

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE ARACATACA MAGDALENA, COLOMBIA, EN EL PERÍODO 2021 A 2023

EVALUATION OF THE PRIMARY HEALTH CARE STRATEGY IN THE MUNICIPALITY OF ARACATACA MAGDALENA, COLOMBIA, IN THE PERIOD 2021 TO 2023

Antonio E. Mojica Echenique.
<https://orcid.org/0009-0009-0454-5845>
Paula C. Bermúdez
<https://orcid.org/0000-0001-8282-4027>

Juliana Morales Ramírez.
<https://orcid.org/0009-0008-8592-4793>

Resumen:

Introducción: Actualmente, la política de salud de Colombia busca integrar la APS como la base del sistema de atención sanitaria. Diversos territorios, como Aracataca, han planificado estrategias con este enfoque.

Objetivo: Evaluar la APS en Aracataca, Magdalena, Colombia, entre 2021 y 2023.

Métodos: investigación evaluativa, con enfoque cuantitativo y diseño transversal. La recolección de datos se realizó mediante Primary Care Assessment Tools validado para Colombia, con 139 encuestados: gestores/directivos de salud (7%), profesionales de salud (21%), usuarios (54%) y cuidadores de usuarios (18%). Se realizó un análisis estadístico descriptivo utilizando evaluaciones porcentuales por atributo, agrupadas por puntajes <6 y ≥6 puntos en una escala de cero (nivel mínimo) a 10 (nivel óptimo).

Resultados: Los atributos primer contacto y orientación comunitaria recibieron altas puntuaciones de todos los participantes. La continuidad de la atención fue mal calificada por todos los participantes. El enfoque familiar y la competencia cultural recibieron bajas evaluaciones por usuarios y cuidadores, al igual que integralidad, que fue mal evaluada por usuarios, cuidadores y gestores/directivos. Los objetivos descritos en el Plan Territorial y las acciones materializadas por la estrategia de APS "Médico en tu casa" y el plan de intervenciones colectivas son consistentes con los hallazgos identificados en la evaluación.

Conclusión: Los atributos bien valorados de primer contacto y orientación comunitaria reflejan mejoras en la APS en la gestión territorial de Aracataca, alineándose con los planes e intervenciones ejecutadas. Sin embargo, es necesario fortalecer otros atributos: integralidad de la atención, coordinación de la atención, enfoque familiar y competencia cultural.

Palabras claves: Atención primaria en salud, atributos esenciales, atributos derivados, servicios en salud, acceso en salud, evaluación de la atención primaria en salud.

Summary:

Introduction: Currently, Colombia's health policy aims to integrate Primary Health Care (PHC) as the foundation of the healthcare system. Various territories, such as Aracataca, have planned strategies with this approach. **Objective:** To evaluate PHC in Aracataca, Magdalena, Colombia, between 2021 and 2023.

Methods: This is an evaluative study with a quantitative approach and a cross-sectional design. Data collection was carried out using the Primary Care Assessment Tools validated for Colombia, with 139 respondents: health managers/directors (7%), healthcare professionals (21%), users (54%), and caregivers of users (18%). Descriptive statistical analysis was conducted using percentage evaluations by attribute, grouped by scores <6 and ≥6 points on a scale from zero (minimum level) to 10 (optimal level).

Results: The attributes of first contact and community orientation received high scores from all participants. Continuity of care was poorly rated by all participants. Family orientation and cultural competence received low evaluations from users and caregivers, as did comprehensiveness, which was poorly rated by users, caregivers, and managers/directors. The objectives outlined in the Territorial Plan and the actions materialized by the PHC strategy "Doctor in Your House" and the collective intervention plan are consistent with the findings identified in the evaluation.

Conclusion: The well-rated attributes of first contact and community orientation reflect improvements in PHC in the territorial management of Aracataca, aligning with executed plans and interventions. However, it is necessary to strengthen other attributes: comprehensiveness of care, coordination of care, family orientation, and cultural competence.

Keywords: Primary health care, essential attributes, derived attributes, health services, health access, evaluation of primary health care.

Introducción

En histórica la Conferencia de Alma Ata en 1978, coordinada por la OMS, se estableció la APS como una estrategia clave para alcanzar equidad y atención oportuna en salud (1,2). Desde entonces, se concibe como un enfoque centrado en las necesidades individuales, buscando garantizar salud y bienestar equitativos de manera integral (3,4), con servicios preventivos, curativos y de rehabilitación cercanos al entorno cotidiano de las personas (UNICEF-OMS) (5).

La APS ha evolucionado a lo largo del tiempo. La propuesta inicial tuvo un enfoque integral (APS-I), que abordaba la salud como el bienestar completo del individuo. Luego, debido a cambios políticos y sobre todo económicos a nivel mundial, surgió el enfoque Selectivo (APS-S), centrado en estrategias para grupos poblacionales de manera lineal, y finalmente, se surgió la APS Renovada (APS-R), que retomó la intersectorialidad, la participación comunitaria y consideró los determinantes sociales de la salud (6).

El modelo de Sistemas Sanitarios orientados a la Atención Primaria de Salud (APS) establece que la APS debe centrarse en la persona, no en la enfermedad. Debe implementarse mediante los atributos esenciales de la APS: primer contacto, como puerta de entrada al sistema de salud; longitudinalidad, describiendo una relación continua entre usuario y profesional de salud; integralidad en la atención, garantizando un sistema organizado y completo; y coordinación de la atención, asegurando un cuidado adecuado. Además, hay tres atributos derivados: orientación familiar, orientación comunitaria y competencia cultural, que priorizan la salud en contextos familiares y sociales, adaptándose a diferentes grupos sociales (7).

A nivel mundial, la implementación efectiva de la APS es prioritaria para mejorar la calidad y el acceso a la atención en salud. El interés global en mejorar la APS mediante políticas, programas y estrategias es cada vez mayor (8). Diversos estudios han evaluado la implementación de la APS a nivel nacional e internacional. Un estudio en comunidades Quilombolas mostró que el 82.2% de las acciones de APS fueron completamente implementadas, destacando en capacidad (77.92%) y desempeño (85.56%). Los atributos derivados mostraron altos niveles de implementación: longitudinalidad (92.94%), coordinación - sistemas de información (80.88%), integralidad (85.91%), orientación familiar (87.45%) y comunitaria (92.16%). Sin embargo, la accesibilidad (74.51%) y la coordinación - integración del cuidado (56.86%) fueron parcialmente implementadas. Este estudio diagnosticó la situación de la APS en estas comunidades, identificando fortalezas y debilidades en la prestación de servicios de salud (9).

Evaluaciones utilizando el instrumento Primary Care Assessment Tools (PCAT) examinaron la APS en diversos servicios de salud. En cuatro centros de Ayacucho (Perú), se evaluaron los atributos de la APS en establecimientos de primer nivel. Los resultados mostraron que los atributos mejor valorados fueron Coordinación, Primer Contacto-Utilización y Globalidad, mientras que los menos calificados fueron Enfoque Familiar, Orientación Comunitaria y Primer Contacto-Accesibilidad. Se observaron diferencias significativas entre los centros de salud, pero el Enfoque Familiar fue deficiente en todos los casos. En resumen, Coordinación,

Primer Contacto-Utilización y Globalidad fueron los atributos más eficientes, mientras que Enfoque Familiar, Orientación Comunitaria y Primer Contacto-Accesibilidad fueron considerados deficientes (10).

La calidad de la APS es una preocupación global significativa. La Comisión Global de Salud de Lancet estima que entre 5 y 8 millones de vidas se pierden anualmente debido a su mala calidad (11). Esta situación se agrava por reformas estructurales en los sistemas de salud que a menudo priorizan la economía sobre los objetivos propuestos.

En Colombia, se han implementado diversas estrategias de APS, como "Salud a su Hogar" en Bogotá, PASO (Puntos de Atención en Salud Oportuno) en Barranquilla y "Médico en tu Casa" en Magdalena (4). Un estudio en Palmira (2012-2014) analizó la implementación de la Estrategia APS con un Modelo de Evaluación adaptado de Potvin. Los resultados mostraron aciertos y desaciertos, con una correspondencia entre objetivos y actividades ejecutadas, aunque con una capacidad de respuesta limitada por recursos económicos. Además, se destacó la falta de objetivos para la Intersectorialidad, sugiriendo la necesidad de mejorar el diseño de la estrategia en futuras fases (12).

Se evaluó el desempeño de la red del Hospital de Suba II Nivel ESE en relación con los atributos de la APS mediante encuestas a usuarios, profesionales, coordinadores y decisores de los servicios. Se compararon estos atributos con las percepciones de instituciones ambulatorias del sector privado, encontrándose una diferencia significativa a favor del sector público en el principio de integralidad. La percepción positiva de salud de los usuarios adultos se asoció con la evaluación de la prestadora de servicios de salud y su carácter público, aunque se identificaron bajos puntajes en aspectos como el enfoque familiar y la orientación comunitaria, que requieren correcciones para mejorar la equidad en salud local (13).

En un estudio realizado en Santiago de Cali durante el periodo 2016-2020, se evaluó el cumplimiento de los principios de la Declaración de Alma Ata en un marco constructivista. Utilizando talleres investigativos y entrevistas, se comparó la propuesta de APS con los estándares de la OMS y la normativa colombiana, identificándose deficiencias en el sistema de monitoreo y evaluación, así como vacíos en el cumplimiento de objetivos sociales (14).

Finalmente, una revisión en Colombia que incluyó artículos, informes, textos científicos y tesis de grado, reveló que la implementación efectiva de las funciones de la APS en todo el país es limitada. Se destacaron deficiencias marcadas en el enfoque familiar y comunitario, así como en la inequidad en el acceso e integralidad, dependiente del régimen de seguridad social. Se concluyó que los elementos de la APS deben implementarse en poblaciones urbanas y rurales, promoviendo acciones intersectoriales, transectoriales, comunitarias e integrales para garantizar su cumplimiento y beneficio (15)

En Colombia, la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) se reconoció como fundamental con la ley 1438 en 2011. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos gubernamentales, su implementación y los resultados esperados han sido insatisfactorios a lo largo de los años, generando dificultades a nivel nacional, regional, departamental y municipal en salud (16).

En Aracataca, Magdalena, solo el 69% de los 44,081 habitantes tienen seguridad social, siendo el 86% del régimen subsidiado y solo el 11% del régimen contributivo. Esto contrasta con la estadística nacional de afiliación que alcanzó al 94.7% de la población durante el año 2022 (DANE). En 2019, la tasa de mortalidad materna fue de 384.62 por cada 10,000 nacidos vivos, considerablemente más alta que la del departamento del Magdalena (73.08 por cada 1,000 nacidos vivos). La tasa de mortalidad infantil en el municipio fue de 12.66 por cada 1000 nacidos vivos en 2017, cercana a la tasa departamental de 15.73 en el mismo año (SISPRO), así las estadísticas generan preocupación debido a las tasas crecientes de mortalidad materna, neonatal, infantil y en la niñez en 2021 y la persistente desigualdad en el acceso a servicios básicos como salud, acueducto y electricidad (17).

En respuesta, Aracataca implementó la estrategia de APS "Médico en tu Casa" en 2021 como parte del Plan de Desarrollo Territorial (PTD), buscando mejorar la atención integral y la calidad de vida. Esta estrategia

promueve la salud, detecta enfermedades tempranamente y reduce costos asociados al tratamiento de enfermedades prevenibles mediante equipos médicos que ofrecen atención domiciliaria y comunitaria, con un enfoque preventivo y participativo. La estrategia buscó garantizar el derecho a la salud mediante equipos médicos que ofrecían atención integral en los hogares y comunidades, con un enfoque preventivo y participativo. Estos equipos compuestos por médicos, enfermeras y auxiliares visitaron casa a casa y atendieron en puntos comunitarios para facilitar el acceso a servicios de salud de baja y mediana complejidad, proporcionando atención oportuna y pertinente.

En conocimiento de lo anterior es crucial seguir promoviendo un modelo de atención que alcance a la comunidad a través de un enfoque territorial, incentivando el autocuidado y abordando las necesidades y problemáticas de salud. La evaluación de la APS es fundamental, ya que juega un papel clave en la gestión y mejora de los procesos de atención médica y la calidad de los servicios de salud (18). En la última década, se han desarrollado y aplicado diversas herramientas de evaluación de la Atención Primaria de Salud (APS). En literatura reciente es posible rastrear al menos cinco instrumentos para tal fin, como el WHO Primary Care Assessment Tool (PCET), el ADHD Questionnaire for Primary Providers (AQ-PCP), el General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (software de atención primaria) y el PCAT (Primary Care Assessment Tool). El PCAT ha sido recomendado como el más adecuado para evaluar la APS, ya que mide las características esenciales y determina indicadores relacionados con el proceso de cuidado (19). Por consiguiente, a nivel nacional y local resulta útil evaluar la APS utilizando herramientas confiables como el PCAT. Esto permitirá obtener resultados objetivos que contribuyan a la adaptación, cambio y mejora de los parámetros establecidos en la APS en el país.

Partiendo de lo anterior, se realizó una investigación cuyo objetivo primario fue evaluar la estrategia de Atención Primaria en Salud en el municipio de Aracataca, Colombia, en el período 2021 a 2023. Como objetivos secundarios se establecieron: i). Explorar la estrategia de APS implementada en Aracataca, Colombia, durante el período 2021-2023. ii). Describir los resultados de la APS en relación con los atributos esenciales de la APS planteados por Starfield (8) (primer contacto, longitudinalidad, integralidad de la atención, coordinación) y los atributos derivados (orientación familiar, comunitaria y competencia cultural). iii). Relacionar los atributos de la estrategia de APS con los objetivos trazados en el modelo de atención territorial.

Método:

Se llevó a cabo una investigación evaluativa externa, de enfoque cuantitativo y diseño transversal. La unidad de análisis consideró la estrategia de APS en el municipio de Aracataca, Colombia, planeada e implementada durante el periodo 2021-2023. La unidad de observación la conformaron todos los elementos que hicieron parte de la planeación e implementación de la APS en el municipio. El plan de trabajo consideró dos fases: la recopilación de información primaria a través de encuestas aplicadas a actores clave del proceso de atención en salud y la revisión de fuentes secundarias con el fin de comprender el proceso de planeación e implementación.

En la primera fase, se realizaron encuestas por entrevista a los actores considerados clave para recabar datos sobre el estado de la APS en el territorio. Las entrevistas se realizaron en la Hospital Luisa Santiaga Márquez Iguarán (HLSMI); los actores fueron clasificados en tres grupos: i). gestores y directivos de salud, ii). profesionales de la salud, iii). usuarios y cuidadores de usuarios menores de edad.

En la segunda fase, se analizaron documentos oficiales del nivel territorial y nacional disponibles en sistemas de información abiertos; los documentos fueron analizados con el fin de comprender la gestión territorial en APS en el municipio y mejorar la comprensión de la información obtenida a través de las encuestas realizadas a los actores clave. Se analizaron los siguientes documentos: El Plan Territorial de Salud 2020-2023 del departamento del Magdalena, el Plan de Desarrollo de Aracataca 2020-2023, el Lineamiento Técnico Operativo de Salud Pública para el departamento del Magdalena 2020-2023, el documento marco del programa "Médico en Tu Casa" y la ficha técnica del programa en el componente de equipos territoriales para el cuidado de la salud.

Instrumentos:

Se utilizó el instrumento IA-PCAT adaptado para Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en 2018 y con prueba piloto en 2022. La nueva adaptación integró las cuatro versiones del instrumento. Fue validado previamente a través dos fases: la adaptación conceptual y semántica al contexto colombiano, seguida de la presentación a expertos y la creación de un aplicativo web para medir los atributos de la APS según la percepción de diferentes actores clave: adultos (PCAT-AE), informantes de niños, niñas y adolescentes (PCAT-CE), Profesionales de la salud (PCAT – PE) y gestores, directivos y equipos administrativos de salud (PCAT-FE) (20). El instrumento final usado en el presente estudio, contenía entre 125 y 160 preguntas según el tipo de participante (tabla 1), y está autorizado para su uso en Colombia por el MSPS.

Tabla 1. Categorías evaluadas según el módulo del IA-PCAT.

<i>CATEGORÍAS EVALUADAS</i>	<i>PCAT-AE</i>	<i>PCAT-CE</i>	<i>PCAT-FE</i>	<i>PCAT-PE</i>
<i>Información administrativa</i>	X	X	X	X
<i>Sobre el servicio de salud</i>			X	X
<i>Sobre la persona que responde el cuestionario</i>			X	X
<i>A. Identificación de su referente principal de salud</i>	12	12	11	11
<i>B. Primer contacto – utilización</i>	3	4	0	0
<i>C. Primer contacto – accesibilidad</i>	13	13	10	10
<i>D. Atención longitudinal</i>	15	15	14	14
<i>E. Atención continua – coordinación</i>	13	13	7	7
<i>F. Atención continua – sistemas de información</i>	6	6	10	10
<i>G. Atención integral - prestaciones disponibles</i>	20	16	25	25
<i>H. Atención integral – consejería y anticipación</i>	13	12	17	17
<i>I. Enfoque familiar</i>	4	4	17	17
<i>J. Orientación comunitaria</i>	9	9	25	25
<i>K. Idoneidad cultural</i>	5	5	13	13
<i>L. Cobertura de salud</i>	2	2	2	2
<i>M. Su salud</i>	3	3	3	3
<i>N. Descripción demográfica del niño, niña o adolescente</i>		6		
<i>N. Descripción de la persona que responde</i>	7	4	6	6
<i>Total de ítems</i>	125	124	160	160

Fuente: Elaboración propia.

Participantes y muestra

A partir de lo anterior, y en acuerdo con las directivas del HLSMI se construyó una muestra dividida en cuatro grupos, cada uno con criterios específicos de selección: FE para gestores o directivos, PE para profesionales de la salud, AE para usuarios adultos y CE para cuidadores de niños y adolescentes.

- El primer grupo incluyó un censo conformado por 10 gestores y directivos de salud del HLSMI.
- El segundo invitó a participar al 50% del personal asistencial del hospital quienes se encontraban disponibles en los horarios en que se realizó el trabajo de campo. El grupo fue conformado por 29 profesionales de la salud, distribuidos así:

Profesional en medicina general: 15%

Profesional en enfermería: 15%

Auxiliar de enfermería: 10%

Profesional en psicología: 10%

Para la conformación de los grupos tres y cuatro, se estableció de acuerdo a las capacidades del equipo y el volumen de usuarios que consultaban diariamente el HLSMI, que se debían incluir entre 25 y 50 personas por

grupo de edad, durante el período establecido para las observaciones (diciembre 2023 a febrero 2024) así fueron entrevistados 100 usuarios segmentados por grupos etareos, de tal forma que pudieran abarcar la diversidad de la población atendida. Los usuarios se distribuyeron de la siguiente manera:

Grupo AE: Adultos entre 18 y 59 años: 50%, adultos mayores de 60 años: 25%.

Grupo CE: Cuidadores: 25%.

Criterios de selección:

Los criterios de inclusión establecidos por grupo de actores clave fueron:

- Actores y/o directivos: debían tener más de un año de experiencia laboral en el hospital con responsabilidades administrativas relacionadas con la gestión de la atención en salud.
- Los profesionales de la salud debían asumir cargos de responsabilidad en la atención de pacientes en modalidad intramural, extramural o telemedicina y tener más de un año de experiencia en el hospital.
- Los usuarios y cuidadores debían ser adultos mayores de 18 años que hubieran recibido atención en salud intra o extra mural.

Como criterios de exclusión se estableció la presencia de patologías cognitivas o psiquiátricas que impedían la comunicación con los entrevistadores, además falta de dominio del español y no saber leer.

Entrenamiento de entrevistadores y conducción del trabajo de campo:

Un equipo independiente conformado por cuatro profesionales con experiencia en salud pública, y perfiles profesionales en enfermería, trabajo social y sociología, llevaron a cabo todas las entrevistas. El entrenamiento del equipo estuvo a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, y se realizó previo al trabajo de campo. La supervisión de las entrevistas estuvo a cargo de un administrador experto, con el fin de garantizar la implementación acorde al plan operativo y la calidad de los datos. Los investigadores diseñaron el estudio, planearon la capacitación del equipo, evaluaron el informe de trabajo de campo, realizaron el análisis de datos cuantitativos y redactaron el informe final. La supervisión general del proyecto estuvo a cargo de la directora de trabajo de grado, quien garantizó el cumplimiento de estándares éticos y científicos en todas las etapas de la investigación.

Plan de análisis:

Análisis documental: En la primera fase del estudio, se realizó una revisión, extracción y análisis exhaustivo de los documentos seleccionados, con el objetivo de identificar y evaluar los atributos esenciales y derivados de la Atención Primaria de Salud (APS). Este proceso se estructuró en varias categorías de análisis:

Análisis de Contenido: Tema Principal y Subtemas: Se identificaron las ideas centrales y los subtemas relacionados con los atributos de la APS.

Análisis Estructural: Organización: Se examinó la estructura de los documentos, evaluando la introducción, desarrollo y conclusión para asegurar una organización lógica.

Coherencia y Cohesión: Se evaluó la fluidez y conexión lógica entre las ideas presentadas en cada documento.

Análisis Crítico: Identificación de Debilidades y Fortalezas: Se analizaron las fortalezas y debilidades de cada documento, evaluando la solidez de los argumentos y la calidad de la evidencia presentada.

Para rastrear los atributos de la APS en los documentos, se llevaron a cabo resúmenes detallados. Adicionalmente, se realizó una búsqueda de ideas mediante la interpretación de los textos y el rastreo de palabras clave, lo cual permitió identificar menciones específicas de los atributos relevantes. Este enfoque multifacético garantizó una comprensión profunda y matizada de los atributos de la APS, facilitando un análisis riguroso y crítico de la literatura existente.

Análisis estadístico de la información de encuestas: se generaron tablas de resultados en dos etapas. En la primera etapa, se incluyeron estadísticas básicas descriptivas por cada atributo, mientras que, en la segunda

etapa, se elaboraron resultados por cada componente, lo que facilitó la creación de tablas descriptivas de los cuestionarios aplicados a usuarios AE, CE, FE y PE.

Los cuestionarios se dividieron en secciones de la A hasta la K, se identificaba información sobre afiliación al sistema de salud, autopercepción del nivel de salud y datos demográficos. Las secciones B a H exploraron los atributos principales de la APS, mientras que las secciones I a K exploraban los atributos derivados. Se calculó un puntaje promedio para cada sección, en este caso por atributo, considerando puntajes de 6 o más como altos y menores a 6 como bajos. No se definió un punto de corte específico que determine un resultado como bueno o malo en cuanto al cumplimiento de las funciones de las APS, pero se adoptó un enfoque similar a las calificaciones escolares. Los resultados se presentaron para grupo de actores clave, de acuerdo al porcentaje de respuestas con bajas y altas puntuaciones.

La integración de los resultados: al finalizar las dos fases se contrastó el resultado intentando valorar los avances en cada atributo de la APS, con el objeto de alcanzar una explicación que relacionara la planificación territorial y su implementación. Esta última se evaluó únicamente a partir de la opinión de los actores clave consultados, con la intención de limitar el foco en los atributos de la APS descritos por Starfield (8).

Consideraciones éticas:

Todos los participantes incluidos debían estar de acuerdo con la investigación y haber firmado un consentimiento informado. Esta investigación cumplió con estándares éticos internacionales y nacionales, incluyendo el Código de Nuremberg, el Informe de Belmont y la Declaración de Helsinki, así como normativas colombianas como la Resolución 8430 del Ministerio de Protección Social. La investigación contó con el aval del Comité de Ética de la Pontificia Universidad Javeriana en Cali y las entidades de salud pertinentes. Se garantizó la confidencialidad de la información, procesada y exportada de manera anónima y agrupada para proteger a los participantes.

Resultados:

Estrategia de APS ‘‘ Médico en Tu Casa’’:

Esta propuesta se fundamentó en mandatos constitucionales y legales que garantizan el derecho a la salud, como la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Ley 1438 de 2011, que establecen políticas integrales de salud y organizan redes de salud. También se basa en la Ley 1753 de 2015, que crea la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS). Resoluciones posteriores, como la 429 de 2016 y la 0518 de 2015, respaldan la gestión de la salud pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC). La Resolución 3280 de 2018 establece Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para garantizar el acceso a servicios de salud, y la Resolución 276 de 2019 define plazos para su implementación. Finalmente, la Resolución 2626 de 2019 transformó el MIAS en el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), con el fin de adaptar los modelos de salud a las realidades locales y asegurar el derecho a la salud mediante estrategias de atención primaria y gestión integral del riesgo.

En el departamento del Magdalena, la demanda de servicios de salud enfrentaba desafíos como la escasez de recursos económicos en los hospitales, largas filas y cierre de servicios. La falta de enfoque en la promoción de la salud y la gestión del riesgo agravó la situación. La profunda inequidad, con altos índices de pobreza, también contribuyó. La falta de atención primaria y servicios de salud de calidad resultó en problemas como la mortalidad materna y la desnutrición infantil.

El programa "Medico en Tu Casa" tuvo como objetivo principal prestar servicios integrales de salud en el Departamento del Magdalena mediante un modelo de atención basado en la Atención Primaria y en Redes Integrales de Servicios de Salud. Equipos médicos, compuestos por médicos, enfermeras y auxiliares, visitan casa a casa y atienden en puntos comunitarios para detectar tempranamente problemas de salud y brindar continuidad en la atención, con la intención de facilitar el acceso oportuno a los servicios y garantizar una mejor calidad de vida individual, familiar y colectiva. Sus objetivos específicos fueron 1) garantizar atención integral en salud, 2) canalizar a la población identificada con riesgo a servicios primarios y complementarios, 3)

intervenir en los principales problemas de salud de la población y construir respuestas integrales con participación comunitaria a través de comités populares de Salud en cada municipio.

Esta estrategia formuló sus planes de acción con cronogramas y criterios de priorización con base en los datos de afiliados y la caracterización poblacional. Se realizó seguimiento mediante visitas extramurales, llamadas telefónicas y herramientas virtuales, garantizando la longitudinalidad de la Atención Primaria en Salud. La evaluación se realizó trimestralmente con indicadores propuestos en el PTS. La financiación principalmente provino de los contratos entre las Entidades Prestadoras de Salud (EAPB) y las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (ESE), incluyendo acciones del programa en el portafolio de servicios. Las intervenciones del primer nivel de atención contribuyeron al cumplimiento de metas de cobertura, oportunidad y resolutivez de las EAPB.

Tabla 2. Descripción de sub-ejes de la salud planteados en el plan de desarrollo del municipio de Aracataca para el periodo 2020 - 2023

Sub Eje	Propósito	Meta cuatrienio
Aracataca un municipio saludable	Mitigar las enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud materna y de la mujer, salud infantil Y adolescencia, salud en el migrante, discapacidad, población LGTBI.	Cobertura de afiliación (90%)
Gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Garantizar la calidad del agua, el suelo, aire, vigilancia y control en enfermedades por alimentos, y ampliar cobertura en servicios públicos.	Gestionar proceso de cobertura de alcantarillado y disminuir Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo. (IRCA)
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Mitigar enfermedades transmisibles como el dengue, la malaria y enfermedades respiratorias en todos los ciclos de vida. Empoderar a las familias y comunidades acerca de la problemática de salud.	Disminuir en 7 puntos la letalidad por tuberculosis y por virus y vectores.
Vida saludable y enfermedades no transmisibles.	Mitigar enfermedades no transmisibles en todos los ciclos de vida, construcción de documento Plan de Acción en Salud (PAS) y promoción de hábitos saludables.	3 PAS 176 intervenciones de hábitos saludables.
Aracataca con Salud Mental.	Promoción de la convivencia y prevención y atención a la violencia y al consumo de sustancias psicoactivas. Implementación de la política nacional de salud mental y de sustancia Psicoactivas. Ruta de atención a víctimas, ampliar cobertura en zona rural.	100 % del cumplimiento de las políticas y ruta. 32 actividades de promoción y prevención. 20 puntos porcentuales sobre la cobertura real.
Aracataca con Salud Sexual y Reproductiva	Mejorar las condiciones de violencia de género y salud materna. Ruta de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y prevención de infección de transmisión sexual.	Disminuir la tasa de fecundidad y la tasa de violencia de género. Cumplimiento 100 % de la ruta. 28 actividades para la promoción y prevención en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.
Aracataca con seguridad nutricional y alimentaria	Implementación de la política de seguridad alimentaria	Disminuir en tres puntos la tasa de desnutrición
Gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Análisis de la situación en salud con enfoque diferencial, ruta y política de atención para poblaciones específicas (niñez, adultez mayor, población LGTBI, población étnica, discapacidad y víctimas del conflicto armado).	Disponer de un análisis de situación de salud con enfoque diferencial. Cumplimiento y cobertura (65%) de ruta y políticas para poblaciones específicas.
Prestación de servicios	Cobertura de servicios de salud, verificación de disponibilidad de servicios,	-100% del cumplimiento de guías, acciones, procesos de gestión.

	implementación de RIPS, fortalecimiento de estrategias y de sistemas de información, gestionar infraestructura, transporte y dotación en la red de atención, garantizas el uso de guías y de procesos promocionales y preventivos, implementar acciones para la reducción de barreras en la atención en salud.	-Seis informes de seguimiento y control en los sistemas de información. -70 % de cumplimiento de verificación y disponibilidad de recurso. -100% de cumplimiento de RIPS. -Dos estrategias y 3 planes de priorización en salud.
Aracataca en Emergencias y Desastres	Comité de emergencias y Desastres. Reducción del riegos e información y conocimiento acerca de las emergencias y desastres probables del territorio.	Creación e instauración del comité de emergencias y desastre.

Fuente: *Elaboración propia.*

Resultados de los atributos evaluados en la estrategia de APS “Médico en tu casa” en relación con los objetivos trazados en el modelo de atención territorial expresado en el Plan territorial en Salud.

El cumplimiento de la estrategia “Médico en tu casa” se formuló en el PTS a través de las siguientes acciones:

- Diseñar una red pública de calidad para garantizar la prestación de servicios de salud.
- Implementar la estrategia de APS en el territorio “ Médico en tu casa”, que incluyó la organización de equipos básicos de salud para identificar las condiciones de vivienda y dirigir a las poblaciones vulnerables como mujeres gestantes, niños menores de cinco años, personas con discapacidad, adultos con riesgo cardiovascular y adultos mayores, hacia centros de salud y servicios de urgencias hospitalarios disponibles las 24 horas. Este enfoque contribuyó al atributo de **primer contacto**.

Así mismo se evidenció que en el PTS en relación con el atributo de **orientación comunitaria** se efectuaron las siguientes actividades: Se amplió y articuló la oferta de servicios de promoción de salud y prevención de enfermedades en las comunidades de las zonas rurales y urbanas, se realizó promoción de la participación ciudadana en salud para la gestión del riesgo colectivo, además, las acciones de salud se focalizaron en las comunidades para garantizar el goce efectivo de la salud.

El Plan de Desarrollo Territorial (PDT) propuso medidas centradas en la **coordinación**, basadas en un enfoque de modelo territorial. Este modelo promovió la integración entre el nivel primario y el complementario de atención médica, con el objetivo de mejorar la respuesta a las acciones de los equipos de salud, también buscó lograr una coordinación efectiva, resolución adecuada y manejo racional de la demanda, así como garantizar un acceso oportuno y continuo a través de servicios generales y especializados, igualmente planteó fortalecer el sistema de información, controlar la rotación del personal de salud e implementar programas de inducción, auditoría y seguimiento a los proveedores de salud.

De igual manera en el **enfoque familiar**, el PTS menciona la creación e implementación de programas intersectoriales y de impacto en los estilos y condiciones de vida de las familias, mayor control al seguimiento de la salud de las personas y su entorno familiar; en lo que corresponde a la **competencia cultural**, el mismo plan se compromete a promover la diversidad cultural a través de una estrecha colaboración con las distintas administraciones municipales y la participación activa de la comunidad en iniciativas de educación en salud y concertación. Esto implica trabajar de manera conjunta con las autoridades locales para fomentar el respeto y la valoración de las diferentes culturas presentes en la sociedad, así como involucrar a la comunidad en la promoción de la salud y en la búsqueda de consensos para mejorar la convivencia y el bienestar de todos.

La estrategia "Médico en tu Casa" buscó abordar diversas necesidades de la población y grupos específicos, reflejando el principio de **integralidad**. Sin embargo, en cuanto a la longitudinalidad, el PTS reconoció la importancia de gestionar la referencia y contrarreferencia procesos importantes para garantizar una atención integral y coordinada en la persona.

Resultados obtenidos en la aplicación del instrumento PCAT:

Durante los meses de diciembre de 2023 a febrero de 2024, se aplicó el instrumento PCAT a 139 personas vinculadas a la red de atención del Hospital Luisa Santiago Márquez Iguarán en Aracataca, Magdalena. Estas personas ocupaban diversos roles dentro de la institución, como se detalla en la Tabla 3 del estudio.

Caracterización y atributos según la percepción de los actores usuarios. PCAT- (AE):

De los 75 usuarios encuestados, la mayoría fueron mujeres (60), y la mayoría pertenecía al régimen subsidiado (72). 40 participantes indicaron vivir en zonas rurales. La mayoría de los encuestados (aproximadamente el 93.3%) no se identificaron con una pertenencia étnica específica. En términos de nivel educativo, la mayoría tenía educación de enseñanza media (37), seguido de educación básica primaria (23) y básica secundaria (6). (tabla 3)

Caracterización y atributos según la percepción de los usuarios Cuidadores de menores de edad. PCAT – (CE):

Se entrevistaron en total a 25 cuidadores de menores de edad afiliados al régimen subsidiado de salud, compuestos por 10 mujeres y 15 hombres. Del total, el 60% (15) residía en áreas urbanas. Además, el 84% indicó no pertenecer a ninguna etnia específica. En cuanto al nivel educativo, la mayoría tenía educación media académica (72%). También se observó que la mayoría de los encuestados que respondieron eran madres de los usuarios (68%).

Caracterización y atributos actor-gestores y/o directivos de salud. PCAT- (FE):

En la encuesta participaron 10 gestores de salud y/o directivos con diversas profesiones, como auditoría, medicina, psicología, enfermería, trabajo social y auxiliar administrativo. Sus edades estuvieron comprendidas entre los 23 y los 55 años, y todos tenían contrato laboral a término fijo con la ESE Hospital Luisa Santiago Márquez Iguarán. La antigüedad en el contrato laboral varió de 1 a 13 años, durante los cuales prestaron servicios en el hospital, con jornadas laborales que oscilaron entre las 8 y las 56 horas semanales.

Caracterización y atributos actor profesional de la salud: PCAT – (PE):

Participaron 29 profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y psicólogos, quienes trabajaban en diversas áreas asistenciales de la E.S.E Hospital Luisa Santiago Márquez Iguarán, como consulta programada, consulta no programada, urgencias y vacunación. Su experiencia laboral variaba desde uno hasta 23 años de servicio, con jornadas de trabajo que iban desde 8 hasta 86 horas semanales. Además, tenían contratos por prestación de servicios a término fijo o por horas laboradas.

Resultados de la valoración de la APS por los grupos entrevistados:

En general, todos los grupos evaluaron con puntajes bajos al menos dos características. A continuación, se destacan los atributos que recibieron baja valoración, es decir más del 40% de respuestas con puntajes menores a 6. La Atención longitudinal expresada por sí misma y por las características de coordinación y sistemas de información. fue el atributo peor evaluado por el 39% al 58% de todos los grupos (tabla 3). Los gestores y directivos, seguidos por los profesionales de salud, evaluaron entre cuatro y cinco características con puntajes bajos; sus bajas valoraciones coinciden en los atributos.

Los usuarios y los cuidadores de menores de edad y los gestores y/o directivos coincidieron en la baja valoración de la Atención integral-consejería y anticipación. Además, los cuidadores de menores de edad identificaron falencias en la atención integral relacionada con las prestaciones disponibles. El grupo de profesionales también evaluó negativamente la Atención continua-coordinación, Atención continua-sistemas de información, Enfoque Familiar e Idoneidad Cultural.

Los grupos que mejor valoraron diversas características fueron los usuarios y los cuidadores de menores de edad. Las mejores evaluadas fueron Atención continua-sistemas de información y Primer contacto-utilización, seguidas por Atención continua-coordinación, Orientación comunitaria e Idoneidad Cultural. Llama la atención la falta de concordancia en la valoración de la característica "Atención integral-prestaciones disponibles" entre los usuarios y los cuidadores de menores de edad. Los usuarios evaluaron positivamente esta característica, mientras que los cuidadores no la valoraron bien.

Finalmente, el 80% de los gestores y directivos valoraron con puntajes altos las características relacionadas con Primer contacto-accesibilidad, Atención continua-sistemas de información, Atención integral-prestaciones disponibles, Orientación comunitaria y Atención integral-consejería y anticipación. Entre el 58% y el 60% de los profesionales de salud entrevistados valoraron con puntajes altos la Atención continua-sistemas de información, Enfoque Familiar e Idoneidad Cultural.

Tabla 3. Resultados de la evaluación de los atributos de la APS, por grupos de actores clave usando el instrumento Primary Care Assessment Tools, Aracataca-Magdalena, 2023.

PCAT	Dimensión	% Mayor o igual a 6*	% Menor a 6*
PCAT (AE): Usuarios n=75/54%	B. Primer contacto – utilización	93%	6%
	C. Primer contacto – accesibilidad	86%	13%
	D. Atención longitudinal	60%	39%
	E. Atención continua – coordinación	86%	13%
	F. Atención continua – sistemas de información	92%	8%
	G. Atención integral - prestaciones disponibles	84%	16%
	H. Atención integral – consejería y anticipación	38%	61%
	I. Enfoque familiar	84%	16%
	J. Orientación comunitaria	84%	16%
	K. Idoneidad cultural	82%	17%
PCAT (CE): Cuidadores n=25/18%	B. Primer contacto – utilización	92%	8%
	C. Primer contacto – accesibilidad	88%	12%
	D. Atención longitudinal	60%	40%
	E. Atención continua – coordinación	92%	8%
	F. Atención continua – sistemas de información	96%	4%
	G. Atención integral - prestaciones disponibles	36%	64%
	H. Atención integral – consejería y anticipación	44%	56%
	I. Enfoque familiar	84%	16%
	J. Orientación comunitaria	92%	8%
	K. Idoneidad cultural	88%	12%
PCAT (PE): Gestores / directivos de salud n=10/7%	C. Primer contacto – accesibilidad	80%	20%
	D. Atención longitudinal	50%	50%
	E. Atención continua – coordinación	70%	30%
	F. Atención continua – sistemas de información	80%	20%
	G. Atención integral - prestaciones disponibles	80%	20%
	H. Atención integral – consejería y anticipación	60%	40%
	I. Enfoque familiar	60%	40%
	J. Orientación comunitaria	80%	20%
	K. Idoneidad cultural	60%	40%
	PCAT (FE): Profesionales de salud n=29/21%	C. Primer contacto – accesibilidad	86%
D. Atención longitudinal		41%	58%
E. Atención continua – coordinación		51%	48%
F. Atención continua – sistemas de información		60%	39%
G. Atención integral - prestaciones disponibles		72%	27%
H. Atención integral – consejería y anticipación		79%	20%
I. Enfoque familiar		58%	41%
J. Orientación comunitaria		67%	32%
K. Idoneidad cultural	58%	41%	

Fuente: Datos exportados del aplicativo PCAT.

*Se consideró como valor aceptable para todas las características la calificación igual a seis puntos y más, y como valor no aceptable el resto.

Atributos esenciales:

Primer Contacto: fue un atributo con alta valoración por el 88% al 93% de los entrevistados, los usuarios y cuidadores valoraron el uso, y todos los grupos la accesibilidad. La valoración guarda relación con el cumplimiento en relación con las metas y compromisos planteados en el PTS, sobre generar una oferta de servicios en salud que llegue a la población, y refleja el esfuerzo de los prestadores de salud por mitigar barreras de acceso.

Longitudinalidad: Como se mencionó anteriormente, esta característica resultó ser la peor valorada por todos los grupos de actores entrevistados. Los propósitos descritos por el PTS en relación con la longitudinalidad destacaron la importancia de fortalecer estilos de vida saludables, con un acompañamiento integral y continuo. Resulta inminente que la fragmentación del sistema de salud colombiano es difícil de superar con acciones en el nivel territorial que articulan actores de la atención en el nivel primario, pero no impactan las políticas de calidad en la atención, procedimientos y sistemas de información de las EAPB.

La integralidad de la atención fue valorada con baja puntuación por entre el 40% y el 64% de los usuarios, cuidadores de menores de edad y gestores en salud. Este resultado pone de manifiesto la necesidad de avanzar en acciones de prevención y promoción de la salud, conforme a lo planteado en el PTS. Para mejorar la atención integral, es esencial desarrollar planes de acción estratégicos que promuevan una mejora continua y creciente. Estos planes deben integrar prestaciones que respondan a las necesidades de diversos grupos poblacionales, con especial énfasis en la niñez y la adolescencia. Además, es crucial incorporar actividades de consejería y anticipación, entre otras, para garantizar un enfoque preventivo y proactivo en la atención en salud.

Coordinación de la atención. El 48% de los profesionales de la salud han evaluado con baja puntuación la coordinación en la atención, destacando su importancia en el fortalecimiento del sistema de salud. Se evidenció que la gestión territorial no logró el cumplimiento de las promesas establecidas en el PTS, especialmente en cuanto a la implementación de tecnologías de la información para una gestión pública transparente y eficiente, lo que hubiese podido impactar positivamente en la APS del municipio.

Atributos derivados

Enfoque familiar y orientación comunitaria: entre 40-41% de los profesionales y gestores en salud y/o directivos de salud asignaron bajo puntaje al enfoque familiar como parte del atributo. Es comprensible por su experticia y conocimiento de procesos y protocolos necesarios, que no tienen cabida en el modelo de atención actual. Sin embargo, la población valora los esfuerzos de programas colectivos, y entre 84% y 92% de los grupos de usuarios y cuidadores de usuarios menores de edad asignaron puntajes altos a este atributo. Aunque el PTS destacó la necesidad de desarrollar programas con enfoque familiar y comunitario, los resultados comentados por la mitad de los grupos encuestados, destacan la ausencia de dicho enfoque en la gestión de la salud del territorio. Los usuarios y los cuidadores de usuarios menores de edad, de modo contrario valoran con puntuaciones altas el atributo, y probablemente su evaluación refleje los esfuerzos por llevar programas de visita médica a las familias, y actividades de carácter comunitario realizadas en el PIC.

Enfoque familiar y orientación comunitaria: Entre el 40-41% de los profesionales y gestores de salud asignaron un bajo puntaje al enfoque familiar, lo que reflejó que este no se ajustó a los procesos y protocolos del modelo de atención actual. Sin embargo, la población valoró los esfuerzos de programas colectivos, con entre el 84% y el 92% de los usuarios y cuidadores de menores de edad asignaron puntajes altos a este atributo. Aunque el PTS destacó la necesidad de desarrollar programas con enfoque familiar y comunitario, los resultados indicaron que este enfoque seguía ausente en la gestión de la salud del territorio. La visión menos experta de los usuarios y cuidadores, garantizó que los esfuerzos de programas de visita médica a las familias y actividades comunitarias realizadas en el marco del PIC contribuyeron, sin embargo, es un área de mejora para la gestión territorial.

Competencia cultural: Entre 40-41% de los profesionales y gestores y/directivos, asignaron baja puntuación el atributo. Al analizar esta característica es importante considerar que una limitación presentada durante el trabajo de campo, fue la exclusión de usuarios con necesidades especiales para comunicarse, por lo que no pudo

ser tomada en cuenta su opinión. Esto demuestra la necesidad de fortalecer la educación e implementación de la diversidad cultural en los procesos de atención en salud, para cumplir plenamente con las propuestas del PTS, reconociendo la importancia de continuar trabajando en políticas, rutas y programas que reduzcan las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) con un enfoque étnico y diferencial, con el objetivo de mejorar las condiciones y el disfrute efectivo del derecho a la salud.

Discusión

Atributos esenciales:

Primer Contacto:

Nuestros resultados no coinciden con una revisión sistemática en Colombia (21) y otros estudios en Latinoamérica (22,23,24), donde los usuarios no evalúan con puntajes favorables este atributo. El hallazgo es novedoso, ya que en Colombia el modelo de aseguramiento se ha caracterizado por la fragmentación y la existencia de barreras para el acceso (25) y este atributo ha resultado mal evaluado anteriormente. Una de las posibles explicaciones se vincula al éxito en el trabajo de los equipos territoriales de salud y la canalización de la atención.

Longitudinalidad: Nuestros resultados coinciden con otras investigaciones del nivel nacional (21). En la actualidad el sistema permite que los pacientes reciban atención de múltiples proveedores en diferentes lugares y momentos, lo que dificulta establecer relaciones a largo plazo con los médicos (21), (26) (27). Esto se refleja en la insatisfacción del 97% de los usuarios con la atención médica según el Informe del Índice Nacional de Salud 2020 (28).

A pesar de haber instaurado la estrategia 'Médico en tu casa' en Aracataca, la rotación frecuente de médicos y las presiones para aumentar la productividad afectan la longitudinalidad de la atención médica en atención primaria (25,26) esto concuerda con un estudio realizado en Santander, Colombia, que identifica la falta de contratación de personal como causa de la poca actividad de los equipos provinciales y encuentra planes de atención segmentados, generando que los pacientes tengan que cambiar de médico con regularidad, e interrumpir la continuidad de la atención y dificultando de este modo la construcción de una relación a largo plazo con un prestador de atención primaria (23)

En el sistema de salud colombiano, los prestadores de atención primaria pueden enfrentar presiones para aumentar la productividad y reducir los tiempos de consulta, lo que puede limitar su capacidad para dedicar tiempo y recursos a establecer relaciones a largo plazo con los pacientes (28)

Integralidad de la atención

En nuestro estudio, todos los grupos de actores entrevistados, excepto los profesionales, asignaron baja puntuación a este atributo. Similar situación se reporta en Brasil y Perú, donde la integralidad en la atención puntúa con calificación baja. Estas investigaciones indican que al igual que en Colombia, las acciones educativas y de consejería, no buscan la prevención de la enfermedad si no la cura (29), los sistemas de salud de Perú y Brasil son compartidos el enfoque patogénico del sistema de salud colombiano, sumado a la falta de integración entre el sector público y privado. Un estudio en Bogotá identificó deficiencias en este atributo, destacando la necesidad de preparar al personal de salud para que brinde atención personalizada y oportuna, basada en el conocimiento de la familia y el entorno (30).

Coordinación de la atención.

Como es de esperarse, el grupo más crítico en este atributo fueron los profesionales de la salud quienes por su rol en el sistema de atención, reconocen la necesidad de fortalecimiento en sistemas de información, más aún cuando se han trazado metas en el PTS vigente. Aunque los sistemas de información son sólo una parte implicada en el atributo, es un factor esencial para evitar la duplicación de servicios y garantizar una atención coherente, lo que suele ser un desafío en el sistema de salud colombiano debido a la falta de mecanismos de

coordinación efectivos entre diferentes niveles de servicio y especialidades médicas. Además, la falta de seguimiento adecuado después de la derivación a servicios especializados o atención hospitalaria representa otro desafío importante (31).

De igual manera la falta de seguimiento adecuado después de la derivación a servicios especializados o atención hospitalaria es un desafío importante en la coordinación de la atención médica. Esto puede resultar en retrasos en el acceso a la atención de seguimiento para los pacientes. Un estudio realizado en Bogotá destaca la necesidad de mejorar la coordinación en el monitoreo de actividades y la evaluación de resultados en salud para mejorar la atención y reducir la mortalidad evitable (30). En países como Brasil, aunque se ha obtenido una alta puntuación en este aspecto, los usuarios aún perciben cierto desconocimiento al respecto (29).

Atributos derivados

Enfoque familiar y orientación comunitaria

Se destaca positivamente la gestión durante las visitas a la comunidad, que permite identificar condiciones y determinantes de salud a través de los Planes de Intervención Colectiva (PIC). Estos planes facilitan la comprensión de la situación de familias enteras y la impartición de talleres educativos dirigidos a poblaciones específicas dentro de un plazo definido, mediante equipos de promoción y cuidado de la salud en la estrategia "Médico en tu Casa". Este enfoque está en línea con los acuerdos del PTS y la estructura de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), que busca garantizar la atención sanitaria migrando hacia los territorios, formando promotores de salud y ampliando la oferta de servicios de salud con jornadas extramurales.

Casi la mitad de las valoraciones por parte de profesionales y gestores de salud resultaron bajas en el enfoque familiar. Se identificó una debilidad en la falta de integración de protocolos de atención con enfoque familiar, al igual que faltan actividades comunitarias en la mayoría de los centros asistenciales, las acciones priorizaron la atención individual. Esto destaca atender una la necesidad reconocida en el PTS, y es la de fortalecer programas integrales que consideren el entorno familiar y comunitario en la salud. El mismo plan contenía referencias sobre la importancia de adaptar servicios a los cambios frecuentes en el sistema de seguridad social para proporcionar una atención integral. Investigaciones previas en Colombia y Brasil respaldan estas observaciones, criticando la segmentación del sistema de salud y la orientación del enfoque individual y curativo del PCAT (29,30).

Competencia cultural:

Al igual que el atributo anterior, la mitad de los grupos entrevistados valoran con baja puntuación el atributo, ellos fueron los profesionales y los gestores y/o directivos. Es muy probable que las valoraciones altas de los grupos de usuarios y cuidadores de menores de edad, se deban en parte a la limitación que presenta el estudio, no entrevistó a personas que presentaran limitaciones para la comunicación, lo que excluye la opinión de grupos importantes para valorar dicho atributo. Esto subraya la necesidad de fortalecer la educación e implementación de la diversidad cultural en los procesos de atención en salud. A pesar de la importancia otorgada al enfoque diferencial, el funcionamiento de los servicios no garantiza automáticamente el acceso equitativo a los beneficios del SGSSS. La investigación destaca la necesidad de trabajar en políticas y programas que reduzcan las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) con un enfoque étnico y diferencial.

Este hallazgo coincide con estudios en Caranqui, Ecuador y Perú, que indican que la competencia cultural en salud no se cumple plenamente, creando barreras significativas en la atención. Es esencial que los equipos de salud integren la dimensión cultural en sus prácticas para mejorar la atención y garantizar el derecho a la salud. (32,33,34).

Conclusiones

1. La estrategia de APS en Aracataca ha obtenido resultados positivos en los atributos de primer contacto y orientación comunitaria, según todos los participantes. Se recomienda mantener los esfuerzos en el despliegue de servicios y la proyección avances de los programas comunitarios.

2. La longitudinalidad resultó ser la característica peor evaluada por todos los grupos de actores entrevistados. En su orden, la integralidad de la atención fue mal valorada por todos los grupos, excepto los profesionales. Por último, el enfoque familiar y la competencia cultural obtuvo bajas puntuaciones por parte de los profesionales y gestores en salud y/o directivos de salud. Desde el nivel territorial, el reto de la planificación de la APS implica impactar positivamente los atributos aquí mencionados.

3. Al analizar críticamente los atributos derivados de la APS identificados por Barbara Starfield, se reconoce la relevancia del enfoque familiar y la orientación comunitaria. La mejora de la calidad de la atención en el modelo territorial con enfoque familiar es prioritaria para avanzar en el modelo. Aunque el municipio ha cumplido algunas promesas del PTS relacionadas con los atributos de primer contacto y orientación comunitaria, se necesita fortalecer este enfoque y otros atributos. La continuación de intervenciones como "Médico en tu Casa" pueden convertirse en estrategias fundamentales para cumplir completamente con el PDT en salud. Fortalecer los atributos con bajos resultados implica garantizar suficiente personal de salud y recursos, promover relaciones a largo plazo entre médicos y pacientes, y adoptar un enfoque más preventivo en la atención.

4. Tanto el sistema de salud colombiano como la estrategia de APS "Médico en tu Casa" enfrentan desafíos significativos para garantizar el derecho a la salud. La escasez de recursos, la dificultad para mantener relaciones continuas médico-paciente, el enfoque en el tratamiento de enfermedades en lugar de la prevención y la falta de comprensión cultural son obstáculos clave.

Entre las limitaciones que plantea la evaluación realizada a partir del instrumento IA-PCAT es que centra la atención en las prestaciones individuales de salud y no aborda componentes importantes de la estrategia de APS como la intersectorialidad y la participación comunitaria. Es crucial detallar las acciones realizadas y no solo los propósitos, para establecer una relación más rigurosa entre lo planificado y los resultados.

Recomendaciones:

1. Seguir trabajando en pro del fortalecimiento de los atributos priorizados en la evaluación.
2. Continuar al frente de los cambios e innovaciones que presenta constantemente el sistema de salud colombiano.
3. Realizar nuevas investigaciones que apliquen el PCAT, además de valoraciones integrales en el territorio colombiano con el fin de conocer los resultados de la APS en el país.

Referencias bibliográficas:

1. Tejada de Rivero DA. La historia de la Conferencia de Alma-Ata. *Rev Peru Ginecol y Obstet.* 2018;64(3):361-6.
2. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS; 2007.
3. OPS/OMS | Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud en la Conferencia de Astaná [Internet]. [citado 31 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14753:new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0
4. Apráez Ippolito G. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. *P.* 2010;9(27):369-81.
5. Atención primaria de salud [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
6. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. Renewing primary health care in the Americas. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015;21(2-3):73-84. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17565795>
7. Starfield B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud servicios y tecnología. 2004.
8. Giraldo Osorio A, Vélez Álvarez C. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Aten Primaria* [Internet]. 2013;45(7):384-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.016>.
9. Monteiro VCM, Aiquoc KM, Xavier SSM, de Paula WKAS, de Souza NL, Pinto ESG. Evaluación del grado de implantación de los atributos de la atención primaria a la salud como indicador de la calidad de la asistencia

- prestada a las comunidades quilombolas en el estado de Rio Grande del Norte. Revista electrónica de enfermería. 2022, volumen No. 68: 488-499.
10. Lizana M, Flores EA, Carhuayo Luján S. Evaluación de los atributos de atención primaria de salud en establecimientos del primer nivel de atención de Ayacucho, Perú. *Rev Med Hered.* 2020; 31:175-180.
 11. World Bank Group; International Finance Corporation. Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia. World Bank Groups. 2019;130.
 12. Parga C, J.A. (2015). Evaluación del proceso de implementación de la estrategia de atención primaria en salud (APS), en el municipio de Palmira entre 2012 – 2014. Universidad del Valle.
 13. Vega R, R, Martínez C, J y Acosta R, N. Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud - APS1. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* vol.8 no.16 Bogotá Jan./June 2009.
 14. Izquierdo A, E. Análisis de la implementación de la estrategia Atención Primaria en Salud –APS en Santiago de Cali desde el modelo constructivista. Periodo 2016 – 2020. Universidad del Valle. 2022.
 15. De Colombia R, Suarez R, Zamora S, Conte G, Olarte MF. Ministerio de la Protección Social documento: sistematización de las experiencias desarrolladas en el país de atención primaria de salud -aps -y redes integradas de servicios de salud -riss-en los niveles territoriales. 2012;1-225. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co>.
 16. Ministerio. Modelo de salud predictivo y preventivo para una Colombia potencia mundial de la vida. *Model salud Predict y Prev para una Colomb potencia Mund la vida.* 2022;(32).
 17. Cuellar LC, Polania AP, Publica CS. Análisis de la Situación de Salud con el Modelo de Determinantes Sociales de Salud Municipio de Aracataca Secretario de Salud y Desarrollo Comunitario Ana Belén Fernández Pedroza Coordinadora de Salud Pública. 2023.
 18. Giraldo-Orsorio, A, Vélez Álvarez C, Ponzo J, Pasarín I, Berra S. Proceso colaborativo internacional para la adaptación al contexto colombiano de los cuestionarios PCAT para usuarios. *Rev. Salud Pública.* 2017;19(5):704-10.
 19. Álvarez CV, Osorio AG. Instrumentos para la evaluación de la atención primaria de salud: una revisión narrativa. *Enfermería Glob* [Internet]. 2015;328-41. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365841436016>.
 20. Los instrumentos PCAT (APS) – C I E S S [Internet]. [citado 19 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://ciess.sitios.fcm.unc.edu.ar/instrumentos-pcat-aps>.
 21. B GEV. Evaluación a elementos de Atención primaria en salud en Colombia, desde la perspectiva de enfermería Evaluation of elements of Primary Health Care in Colombia, from the nursing perspective. 2021;5(2):17-42.
 22. da Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Primary health care evaluation: The view of clients and professionals about the Family Health Strategy. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(5):979-87.
 23. Becerra-Canales B. Evaluación de la atención primaria durante la pandemia por COVID-19, en una región del Perú. *Enfermería Glob.* 2023;22(1):283-308
 24. Lima E de FA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima R de CD, Maciel ELN. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(3):553-9.
 25. Atención en salud fragmentada | Colombiana de Trasplantes [Internet]. [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: <https://colombianadetrasplantes.com/web/donacion/atencion-fragmentada>.
 26. Padula Anderson MI, Moral M, Cuadrado Segura M, Meoño T, Minué S, Donato R, et al. Evaluación de la Calidad en Salud en la Medicina Familiar y en la Atención Primaria en Iberoamérica. *Rev Bras Med Familia e Comunidad.* 2016;11(Suppl 2):26-36.
 27. Caroline Liliana Carrillo Avila. Evaluacion del equipo multidisciplinario de atención primaria en salud en una institución de primer nivel de atención en valledupar durante el 2017 y 2018 [internet]. [citado 12 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/3710/1/evaluación del equipo multidisciplinario de atención primaria en salud en una institución de primer nivel de atención en valledupar durante el 2017 y 2018.pdf](https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/3710/1/evaluación%20del%20equipo%20multidisciplinario%20de%20atención%20primaria%20en%20una%20institución%20de%20primer%20nivel%20de%20atención%20en%20valledupar%20durante%20el%202017%20y%202018.pdf).
 28. Atención en salud fragmentada | Colombiana de Trasplantes [Internet]. [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: <https://colombianadetrasplantes.com/web/donacion/atencion-fragmentada>.
 29. Huicho L, Diez Canseco F, Lema C, Miranda JJ, Lescano AG. Incentives to attract and retain the health workforce in rural areas of Peru: a qualitative study Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Peru: un estudio cualitativo. *Cad Saude Publica.* 2012;28(4):729-39.
 30. Chávez-Guerrero BM. Aportes para la transformación del sistema de salud colombiano. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2022;41(1):e348269.
 31. Cobreros Vicente L, Sunyer C. El deterioro de la atención primaria: factores que explican la presión asistencial y propuestas para reducirla. 23 de mayo de 2023 [citado 9 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://www.esade.edu/ecpol/es/publicaciones/el-deterioro-de-la-atencion-primaria-factores-que-explican-la-presion-asistencial-y-propuestas-para-reducirla/>
 32. Veliz-Rojas L, Bianchetti-Saavedra AF, Silva-Fernández M. Intercultural skills in primary health care: A challenge for higher education in contexts of cultural diversity. *Cad Saude Publica.* 2019;35(1):1-11.
 33. Da Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Primary health care evaluation: The view of clients and professionals about the Family Health Strategy. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(5):979-87.

34. Leon. KSL. Evaluación de la atención primaria de salud en el centro de salud de Caranqui 2021 -2022. 2023;7(2):809-20.