminación de inequidades en salud y estrategias de abordaje.
- Capacitar en mejora de capacidades de comunicación e interrelación con el usuario y con otros profesionales de la salud dentro de los equipos básicos (11-22).
- Garantizar el aprendizaje que favorezca la identificación de necesidades de los usuarios que posibilite resolución de problemas de salud en el contexto familiar, comunitario y ambiental; asumiendo que estos problemas son cambiantes no estáticos (1, 9).
- Entrenar a los profesionales de enfermería en habilidades de gestión de servicios, priorización, evaluación y utilidad de indicadores de atención primaria (7, 9, 12).
- Valorar el papel de la profesión de enfermería en la prescripción, teniendo en cuenta la experiencia de países donde se ha adoptado esta actividad y posicionar el rol de la formación de enfermería autónoma y colaborativa (6, 12, 15).

Desde los servicios:

- Favorecer la cobertura universal y la atención integrada e integral de APS en el territorio con un verdadero énfasis en la promoción y prevención (9).
- Posibilitar políticas y programas proequidad con el fin de generar conocimiento y masa crítica en la identificación de inequidades y, de otro lado, disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en

- salud y asegurarse de que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto (9).
- Garantizar la flexibilidad en la división del trabajo, especificidad de trabajos especializados y autonomía técnica de carácter independiente (9).
 - Incentivar la accesibilidad a través de TIC posibles para el usuario como elemento clave para incrementar el poder resolutivo de la APS en cualquiera de sus niveles de atención.
 - Posicionar la política de incentivos económicos en atención primaria derivada de la gestión y evaluación de resultados en salud.
 - Incrementar la capacidad de gestión y ambientes de decisión en toda la red de prestación de servicios (23).
 - Generar mecanismos de evaluación, auditoría centrada en resultados y problemas de la comunidad que están adscritos a la red de prestación.
 - Plantear contratos de compra de servicios y de su evaluación en atención primaria de forma integrada para la mejora de oferta y el proceso asistencial en atención primaria (2).
 - Invertir recursos para sistemas de información con un conjunto de datos mínimos de atención primaria y evitar duplicidad de esfuerzos para toma de decisiones desde los gestores y administradores (18, 24).
 - Fortalecer la capacidad de liderazgo y de decisión desde los centros de atención de salud del personal directivo (13).
 - Fomentar e invertir en capacitación continua y continuada para el trabajo en equipo y gestión, resolución y evaluación en atención primaria en salud (7).
- Transformar el enfoque de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad tanto en EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y las empresas de medicina prepagada y las administradoras de riesgos laborales (3).
 - Generar una transformación de fondo en la estructura financiera del sistema de salud en Colombia para apalancar procesos misionales, administrativos, de gestión e inversión en talento humano, tecnología y ruptura de barreras en la oferta, acceso y calidad preferencialmente (3).
- En los profesionales del equipo básico:**
- Abordar estrategias para mejorar las actitudes del profesional hacia la atención primaria, en especial con programas que han generado impacto en promoción de salud y educación en salud (24).
 - Generar cambios en la cultura organizacional, incentivos emocionales y retroalimentación de procesos en atención primaria (24).
 - Posicionar la atención y consulta de enfermería en el primer nivel que posibilite el autocuidado en atención primaria en salud.
 - Posicionar la estrategia de incentivos a funcionarios de APS como herramienta útil para mejorar la calidad de atención y servicios de atención primaria bajo el enfoque integral de atención (25).
- Desde la comunidad:**
- Fomentar capacidad y liderazgo en los usuarios de los servicios de atención primaria, debido a su importancia dentro de la estrategia (1).

- Facilitar acceso para capacitación en aspectos fundamentales y esenciales de atención primaria en salud, asumiendo líneas directrices de Alma Ata y legislación vigente (Ley 1438 de 2011).
- Favorecer mecanismos activos de participación social involucrando de forma compartida dicha actuación para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles (9, 18).
- Posicionar el prestigio social de los equipos de atención primaria para la comunidad (21).
- Disponer de insumos y recursos en el abordaje de familias a fin de dar respuesta a la demanda de servicio en contexto (26).

Tabla 1. Características personales y laborales de la población de estudio

Características	Frecuencia
Sexo	
Mujer	77 (97,5 %)
Hombre	2 (2,5 %)
Antigüedad	
< 1 año	7 (8,9 %)
1 a 2 años	39 (49,4 %)
3 a 5 años	25 (31,6 %)
6 y más años	8 (10,1 %)
Edad	
20 a 29 años	29 (36,7 %)
30 a 39 años	25 (31,6 %)
40 a 49 años	18 (22,8 %)
50 a 59 años	7 (8,9 %)
Tipo de contrato	
A término fijo	11 (13,9 %)
A término indefinido	68 (86,1 %)
Nivel de formación	
Profesional	61 (77,2 %)
Profesional y diplomado	17 (21,5 %)
Especialización	1 (1,3 %)
Tipo de actividad laboral	
Asistencial	78 (98,7 %)
Administrativo	1 (1,3 %)

Continúa...

Características	Frecuencia
Asistencial:	
Urgencias	1 (1,3 %)
Cuidados intensivos	5 (6,4 %)
Hospitalización	29 (37,2 %)
Consulta externa	25 (32,0 %)
Cirugía	18 (23,1 %)

Fuente: participante de instituciones prestadoras del servicio de salud en la ciudad de Barranquilla.

Tabla 2. Concepciones acerca de Atención Primaria en Salud (APS) en la población de estudio

Conocimiento acerca de APS (ítems)	Frecuencia y porcentaje
Conoce el significado de la sigla APS	
Conoce	70 (88,6 %)
Desconoce	9 (11,4 %)
Ley que implementa la APS	
Ley 1438	79 (100 %)
La APS se realiza en	
Hospitales de tercer nivel	14 (17,7 %)
En todo SGSSS en el país	63 (79,7 %)
Consultorios y SGSSS	2 (2,5 %)
La APS surge a partir de lo expresado en	
Alma Ata	53 (57,1 %)
Convención de Naciones Unidas	26 (32,9 %)
Un sistema de APS requiere de	
Cobertura	42 (53,2 %)
Acceso universal	21 (26,6 %)
Equidad	16 (20,3 %)
El equipo de salud requiere que para lograr un reconocimiento de su trabajo se debe actuar en	
Flexibilizar tareas y actividades	28 (35,4 %)
Estrategias de comunicación	30 (38,0 %)
Trabajar de acuerdo a riesgos y prioridades en individuos y familias	18 (22,8 %)
Autonomía técnica e independencia	3 (3,8 %)

Continúa...

Conocimiento acerca de APS (ítems)	Frecuencia y porcentaje	ítem	SÍ (Frecuencia - %)
La APS requiere la participación de los sectores			
Público	13 (16,5 %)	¿Cuando el paciente llega al centro de salud debe esperar más de 30 minutos para ser atendido?	56 (70,9%)
Privado	18 (22,8 %)		
Mixto	45 (57,0 %)	¿Si el usuario de salud quisiera cambiar de IPS en un momento dado, le guían acerca del procedimiento a seguir?	72 (91,1 %)
Mixto (con y sin fines de lucro)	3 (3,8 %)		
El énfasis fundamental de la APS			
Promoción	40 (50,6 %)	¿El personal de salud está 100 % interesado en la calidad de servicio que le ofrecen a los usuarios?	65 (82,3 %)
Prevención	35 (44,3 %)		
Familia	3 (3,8 %)	¿La IPS realizan acciones para conocer la efectividad de sus servicios o programas?	79 (100 %)
Económico y de Familia	1 (1,3 %)		
Puntaje de respuestas acertadas (8/8)			
2,75 a 3,75 puntos	25 (31,7 %)	¿Considera usted que los recursos humanos de la institución están planificados de acuerdo con las necesidades de la población?	31 (39,2 %)
4,25 a 4,75 puntos	25 (31,7 %)		
5,75 a 6,25 puntos	28 (35,5 %)	¿Usted considera que el desarrollo de políticas sobre la calidad de desempeño del personal empleadas en la institución son las adecuadas?	35 (44,3 %)
6,75 puntos	1 (1,3 %)		
8,0 puntos	--	¿En la institución donde usted labora las políticas apoyan el abordaje multidisciplinario de la atención integral?	60 (75,9 %)
Fuente: participante de instituciones prestadoras del servicio de salud en la ciudad de Barranquilla.			
Tabla 3. Barreras identificadas para la APS en el contexto local			
ítem	SÍ (Frecuencia - %)		
¿Conoce las limitaciones existentes en las políticas planes y programas del sector salud que limitan la equidad?	36 (45,6 %)	¿En su institución cuentan con mecanismos de evaluación continua que facilitan la adaptación de los trabajadores de salud a los nuevos escenarios y a las necesidades cambiantes de la población?	33 (41,8 %)
¿Conoce las estrategias de abordaje para la resolución de las inequidades en salud y sus marcos políticos y legales?	33 (41,8 %)		
¿Usted como trabajador de la salud identifica en la población algunas de estas barreras: geográficas, económicas, organizacionales, socioculturales, de género, étnicas, etarias, grupos sociales?	57 (72,2 %)	¿En la institución donde usted labora generan relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promuevan ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población?	60 (75,9 %)
¿Coordina usted acciones intersectoriales de promoción y prevención para producir salud?	25 (31,6 %)		
¿Existe un número de teléfono al cual los usuarios se puedan comunicar para pedir asesoría médica o solicitar una cita?	57 (72,2 %)	Numero de barreras identificadas:	
		Tres barreras	16 (20,3 %)
		Siete barreras	6 (7,6 %)
		Ocho barreras	14 (17,7 %)
		Nueve barreras	13 (16,5 %)
		Diez barreras	4 (5,1 %)
		Once barreras	8 (10,1 %)
		Todas	18 (22,8 %)

Continúa...

Fuente: participante de instituciones prestadoras del servicio de salud en la ciudad de Barranquilla.

Tabla 4. Actividades relacionadas con APS en el personal que presta servicios asistenciales

Ítems	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1. ¿Forma parte del equipo interdisciplinario e intersectorial que participa en el cuidado integral de las personas, las familias y las comunidades?	44 (56,4 %)	33 (42,3 %)	1 (1,3 %)	-	-
2. ¿Cuida la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias?	44 (56,4 %)	22 (28,2 %)	12 (15,4 %)	-	-
3. ¿Ejecuta acciones que den solución a los problemas de salud, identificados en el Análisis de la Situación de Salud?	60 (76,9 %)	18 (23,1 %)	-	-	-
4. ¿Participa en la confección, análisis y discusión de la situación de salud de su población, detectando grupos vulnerables, factores de riesgo e implementando acciones tendientes a su disminución y/o eliminación?	28 (35,9 %)	27 (34,6 %)	12 (15,4 %)	11 (14,1 %)	-
5. ¿Participa en los programas de vigilancia epidemiológica establecidos por el SNS?	25 (32,1 %)	8 (10,3 %)	29 (37,2 %)	16 (20,5 %)	-
6. ¿Ejecuta acciones comprendidas en los programas de salud que den solución a los problemas de su comunidad?	41 (52,6 %)	18 (23,1 %)	11 (14,1%)	8 (10,3 %)	-
7. ¿Realiza y controlar el proceso de Atención de Enfermería como método científico de la profesión?	41 (52,6 %)	21 (26,9 %)	16 (20,5 %)	-	-
8. ¿Registra en la historia clínica toda la información disponible sobre los problemas identificados en los individuos, la familia y la comunidad?	58 (74,4 %)	1 (1,3 %)	19 (24,4 %)	-	-
9. ¿Valora la información recogida para realizar acciones de enfermería las registra en la HC?	76 (97,4 %)	2 (2,6 %)	-	-	-
10. ¿Evalúa las respuestas del individuo, la familia o la comunidad al tratamiento y los cuidados de enfermería y los registra en la HC.	48 (61,5 %)	21 (26,9 %)	9 (11,5 %)	-	-
11. ¿Ejecuta actividades de promoción y fomento de la salud a los individuos, la familia y la comunidad?	26 (33,3 %)	23 (29,5 %)	29 (37,2 %)	-	-
12. ¿Actúa como asesor y consultor en materia de salud de los individuos, las familias y las comunidades?	25 (32,1%)	23 (29,5%)	10 (12,8%)	20 (25,6%)	-
13. ¿Ejecuta actividades de prevención y protección de las enfermedades a individuos, familias y comunidad?	26 (33,3 %)	24 (30,8 %)	28 (35,9 %)	-	-
14. ¿Capacita al individuo y la familia para que asuma conductas responsables en el cuidado de su salud.	49 (62,8 %)	20 (25,6 %)	9 (11,5 %)	-	-
15. ¿Realiza acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y control de enfermedades infecciosas a la población?	47 (60,3 %)	22 (28,2 %)	9 (11,5 %)	-	-
16. ¿Ejecuta actividades de rehabilitación y reinserción social a individuos y familias?	26 (33,3 %)	23 (29,5 %)	10 (12,8 %)	-	19 (24,4 %)
17. ¿Ejecuta acciones encaminadas al control del medio ambiente y al logro de un entorno saludable?	37 (47,4 %)	21 (26,9 %)	1 (1,3 %)	19 (24,4 %)	-

Fuente: cuestionario adaptado de Torres M et al. (11) participante de instituciones prestadoras del servicio de salud en la ciudad de Barranquilla.

Conflicto de interés: Ninguno.

Financiación: Universidad del Norte

REFERENCIAS

1. Martín A, Ledesma A, Sans A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten. Primaria* 2000; 25 (1):48-58.
2. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Grupo de trabajo sobre evaluación en la atención primaria de salud de Barcelona. *Aten. Primaria* 2003; 31 (6):382-385.
3. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. ISAGS-UNASUR. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Documento autorial de APS en los países de Suramérica. Río de Janeiro, 2014.
4. Franco A. Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? *RevFacNac Salud Pública* 2011; 30(1): 83-94.
5. Limón E, Blay C, Ledesma A. Las necesidades poblacionales, una llamada a la transformación de la atención primaria. *Aten. Primaria* 2015; 47 (2):73-74. Doi:10.1016/j.aprim.2014.08.001
6. Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten. Primaria* 2000; 25 (4):214-219.
7. Poghosyan L, Shang J, Liu J, Poghosyan H, Liu N, Berkowitz B. Nurse practitioners as primary care providers: creating favorable practice environments in New York State and Massachusetts. *Health Care Manage Rev* 2015; 40(1): 46-55. Doi: 10.1097/HMR.0000000000000010
8. León M, Ramírez A, Uribe L. Modelo de atención basado en atención primaria de salud. Experiencia en Santander. *Revista Observatorio de Salud Pública* 2007; 3(1):32-38.
9. Organización Panamericana de la Salud. "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS". Serie la renovación de la atención primaria de salud en las Americas, n°1. Washington, D. C., 2008.
10. Martínez S. Valoración epidemiológica de las actividades de atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; 19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252003000100011&lng=es.
11. Ruiz O. El nuevo papel de la enfermera. *Medicina de familia (And)* 2008; 8(2):65-66.
12. Poghosyan L, Aiken L. Maximizing nurse practitioners' contributions to primary care through organizational changes. *J Ambulatory Care Manage* 2015;38 (2):109-117.
13. Tamborero G, Esteva M, March S, Guillen M. Autonomía de gestión en atención primaria: posicionamiento de los profesionales de Mallorca. *Aten. Primaria* 2015;47(2):99-107. Doi: 10.1016/j.aprim.2014.04.002
14. Torres M, Dandicourt C, Rodríguez A. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005;21(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000300007&lng=es.
15. Del Pino R, Martínez JR. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en atención primaria de salud. *RevAdmSanit* 2007;5(2):311-337.
16. Ministerio de la Protección Social y Organización Panamericana de la Salud. Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS, 2012. Documento-Convenio 485 MPS y OPS/OMS
17. Ruiz M, Acosta N, Rodríguez L, Uribe L, León M. Experiencias de implementación de un modelo de atención primaria. *Rev. salud pública* 2011;13(6):885-896.
18. Mosquera P, Hernández J, Vega R, Junca C. Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa. *RevGerencPolit Salud* 2011; 10(21):124-152.
19. Martínez N, Barreras en aplicación de los resultados de las investigaciones en sistemas

- y servicios de salud por los profesionales de enfermería. *HorizEnferm* 2012; 23(3):23-31.
20. Bellón J, López J. La investigación en atención primaria como área de conocimiento. *Aten. Primaria* 2012;44(4):185-186.
 21. Gervas J, Palomo L, Pastor R, Pérez M, Rubio C. *Problemas acuciantes en atención primaria* 2001;28(7):472-477. Doi:10.1016/S0212-6567(01)70424-6
 22. Martín A. El Task Force español sobre promoción y prevención. Demasiados años de insistencia improductiva. *Aten. Primaria* 2013;45(10):501-502. Doi:10.1016/j.aprim.2013.08.002
 23. López P, Alonso L, García A. Validación de un procedimiento metodológico para evaluar nivel de investigación en una red de servicios de salud. *Revista Salud Quintana Roo* 2013;6(26):14-29.
 24. Ramos A, Ruzafa M, Fernández S, Del Pino R, Armero D. Actitudes de médicos y enfermeras ante las actividades preventivas y de promoción en atención primaria. *Aten. Primaria* 2014;46(9):483-491. Doi: 10.1016/j.aprim.2014.02.002
 25. Kolozsvari L, Orozco D, Rurik I. Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. *Aten. Primaria* 2014;46(5):261-266. Doi: 10.1016/j.aprim.2013.12.014
 26. Garrido R, Reyes M, Cordero V, Rodríguez E. El ingreso en el hogar: dificultades para la ejecución del proceso de atención de enfermería en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003;19(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100002&lng=es.
 27. Vega R, Acosta N, Mosquera P, Restrepo M. La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *Medicina Social* 2008; 3(2): 148-169.