



Artículo Original



Historial del artículo:

Recibido: 20 | 10 | 2023

Evaluado: 14 | 11 | 2023

Aprobado: 15 | 12 | 2023

Publicado: 10 | 02 | 2024



Autor de correspondencia:

Keiver Darío Cardona Zapata
Universidad CES, Medellín, Colombia
kcardonad@ces.edu.co

How to cite:

Valencia Franco MC, Moreno Realphe SP, Franco Patiño MC, Castaño LC, Cadavid Mazo SY, Taborda Zapata DE, Cardona Zapata KD, Perdiguero Muñoz L, Manrique MC. Estudio cualitativo a propósito de una experiencia de formación médica en Atención Primaria en Salud en una comuna de Medellín, Colombia. Rev. salud. bosque. 2023;13(2):1-15.



DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v13i2.4451>

Estudio cualitativo a propósito de una experiencia de formación médica en Atención Primaria en Salud en una comuna de Medellín, Colombia

Marcela Cristina **Valencia Franco**
Universidad CES, Facultad de Medicina,
Medellín, Colombia.

Sandra Patricia **Moreno Realphe**
Universidad CES, Facultad de Medicina,
Medellín, Colombia.

María Camila **Franco Patiño**
Universidad CES, Facultad de Medicina,
Medellín, Colombia.

Leidy Catalina **Castaño Parra**
Universidad CES, Facultad de Medicina,
Medellín, Colombia.

Sandra Yaned **Cadavid Mazo**
Universidad CES, Facultad de Medicina,
Medellín, Colombia.

Deysi Eliana **Taborda Zapata**
Universidad CES, Facultad de Medicina,
Medellín, Colombia.

Keiver Darío **Cardona Zapata**
Docente Salud Pública Facultad de Medicina
Universidad CES, diseño metodológico, recolección y
análisis de la información, escritura y corrección final.

Laura **Perdiguero Muñoz**
University of South Florida, United States of America.

María Camila **Manrique**
Universidad CES, Facultad de Medicina,
Medellín, Colombia.

Resumen

Introducción: la presente investigación englobó la sistematización de la estrategia de Atención Primaria (APS) con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria en la comuna dos de Medellín, desde la perspectiva del equipo de la facultad de Medicina de la Universidad CES, con el objetivo de documentar el proceso y su complejidad, extrayendo aprendizajes que permitan su optimización para compartir con otras instituciones de educación superior e impactar a la política pública de formación del talento humano en salud.

Metodología: El presente fue un estudio cualitativo, hermenéutico, tipo sistematización de experiencia que se planteó en tres fases: delimitación, identificación y análisis. Se recopilaron fuentes documentales teórico-epistemológicas de la APS, informes del área de sostenibilidad de la Universidad CES, protocolos y guías de atención y se realizaron seis entrevistas semi estructuradas a integrantes del equipo para el desarrollo.

Resultados: Se logró evidenciar cuál ha sido su trayectoria socio histórica de la estrategia, reconocer tres ejes de acción y delimitar por medio de una organización intencional las condiciones teóricas, epistemológicas, de gestión y estructurales de la misma. Se reconocieron como factores de éxito de la estrategia un compromiso institucional desde la Universidad CES en la inversión para la conformación de un equipo de salud, la gestión territorial como actividad permanente que involucra a todos los actores de la comunidad y el papel protagónico de ésta en la planeación, ejecución y evaluación a lo largo de toda la estrategia.

Conclusiones: se trata de una estrategia fortalecida, robusta y organizada, que goza del reconocimiento por la comunidad beneficiada y genera conciencia en las/los estudiantes, sin embargo, se enfrenta a los retos de coexistir con el modelo tradicional de educación médica.

Palabras clave: territorialización de la atención primaria, visita domiciliaria, grupo de salud interdisciplinario, atención centrada en la persona, educación médica.

Qualitative study regarding a medical training experience in Primary Health Care in a commune of Medellín, Colombia

Abstract

Introduction: The present was a research that included the systematization of the Primary Health Care (PHC) strategy focused on Family and Community Health in the commune two of Medellín, from the perspective of the team of the Faculty of Medicine of CES University, with the objective of documenting the process and its complexity, extracting lessons learned that allow its optimization, to share with other institutions of higher education and to impact public policy for the training of health human talent.

Methodology: A qualitative, hermeneutic study, with systematization of experience type proposed in three phases: delimitation, identification and analysis. Theoretical-epistemological documentary sources of PHC, reports of the sustainability area of CES University, protocols, care guides were collected and six semi-structured interviews were conducted with members of the team as part of the development.

Results: the socio-historical trajectory of the strategy was evidenced, three action axes were recognized and the theoretical, epistemological, management and structural conditions of the strategy were delimited by means of an intentional organization. It was recognized as a success factor of the strategy an institutional commitment from CES University in the investment for the formation of a health team the territorial management as a permanent activity that involves all community actors and the leading role of the community in the planning, execution and evaluation throughout the strategy.

Conclusions: the present is a solid, robust and organized strategy recognized by the beneficiary community generating awareness among students; however, it faces the challenges of coexisting with the traditional model of medical education.

Key words: territorialization of primary care, home visiting, interdisciplinary health group, person-centered care, medical education.

Estudo qualitativo sobre uma experiência de formação médica em Atenção Primária à Saúde em na comuna de Medellín, Colômbia

Resumo

Introdução. Esta pesquisa compreendeu a sistematização da estratégia da Atenção Básica (APS) com foco na Saúde Familiar e Comunitária na comuna dois de Medellín, na perspectiva da equipe docente de Medicina da Universidade CES, com o objetivo de documentar o processo e a sua complexidade, extraindo aprendizagem que permite a sua otimização para partilhar com outras instituições de ensino superior e impactar à política pública de formação de talentos humanos em saúde.

Metodologia. Tratase de um estudo qualitativo, hermenéutico, tipo de sistematização da experiência que se propôs em três fases: delimitação, identificação e análise. Foram compiladas fontes documentais teórico-epistemológicas da APS, relatórios da área de sustentabilidade da Universidade CES, protocolos e guias de cuidados e foram realizados seis entrevistas semiestruturadas com membros da equipe de desenvolvimento.

Resultados. Foi possível demonstrar qual tem sido a trajetória sócio-histórica da estratégia, reconhecer três eixos de ação e delimitar através de uma organização intencional as condições teóricas, epistemológicas e de gestão e aspectos estruturais do mesmo. Um compromisso institucional foi reconhecido como factor de sucesso da estratégia da Universidade CES na aposta na formação de uma equipa de saúde, na gestão territorial como actividade permanente que envolve todos os actores comunitários e o seu papel protagonista no planeamento, execução e avaliação ao longo de toda a estratégia.

Conclusões. É uma estratégia fortalecida, robusta e organizada, que goza de reconhecimento por parte da comunidade beneficiada e conscientiza os alunos, porém, enfrenta os desafios de conviver com o modelo tradicional de educação médica.

Palavras-chave: territorialização da atenção básica, visita domiciliar, grupo interdisciplinar de saúde, cuidado centrado na pessoa, educação médica.

Introducción

Colombia es un país en vía de desarrollo que trabaja por remediar las inequidades en salud. Desde la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud por medio de la ley 100 de 1993, este ha protagonizado varias reformas (reforma del 2011 y la ley estatutaria del 2015) para ajustarse a las necesidades de las/los ciudadanos y a los lineamientos internacionales (1,2) con relación a la equidad en salud. De la misma manera, se espera que el sector académico fortalezca al recurso humano en las competencias que el medio demanda. Por ello, la facultad de Medicina de la Universidad CES ha orientado sus esfuerzos en el desarrollo de estas competencias en los futuros médicos, con la organización de escenarios para el desarrollo de la APS.

Indudablemente América Latina padece un déficit de personal de salud. En Colombia, para el año 2020 había 2,4 médicos por cada 1,000 habitantes; sin embargo, este promedio invisibiliza los problemas de acceso de la población que habita territorios rurales y dispersos por cuanto desconoce que la distribución de los médicos se concentra en las grandes ciudades, el interior de las mismas y los centros hospitalarios de mayor nivel de complejidad, descuidando el nivel primario incluso en las zonas urbanas (3). Las universidades deben esforzarse en formar médicos que puedan resolver la mayor cantidad de necesidades en salud de su comunidad, en las instituciones hospitalarias de baja complejidad y en lo posible, en los entornos hogar, escolar, comunitario y laboral.

Históricamente en el mundo occidental, tanto el sector salud como el académico, han sido morbicéntricos y en consecuencia hospitalocéntricos, y los desarrollos tecnológicos se han enfocado en mejores técnicas de diagnóstico y tratamiento (4). La Organización Mundial de la Salud OMS/OPS insiste desde 1978 en los múltiples beneficios que tienen los sistemas de salud basados en la APS y cuyos elementos esenciales incluyen la orientación familiar y comunitaria, el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y los recursos humanos adecuados (1).

En este contexto, el programa de medicina de la universidad CES en Medellín-Colombia, decide realizar una reforma curricular en la que la salud pública se convierte en un área transversal para la formación y se implementan prácticas clínico-comunitarias que llegan a los diferentes entornos como el escolar, hogar, comunitario y laboral (5). Algunas de estas prácticas se realizan en el marco de las asignaturas del área de salud pública, y otras hacen parte de asignaturas del área clínica. Todas ellas tienen las mismas condiciones de las rotaciones hospitalarias: syllabus, un campo de rotación, convenios docencia-servicio con las instituciones hospitalarias y educativas, docentes específicos, un número máximo de estudiantes por rotación y delegación progresiva.

Este artículo obedece a un ejercicio de sistematización de la estrategia APS en la comuna dos Santa Cruz, con enfoque en salud familiar y comunitaria desde la perspectiva del equipo de salud de la facultad de Medicina; conformado por docentes con disponibilidad de tiempo completo para el desarrollo de esta estrategia en el contexto pedagógico. Después de cinco años de trabajo ininterrumpido, se decidió documentar detalladamente la experiencia a fin de reconocerla y apropiarla de forma crítica, extrayendo aprendizajes que permitan su optimización, para compartir con otras instituciones de educación superior y tener impacto en la política pública de formación del talento humano en salud.

Materiales y métodos

Método: se planteó un estudio con enfoque cualitativo, tipo sistematización de experiencias partiendo de un paradigma comprensivo-hermenéutico. La metodología se estructuró en tres fases: delimitación, identificación y análisis (6). La fase de delimitación consistió en organizar la información de las fuentes documentales y las entrevistas de tal manera que pudiera reconocerse como resultado final una línea de trabajo, temporal, conceptual y reflexivo. La fase de identificación permitió reconocer las actividades, las tendencias y condiciones contextuales que han posibilitado el desarrollo de la estrategia. La fase de análisis crítico permitió identificar categorías emergentes, elementos en tensión tanto conceptuales como propios de la gestión y los retos para la sostenibilidad de la estrategia (7). Los resultados fueron presentados de acuerdo a los ejes que surgieron en el proceso de sistematización.

Reflexividad: los investigadores son docentes, profesionales en medicina con formación de posgrado en áreas clínicas y de salud pública, con experiencia entre uno y cinco años en la estrategia y decidieron realizar una mirada hacia adentro de las experiencias en la estrategia. Fueron cuidadosos en el análisis de las fuentes documentales por medio de la construcción de matrices y listas de chequeo que fueron revisadas en conjunto por el equipo. De igual manera, las entrevistas se llevaron a cabo y anonimizadas por una integrante del equipo y posteriormente las narrativas fueron analizadas en conjunto en un proceso dialógico que permitió identificar los ejes del proceso y aspectos emergentes.

Contexto: la comuna dos Santa Cruz es una localidad que se encuentra en la zona nororiental de la ciudad de Medellín, Colombia, con una población cercana a los 115.000 habitantes, es la más densamente poblada y la segunda más pobre de la ciudad.

Población: Profesionales de la salud del equipo de APS a cargo de la docencia, gestión e implementación de la estrategia APS en la comuna dos.

Muestra: muestreo por conveniencia e intensivo (8) que parte de la búsqueda de personajes clave - en este caso las/los profesionales de la salud a cargo de la estrategia docente de APS en territorio.

Aspectos éticos: esta investigación fue clasificada sin riesgo, se realizaron consentimientos informados para las entrevistas respetando el principio de autonomía y estas fueron anonimizadas a fin de garantizar la privacidad y la confidencialidad de la información.

Recolección de la información: se recopilaron fuentes documentales teórico-epistemológicas de la APS, lineamientos y experiencias de su implementación en América Latina, así como documentos producto del desarrollo de la estrategia en la universidad, como son los informes del área de sostenibilidad, los programas académicos, los protocolos y las guías de atención. Adicionalmente, se realizaron seis entrevistas semi estructuradas alrededor de cinco categorías preliminares: contexto socio histórico, perfil, organización, retos y proyección. Al respecto, se tuvo como referencia a Guber (9), planteando preguntas amplias alrededor de la manera como se vive y se desarrolla la estrategia en la

experiencia del equipo de salud, evitando dirigir el interrogatorio por medio de una atención flotante. Esto permitió desarrollar un escrito propio que llevara a la asociación libre de quien informa, y la categorización diferida, aun cuando en el proceso de creación del marco interpretativo, se contó con categorías preliminares. La información proveniente de las entrevistas fue anonimizada y las matrices se construyeron teniendo como referencia las fuentes documentales y los textos de las entrevistas.

Análisis de la información: para el análisis de contenido se realizó un proceso de codificación por parte de tres personas del equipo. La codificación fue axial alrededor de las categorías preliminares y también se identificaron categorías emergentes (codificación abierta). Una vez se tenía la información codificada y categorizada se construyeron matrices en Microsoft Excel por cada fase y eje de acción. Finalmente, para el cumplimiento de los criterios de rigor, se realizó un encuentro reflexivo con las/los participantes para realizar la triangulación de la información y llegar a acuerdos acerca de lo que ha sido en estos últimos cinco años la implementación de la estrategia (10).

Resultados

El proceso de sistematización de la experiencia permitió dar cuenta de su trayectoria socio-histórica, reconocer tres ejes de acción y delimitar por medio de una organización intencional las condiciones teóricas, epistemológicas, de gestión y estructurales de la misma. (Ver Ilustración 1).

Ilustración 1. Ejes de acción identificados en la sistematización de la experiencia de APS



Fuente: elaboración de los autores

Eje Fundamentación

Durante este ejercicio se pudieron identificar los siguientes elementos teóricos /normativos como derroteros para el trabajo: en primer lugar, el concepto de salud pública en el que se basó la definición de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) en el año 2000 y su posterior actualización en el 2020 que hace énfasis en el trabajo conjunto estatal y de la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de las personas. El campo

de acción de la salud pública se articuló por medio del listado de FESP que vincula la responsabilidad de las autoridades de salud de garantizar el derecho al acceso a los diferentes programas y servicios de prevención de la enfermedad y promoción de la salud (11-13).

Por su parte reconocemos la APS como: "estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud (13)."

Lo anterior mediante la aplicación de técnicas y metodologías reconocidas por la ciencia y la sociedad y cuyo propósito es contribuir a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud (14). Tanto la salud pública como la APS se materializan en Colombia mediante la Política PAÍS Resolución 429 del 17 de febrero de 2016 y su posterior desarrollo hacia el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) (15).

Así mismo, emergió en este ejercicio el reconocimiento de la aplicación de los enfoques de atención y cuidado de la salud dado que, en el marco del proceso de educación médica, cada acción educativa y asistencial, ya sea individual, familiar o comunitaria, se lleva a cabo posterior a una reflexión teórica y epistemológica de estos enfoques y, por tanto, se consideró de suma importancia declararlos.

El enfoque de derechos humanos reconoce que estos son universales, interdependientes, indivisibles y progresivos y aplica como principios la no discriminación, la inclusión social y la dignidad humana. En el caso de Colombia, se reconoce el derecho a la salud en la Ley estatutaria de Salud desde el año 2015 (16) donde las personas son el centro de atención sobre el cual se articula y promueve la respuesta institucional. Esto es coherente con el planteamiento del enfoque centrado en la persona que plantea el MAITE como una necesidad de información y promoción de un diálogo entre perspectivas que permita el reconocimiento como sujeto de derechos, para sí y para otros, y en consecuencia, brindar las condiciones de posibilidad para promover y garantizar el ejercicio de la ciudadanía de la salud (17). De la misma manera el enfoque de género parte del reconocimiento de la construcción sociocultural de lo femenino y lo masculino que alude al sistema de relaciones sociales, que llevan a la generación de un sistema de relaciones de significados y prácticas para el ser femenino y masculino, lo que ha sido internalizado mediante procesos de socialización de acuerdo con el contexto socio histórico. Por ello, el género es considerado un determinante social de la salud porque "hace una diferenciación jerarquizada de espacios y funciones sociales, sumando o restando oportunidades" (18).

El género es considerado un eje de desigualdad; para un real enfoque diferencial se admite la noción de interseccionalidad como modelo de análisis que permite el reconocimiento de otras categorías sociales que se erigen, junto con el género, como construcciones sociales legitimadas para reproducir prácticas de exclusión y discriminación, tales como la etnia, la raza, la orientación sexual, la discapacidad, la edad, entre otras (19). El concepto interseccionalidad da cuenta entonces de la convergencia de múltiples situaciones o condiciones de las personas que, puestas en contexto, significan exclusiones o desigualdades multilaterales. Es así como la adopción de un enfoque interseccional permite promover el desarrollo de políticas públicas más inclusivas, atentas a la diversidad y más democráticas (20).

Finalmente, el acompañamiento longitudinal de personas y familias en el marco del MAITE supone de igual manera el enfoque de curso de vida teniendo en cuenta los

principios del desarrollo a largo plazo, el tiempo histórico, lugar y el momento en la vida en que ocurren ciertas situaciones y su libre albedrío (autonomía). Se reconoce su trayectoria, las transiciones que ésta impone, los puntos de inflexión o grandes cambios que pueden presentarse y el reconocimiento de que las vidas se encuentran interconectadas (21-23).

Eje Contextualización

La premisa ética del acercamiento desde el trabajo respetuoso y colaborativo con y para la comunidad fue identificada como un factor de éxito que parte de un ejercicio participativo de construcción colectiva, donde confluyen las voces de diversos actores del territorio. En un primer momento se realizó un diagnóstico de necesidades socio-sanitarias de la comunidad, utilizando la metodología de *marco lógico* (24), con participación de representantes del entorno educativo, prestadores de servicios de salud, aseguradores, ente territorial, comunidad y agentes comunitarios, docentes, coordinadores y estudiantes de la Universidad CES. De este ejercicio surgieron las problemáticas priorizadas y líneas de trabajo por componentes de salud que posteriormente permitieron orientar las acciones en la comunidad.

Para poner en escena las acciones pactadas, se establecieron equipos de trabajo multidisciplinarios, conformados por docentes de la facultad, profesionales del ente territorial encargados de las acciones colectivas municipales, docentes y coordinadores de la institución educativa quienes se encargan de planificar, hacer seguimiento y evaluar las actividades implementadas, proponer ajustes razonables y oportunidades de mejora a las mismas. De otra parte y de manera regular, se llevaron a cabo encuentros denominados: Gestión territorial de la salud, donde se convocó a todos los/las participantes de la estrategia y se realiza a mayor escala el ejercicio previamente descrito, articulando el trabajo con otras facultades de la universidad y con actores de entornos aliados.

Cabe resaltar que gran parte de las actividades se implementan a partir del entorno educativo el cual está representado por la institución educativa que se encuentra enclavada con sus tres sedes en el territorio de influencia de la estrategia. El vínculo entre el colegio y la universidad se ha visto fortalecido por un compromiso de trabajo conjunto, cooperativo y dialógico, oficializado por un convenio interadministrativo de voluntades para garantizar la permanencia de las acciones en el tiempo.

Eje Construcción, implementación y evaluación de la estrategia APS

Construcción colectiva

Con base en estos referentes teóricos hemos producido material documental orientado a dos actividades sustantivas universitarias: la docencia y la extensión. Como parte de la formación de pregrado y posgrado en medicina, cada componente ha desarrollado material didáctico, resúmenes cognitivos, listas de chequeo e instructivos que garantizan el cumplimiento de las competencias a desarrollar de manera progresiva, dependiendo del nivel de formación de las/los estudiantes. Como parte de la extensión universitaria, cada componente ha desarrollado instrumentos de recolección de la información en salud teniendo como referente las rutas integrales de promoción y mantenimiento de la salud, la materno perinatal y los enfoques declarados en la estrategia. De igual manera se han diseñado los procedimientos para la activación de rutas de atención en salud y sociales en el territorio gracias al trabajo conjunto con los actores y las instituciones aliadas.

La conformación del equipo en la facultad de medicina ha sido un esfuerzo progresivo institucional conforme la estrategia va creciendo y se identifican necesidades de atención y cuidado. En la actualidad se ha consolidado un equipo que se percibe

sensible hacia las condiciones de inequidad y vulnerabilidad integrada por tres especialistas del área clínica: una de ellas cursando maestría, cuatro magisteres, dos de ellas candidatas a PhD en salud pública. Es importante precisar que han ingresado en diferentes momentos históricos de la estrategia y por tanto su percepción, así como sus experiencias fueron diferentes. Aquellas personas que ingresaron al inicio de la estrategia encontraron una idea desconociendo las condiciones del contexto y las necesidades del entorno; sin embargo, a medida que la experiencia se fortalecía, se logró estructurar y ampliar el equipo tanto en número de profesionales como en disponibilidad horaria, lo cual permitió hacer visible por parte de las/los nuevos integrantes una propuesta innovadora, relevante, pertinente, sistemática y ordenada.

Implementación de la estrategia

En el año 2018, la Universidad CES participó en la convocatoria que realizó la Alcaldía de Medellín para la implementación del MAITE en el municipio. Como resultado de dicha convocatoria se le asigna la comuna dos de Medellín, ubicada en la zona nororiental de la ciudad, con una población cercana a los 115.000 habitantes y que además es reconocida como la segunda comuna con mayor índice de pobreza de la ciudad.

En primera instancia se inició un proceso con un mapeo de actores (25), posteriormente se realizó un diagnóstico participativo de necesidades ya descrito previamente (26-28) y finalmente se cerró esta primera fase con un proceso de formación en construcción de indicadores de evaluación de experiencias comunitarias. Desde esta óptica de APS Integral y los resultados de la primera fase, el área de salud pública del pregrado de medicina (2018), posgrados clínicos de ginecología (2018), psiquiatría (2019) y posteriormente pediatría (2021), construyeron varias líneas de trabajo en territorio, tales como: salud sexual y salud reproductiva, salud mental, salud infantil y adolescente y salud familiar y comunitaria; esta última como eje central de la estrategia.

Se inició la experiencia, teniendo como eje articulador la conformación de dos equipos de cuidado primario conformado por dos profesionales en medicina con formación en Salud Familiar y Salud Pública con disponibilidad de tiempo completo, que acompañan una rotación de dos semanas en séptimo semestre de medicina y como una actividad semanal para estudiantes de posgrado de pediatría y psiquiatría. Estos equipos realizan visitas domiciliarias a familias priorizadas y remitidas de los diferentes entornos (escolar, institucional, comunitario) y una vez realizada la inclusión de la familia en el programa, se procede a aplicar las rutas de promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, se establecen actividades individuales, familiares y comunitarias en los entornos y si es necesario se articula con los otros componentes de la estrategia.

El componente Salud Sexual y Salud Reproductiva se desarrolla desde lo curricular en una rotación de una semana por ginecología y obstetricia, para estudiantes de octavo semestre, con el acompañamiento de una ginecóloga comunitaria con disponibilidad de treinta horas semanales para el desarrollo de las actividades comunitarias. Las acciones educativas se llevan a cabo usando pedagogías activas y participativas, con estudiantes de secundaria una vez por semana sobre autonomía corporal, toma de decisiones, autoesquemas, anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual, temáticas emergentes de las necesidades expresadas por la comunidad educativa. Además, se realizan espacios de reflexión con las familias de los escolares respecto a derechos sexuales y derechos reproductivos, para facilitar el acompañamiento de sus hijos. Desde la atención individual, se favorecen espacios donde los estudiantes de la institución educativa que han participado de lo educativo amplían información y aclaran dudas sobre sexualidad, antes de decidir y optar por métodos anticonceptivos.

Por su parte el componente Salud de la Infancia se desarrolla en el marco de dos rotaciones en el pregrado, una en sexto semestre (una semana) y otra en séptimo semestre (dos semanas) y como rotación de pediatría comunitaria y adolescencia para estudiantes de segundo y tercer año de posgrado de pediatría respectivamente, acompañados por una pediatra comunitaria con disponibilidad de tiempo completo en territorio. Este componente realiza consultas orientadoras de pediatría en el entorno escolar y la aplicación de la estrategia para la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Dichas consultas orientadoras son direccionadas por el grupo de apoyo pedagógico de la escuela; en caso de que el niño requiera una atención especializada o la necesidad de estudios diagnósticos, estos se direccionan a su respectiva Entidad Administradora de Plan de Beneficios de Salud (EAPB), o bien, se agendan en la consulta mural de Metrosalud cuando pertenezcan al régimen subsidiado. Desde lo colectivo, se llevan a cabo: escuelas de cuidadores y escuelas de profesores, orientadas en puericultura para promover y mantener hábitos de vida saludables, y reconocer oportunamente los signos de alarma que obligan a la atención médica.

Psiquiatría Comunitaria se desarrolla bajo la coordinación de una psiquiatra con disponibilidad de tiempo completo, en una rotación de una semana en octavo semestre de pregrado y una rotación de un mes en salud pública para estudiantes de segundo año del posgrado de psiquiatría. Éste se realiza por medio de cuatro componentes: 1) acciones educativas dirigidas a estudiantes y docentes de las instituciones educativas, a las familias y al personal de salud del primer nivel, en las cuales se elige la prevención universal siguiendo las recomendaciones de la Política Nacional en Salud Mental a partir de las habilidades para la vida saludable propuestas por la OMS; 2) atención individual orientada a los entornos hospitalario, hogar y escolar, donde la psicoeducación ha sido el componente central y para la cual se realiza la remisión de pacientes mediante una guía de direccionamiento de estudiantes y familias para orientación por psiquiatría; 3) discusión y resolución interdisciplinaria de casos, especialmente, con las docentes de apoyo, el psicólogo de Metrosalud, la coordinadora de la institución educativa y con las demás docentes de la estrategia de APS, particularmente con salud familiar y comunitaria; 4) intervenciones en momentos que exijan intervenciones puntuales.

En caso de ser necesaria una valoración adicional por componentes diferentes a los que ofrece la estrategia, se enruta a sus respectivas EAPBs que en Colombia son las que se encargan de la gestión de la atención en un sistema de salud que se basa en un modelo de aseguramiento mixto. Para el logro de esta articulación, se ha entrado en contacto con la institución prestadora de servicios de salud (IPS) pública (Metrosalud), y otras IPSs en las que las personas consultan, logrando que se permita a profesionales de la salud ingresar a sus sistemas de historia clínica y realizar las atenciones, generando gran aceptabilidad de la estrategia en el territorio y ha posibilitado una real articulación del nivel primario con demás niveles.

Implementación durante la Pandemia de COVID-19

En el proceso de sistematización de la experiencia, emergió el impacto de la emergencia económica, social y sanitaria por la COVID-19, por lo que se consideró necesario incorporar vivencias y soluciones propuestas por la estrategia para dar continuidad a la docencia y el servicio a la comunidad. Se migró a la virtualidad en la totalidad de la atención, actividades individuales por medio de telemedicina y colectivas como actividades educativas en el entorno educativo. Se fortalecieron las aulas virtuales, se ampliaron las aulas de tecnologías como *Zoom*, *Teams*, etc. y se intentó utilizar la plataforma universitaria *online Hola Doctor* para atender a las personas y sus familias. Sin embargo, uno de los principales retos que se encontró en la comuna fue la mala

conectividad a internet de los participantes, que contaban en su mayoría con planes de datos muy limitados o no tenían acceso (se estimó que sólo 40% de las personas en la comunidad contaban con conexión a internet) y aquellas que tenían acceso, debían compartir los aparatos tecnológicos con los demás miembros de la familia.

Se llevaron a cabo actividades educativas de psiquiatría comunitaria con los estudiantes de los colegios, seguimientos y asesorías de las personas que ya estaban en el programa y se conformó un grupo focal con jóvenes líderes de la comunidad para analizar cuál era la mejor forma de acercarse a la comunidad durante la pandemia y formación en primeros auxilios psicológicos con los docentes de las escuelas.

En cualquier caso, el volumen de pacientes atendidos disminuyó considerablemente tratando solo a 30% de las personas con respecto al nivel pre-pandemia. Se encontraron ciertas barreras para la implementación de las actividades relacionadas con las circunstancias de la pandemia: primero, la falta de intimidad de los adolescentes, lo que limitaba su capacidad de expresarse plenamente; segundo, debido a las circunstancias personales por las que estaban atravesando algunos de ellos, con la muerte o enfermedad de sus familiares, era difícil mantener su atención; tercero, las situaciones de violencia en algunas de las familias también se agravaron al permanecer tanto tiempo juntos en casa:

Fue súper difícil porque se estaban presentando unas situaciones muy graves. Entonces en una de las situaciones yo llamé, le dije al niño, eh, le dije al niño, como que, pues bueno, ¿cómo estás? Entonces me dijo "Ay un momentico tengo que cortar porque mi papá, mi padrastro, está matando a mi mamá. Después le volví a llamar. Obviamente quedé con el corazón en el techo, lo volví a llamar y me dijo como que la mamá estaba hospitalizada. Y qué y que la cosa como la policía no paraba bolas le tuvieron que decir a los a los muchachos para que le dijieran al *man* y lo amenazaron para que no volviera, esa fue la única manera. (Referente psiquiatría comunitaria UCES)

De igual manera, el componente de Salud Familiar y Comunitaria realizó valoraciones de salud familiar por telemedicina utilizando el teléfono y *WhatsApp*, dado que eran los medios disponibles para la comunidad. Semanalmente se realizaron aproximadamente diez valoraciones y la atención se centró en la sensibilización acerca de la prevención de la COVID 19, los signos de alarma para consultar y el apoyo psicosocial ante situaciones de duelo.

Evaluación de la estrategia

A pesar de haber diseñado colectivamente unos indicadores como punto de partida de la estrategia, estos no se materializaron en un sistema de evaluación concreto, situación identificada como un reto en 2018. Por este motivo, en el año 2020 se establecieron una serie de indicadores para cada uno de los cuatro componentes de la estrategia que evalúan la cobertura de servicios. Las especialidades de salud sexual y reproductiva y de salud mental sí contaban con indicadores que evalúan los resultados de las intervenciones, sin embargo, no existían indicadores de estructura ni de proceso. Adicionalmente, debido a la pandemia de COVID-19, hubo que adaptar la mayoría de las actividades y por este motivo no se pudo realizar adecuadamente el recuento de pacientes atendidos con base a los indicadores establecidos.

De cara al futuro, y con la intención de unificar este proceso de evaluación, se espera diseñar nuevos indicadores de proceso y estructurales, así como añadir más indicadores de resultados y adaptar los de cobertura. El objetivo es establecer un sistema de evaluación sólido que permita replicar el proceso en años sucesivos y de esta forma implementar mejoras en la estrategia con base al análisis de la evolución de cada indicador y la detección de áreas con más déficits; además, compararlos con indicadores de salud que usualmente son objeto de seguimiento en salud pública.

Discusión

La estrategia académica e intersectorial de APS ha logrado consolidarse desde lo curricular y lo comunitario. Con base en el análisis de los soportes documentales y las entrevistas, se puede decir que se cuenta con reconocimiento territorial y alianzas sostenibles. Se ha podido mantener los vínculos con las instituciones y actores comunitarios y la posibilidad para la implementación de nuevos proyectos que lleven a un aumento de la cobertura, de la participación comunitaria y del trabajo interinstitucional público y privado, que conduzcan a continuar trabajando por el logro de un real ejercicio de la ciudadanía de la salud en la comuna dos. Un factor de éxito de la estrategia fue un compromiso institucional desde la Universidad CES en la inversión para la conformación de un equipo de salud con disponibilidad de tiempo completo para el desarrollo de la APS; la gestión territorial como actividad permanente que involucra a todos los actores de la comunidad y el papel protagónico de ésta en la planeación, ejecución y evaluación a lo largo de esta.

No obstante, en la operativización de lo antes descrito, emergieron tensiones y resistencias, debido a la confluencia entre los modelos tradicionales de educación médica, centrado en la enfermedad, que privilegia la curación individual; asimismo, la perspectiva actual de la academia, que propone una formación médica orientada en la salud pública, con una mirada poblacional, desde las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de los sujetos, encausada en los determinantes sociales de la salud, con un enfoque en medicina preventiva y promoción de la salud. A pesar que desde lo curricular existe un reconocimiento de las tendencias contemporáneas en educación médica, aún persiste el que se les asignen actividades a las/los estudiantes en el tiempo de salud pública (4-29).

En segundo lugar, en el territorio, encontramos una gran barrera impuesta por las lógicas propias del sistema de salud colombiano basado en el aseguramiento, un sistema de salud fragmentado, basado en el asistencialismo. Esto desfavorece la navegabilidad de los ciudadanos para el goce efectivo del derecho a la salud evidenciado al momento de la activación de las rutas, que no se completaron en lo institucional. Esto concuerda con Reina *et al.* con relación a la afectación de la integralidad al momento de implementar la estrategia APS por parte de los actores del sistema en Pereira (30). Esta situación, también fue identificada por Sotelo *et al.*, quienes enunciaron como dificultades la inaccesibilidad, la discontinuidad y la fragmentación de servicios; así como una débil autoridad sanitaria e intereses económicos, como barreras en el departamento de Santander (31).

Esta fragmentación de los servicios, así como su extrema especificidad en términos de lo que es necesario para facturar, limita la capacidad resolutoria del personal médico. Por ejemplo, si una profesional está realizando AIEPI, no puede tratar ninguna otra patología que no se encuentre en el marco de ésta y tendría que sacar una consulta diferente para poder atender y resolver la situación. Esto segmenta el servicio, personas, resolutoria, la integralidad y el enfoque centrado en el paciente. Al respecto valdría la pena realizar investigaciones a profundidad enfocada en economía en salud, porque esta práctica está lejos de ser costo-efectiva en el marco de las eficiencias del sistema de salud colombiano.

Las barreras identificadas, dadas las condiciones de vulnerabilidad de la comuna dos estuvieron relacionadas con los gastos de transporte, la oportunidad de la atención y los gastos de bolsillo concordando de igual manera con Reina *et al.* Estas afectaron con mayor frecuencia a las personas en los extremos del curso de vida, mujeres, vícti-

mas de violencia de género y población migrante, lo que da cuenta de la importancia del análisis de interseccionalidad amplio que plantea Viveros (18) y en aquellos componentes que revisten una mayor vulnerabilidad social como son salud sexual y salud reproductiva y la salud mental. Esta condición ha sido analizada por Arias donde resaltó la persistencia en la región de las Américas dicho gradiente de mala salud y por otra parte cómo esta categoría tiene una alta relación con las condiciones de pobreza multidimensional (32-33).

Otra barrera interna de la estrategia identificada en la sistematización, es la imposibilidad de realizar un proceso de evaluación coordinado y continuo que permita su trazabilidad debida a que los procesos de evaluación no dependen directamente de la estrategia sino de los lineamientos universitarios que han ido cambiando a medida que cambian las administraciones. Esta situación de igual manera se presenta tanto en los entes territoriales como en los actores sanitarios, lo que finalmente se ve reflejado en una diversidad de formatos por institución, que generan una gran cantidad de información sin que ello lleve a evaluaciones de calidad, como fue identificado por el Ministerio de Salud y Protección Social (34).

A nivel nacional, se han encontrado esfuerzos desde la academia para implementar la APS, lo que da cuenta de su reconocimiento como elemento clave para el mejoramiento de las condiciones de salud, enfermedad y cuidado de nuestra población. Todas estas estrategias aportan a la discusión en la materia develando elementos en tensión y retos a futuro, al igual que la nuestra. Esta movilización académica por la APS, tiene un potencial muy valioso que vale la pena replicar para lograr transformaciones reales del contexto sociosanitario de nuestro país, en la formación integral de profesionales y el ejercicio de la ciudadanía de la salud de los territorios (32-34).

Conclusiones

Es factible mediante un esfuerzo organizado entre la academia, la institucionalidad territorial pública y privada y la comunidad, emprender acciones de APS. Esta experiencia puede ser reproducible en otros entornos y se identificó que el éxito ha radicado en la centralidad y protagonismo de la comunidad, la gestión permanente y la conformación de un equipo cualificado para la atención integral.

La situación se enfrenta a los retos de coexistir con el modelo tradicional de educación médica y un sistema de salud basado en el aseguramiento que impone barreras acerca de las cuales se requerirán soluciones concertadas en el marco de la coordinación intersectorial. Por ejemplo, en estos momentos se está concertando desde la mesa de salud mental del municipio los lineamientos para la comunicación intersectorial que permita que las activaciones de las rutas y las remisiones sean efectivas.

Es importante la consolidación de un modelo de evaluación sostenible que permita la identificación, el diseño, la planeación y la ejecución en contexto, que requerirá de un proceso de negociación al interior de la universidad y en conjunto con actores sanitarios que lleve a la generación de datos de calidad.

Queda por desarrollar y fortalecer esa idea de la movilización académica por la APS que es visible en la literatura científica nacional, el fortalecimiento de redes de conocimiento ya existentes o la creación de nuevas, para compartir experiencias y desarrollar acciones de abogacía de manera organizada.

Agradecimientos

A la comuna dos Santa Cruz de Medellín, sus habitantes, sus espacios, su voluntad y afecto.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés.

Financiación

Ninguna.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de ALMA.ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS.1978. Disponible en:
<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Astaná. Conferencia Global en Atención Primaria en Salud, Kazajistán. 2018. Disponible en:
<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
3. Sistema Integral de Información SISPRO. Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) [sitio Web]. Bogotá DC: Ministerio de Salud y Protección Social;2022. [citado 2023 10 04]. Disponible en:
<https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>
4. Menéndez E. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud Colect. 2020;16: e2615. DOI:
<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
5. Gual A. The General Medical Council revises a key document: Tomorrow's Doctors. Educ. méd. 2009; 12(3): 125-8.
6. Selener D. Manual de sistematización participativa: documentando, evaluando a aprendiendo de nuestros proyectos de desarrollo. 2a ed. Quito: Instituto Internacional de Reconstrucción Rural.1996.
7. Chávez-Tafur J. Aprender de la experiencia: una metodología para la sistematización. 1a ed. Lima: Asociación ETC Andes-Fundación ILEIA. 2006.
8. Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2006. Publicación Científica y Técnica No. 614. Disponible en:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/729/9275316147.pdf?s>
9. Gúber R. La etnografía: método, campo y reflexividad. 1. ed. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2001.
10. Gibbs G. El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata; 2012.
11. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas- Volumen II. Washington DC: OPS; 2002. Publicación Científica y Técnica; 587
12. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de salud pública. En: OPS ed. Desafíos para la educación en Salud Pública. La Reforma Sectorial y las Funciones Esenciales de Salud Pública. Washington DC: OPS; 2000. p.33-58.

13. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: OPS; 2020.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 de 2011. Diario Oficial No. 47.957 (2011 enero 19).
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019. Diario Oficial No. 51.092 (2019 sep 27).
16. Congreso de la República de Colombia. Ley estatutaria 1751 de 2015. Diario Oficial No. 49.427 (2015 feb 16).
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Resolución No 1841 de 2015. Diario Oficial No. 48811 (2013 may 28).
18. García-Villanueva J, Díaz-García DI, Hernández-Ramírez CI. La transversalización de la perspectiva de género como una herramienta de intervención en educación. Rev Investigium IRE Cienc Soc Humanas. 2020; 11(1):69-82. DOI:
<https://doi.org/10.15658/INVESTIGIUMIRE.201101.06>
19. Gil Hernández, F. Estado y procesos políticos: Sexualidad e interseccionalidad [Monografía Internet]. Río de Janeiro, Brasil: Sexuality Policy Watch. Org; 2016. Disponible en:
<https://www.sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/2009/10/estado-y-procesos-politicos-sexualidad-e-interseccionalidad-franklin-gil.pdf>
20. Viveros-Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Debate Fem. 2016; 52 (2016). DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
21. Blanco M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. RELAP. 2011; 5(8):5-31. DOI:
<https://doi.org/10.31406/relap2011.v5.i1.n8.1>
22. Parodi J. El Curso de Vida: renovando el enfoque y buscando oportunidades para la Salud Pública [Monografía Internet]. Palo Alto CA - US: Issuu; 2015. Disponible en:
https://issuu.com/unidadninezayadolescencia/docs/el_curso_de_vida_renovando_enfoque
23. Grupo Curso de Vida. ABECÉ Enfoque por curso de vida. Bogotá DC: Dirección de Promoción y Prevención-Ministerio de Protección Social; 2015. Disponible en:
<https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Enfoque-del-curso-de-vida.pdf>
24. Cárdenas-Torrado L, Cruz-Casallas NE, Álvarez-Cardona N. Revisión del marco lógico: conceptualización, metodología, variaciones y aplicabilidad en la gerencia de proyectos y programas. RIEM; 22(1):117-33. DOI:
<https://doi.org/10.19053/01211048.13408>
25. Betancur- Betancur C. Crear la vida con otros: promoción de la salud mental en las prácticas sociales de organizaciones culturales de la comuna 2 de Medellín, Santa Cruz [Tesis doctoral]. Medellín: Doctorado Salud Publica-Universidad CES; 2022. Disponible en:
<https://repository.ces.edu.co/handle/10946/6144>
26. Toye F, MacLellan J, Dixon S, McNiven A. Understanding primary care perspectives on supporting women's health needs: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2023; 73(735): e760-8. DOI:
[10.3399/BJGP.2023.0141](https://doi.org/10.3399/BJGP.2023.0141).
27. Ben Mesmia H, Rajan D, Bouhafa Chtioui R, Koch K, Jaouadi I, Aboutaleb H, De Courcelles S, Atmani L, Pujos B, Mtiraoui A. The Tunisian experience of participatory health governance: the Societal Dialogue for Health (a qualitative study). Health Res Policy Syst. 2023; 21(1):84. DOI:

[10.1186/s12961-023-00996-6](https://doi.org/10.1186/s12961-023-00996-6).

28. Morteruel M, Bacigalupe A, Moreno A. Hacia el buen gobierno por la salud: incorporación de la diversidad de percepciones en salud urbana. *Gac Sanit.* 2022;36(1):25-31. DOI:

[10.1016/j.gaceta.2020.11.003](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.003)

29. Acevedo-Giedelman P, Hernández-Rincón E, Ávila-Celis P, Quiroga-Carillo M, Sánchez-Vergara J. La salud pública como pilar para la educación de los profesionales de salud en Colombia. *Educación Médica Superior.* 2020;34(1):e1674.

30. Reina-Bolaños CA, Tobar-Blandón MF. Barreras y facilitadores en la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en Palmira, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2019; 21(6):614-21. DOI:

<https://doi.org/10.15446/rsap.V21n6.74723>

31. Sotelo-Daza J, Ramos-Valencia OA, Galarza-Iglesias AM. Experiencias en implementación de rutas integrales de atención en salud en Cauca. Un estudio cualitativo. *Salud UIS.* 2023; 55: e23053. DOI:

<https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23053>

32. Arias-Uriona AM, Losantos M, Bedoya P. La interseccionalidad como herramienta teórico-analítica para estudiar las desigualdades en salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica.* 2023;47: e133. DOI:

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.133>

33. Granados-Martínez A Interseccionalidad en salud, pobreza y vulnerabilidad. *Papeles De Población.* 2022; 28(111);137-61. DOI:

<http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2020.111.06>

34. Suárez R, Conté G, Olarte M, Zamora S. Sistematización de experiencias desarrolladas en el país sobre APS y RISS en los niveles territoriales. Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2012. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Sistematizaci%C3%B3n%20experiencias%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20Salud.pdf>