

CAPÍTULO 5.

RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

Miguel Ángel Tobo Tobo
Enfermero. Magíster en Administración de Salud
Especialista en Epidemiología
Especialista en Pedagogía
Investigador Grupo Municipio Saludable

INTRODUCCIÓN

La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) junto con la medicina social tiene sus orígenes desde el siglo XVIII, con Johann Peter Frank y Villermé; después, en 1848, surgió el movimiento liderado por Rudolf Virchow y Jules Guerín entre otros, interesados en visibilizar un pensamiento que concibiera la salud como un derecho humano fundamental (1). Con lo mencionado se quiere precisar que el surgimiento de la estrategia APS no fue en 1978, como afirman en la mayoría de los textos sobre el tema.

La Declaración Internacional de Alma-Ata de 1978 fue el resultado de una apuesta heroica de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), para buscar alternativas frente a las grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida, así como la pobreza y el abandono de los sectores mayoritarios de la población (2).

A esta convocatoria asistieron 134 países, 67 organismos internacionales y muchas organizaciones no gubernamentales, escenario que dio origen a una iniciativa mundial que llevara al cumplimiento progresivo de la meta social y política de “Salud para todos”, acontecimiento que buscó visibilizar y rescatar experiencias internacionales en medicina tradicional de países como China e India y otras formas académicas no occidentales, que hicieron énfasis en una atención en salud con enfoque integral; igualmente países de África y América Latina, a pesar de la duras críticas ejercidas por los representantes del modelo hegemónico(3).

Como menciona el Dr. Apraez

(1) hubo experiencias que no fueron reconocidas ni integradas en tal conferencia internacional, y las razones de dicha ausencia estuvieron relacionadas con las dinámicas impuestas por la bipolaridad ideológica y económica entre los llamados bloques socialista y el capitalista, siendo visible una nueva forma de confrontación, denominada “la guerra fría”. Igualmente, esta dinámica incidió directamente en la adopción de la propuesta de Alma-Ata en todo el mundo, razón por la cual en los gobiernos de nuestro continente hubo resistencias y sobre todo interpretaciones erróneas de la propuesta original (4).

1 Dr. Halfdam Malher, director general de la OMS y Dr. David A. Tejada de Rivero, Médico; MPH; especialista en Salud Pública; especialista en Planificación y Desarrollo Económico; Dr. en Ciencias Políticas, ex subdirector general de la OMS, coordinador general de la Conferencia de Alma-Ata y exministro de Salud del Perú.

Por consiguiente, la filosofía original de Alma-Ata, que enfatizaba en la concepción integral de la salud, fue remplazada por un enfoque restringido; hoy denominado por la Organización Panamericana de la salud, como “APS selectiva” y propiciado por la UNICEF y el Banco Mundial, como un programa de lucha por la sobrevivencia infantil y materna, razón por la cual nuestro país y, por ende, el departamento de Boyacá, fueron permeados fuertemente por esta iniciativa; orientada principalmente al control de las enfermedades endémicas de los países en desarrollo, mediante intervenciones médicas costo-efectivas. Los principales programas incluidos en este enfoque, fueron conocidos por sus siglas en inglés como GOBI, control de crecimiento y desarrollo, técnicas de hidratación oral, lactancia materna e inmunización; que posteriormente fue ampliado y conocido como GOBI-FFF, también por sus siglas en inglés, y que incluye tres intervenciones adicionales: alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar (5).

El presente documento muestra la reconstrucción de la experiencia en la implementación de la estrategia de APS en el departamento de Boyacá, contada por sus protagonistas y enmarcada en un contexto político, social, económico y cultural, propio de la época; dejando ver cómo la experiencia local, inicia desde antes de la declaración de Alma-Ata, por influencia directa e indirecta de actores nacionales e internacionales respectivamente.

Justificación

En el marco de un compromiso político de la Asamblea Departamental de Boyacá, del periodo 2009-2012, se expidió la Ordenanza 023 de 2010, la cual retoma la estrategia de APS, con enfoque de salud familiar y comunitario, para la optimización e integración del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para el departamento (6). Proceso liderado por un equipo de profesionales de la secretaría departamental con el respaldo del secretario departamental de Salud de dicho periodo, quienes reconociendo la experiencia vivida por el departamento en la

implementación de la estrategia de APS, en las décadas del 80 y 90 del siglo pasado, deciden impulsarla nuevamente.

La socialización de la ordenanza contó con el apoyo de profesionales de la Universidad de la Sabana y para reconocer experiencias operativas en APS, se hizo articulación con un equipo de profesionales con experiencia en el tema, quienes incorporaron los logros de la experiencia de APS en Bogotá durante los años 2002-2005, específicamente de las empresas sociales del Estado (ESE) de Nazareth y Red Sur, en las localidades de San Juan de Sumapaz y Kennedy, respectivamente. Siendo uno de los compromisos de dicho equipo, la reconstrucción histórica de la estrategia de APS en el departamento, la cual se retoma como objeto del presente capítulo.

El problema central a resolver en este ejercicio investigativo se plantea desde la inexistencia de documentación de más de 20 años de experiencia acumulada en la implementación de la estrategia de APS en el departamento de Boyacá, departamento que ha sido pionero en el tema para el país. La falta de dicha documentación también ha impedido el reconocimiento y reflexión sobre el camino recorrido, sus logros, aprendizajes, situaciones, circunstancias y actores que incidieron en la evolución del proceso de operacionalización de la estrategia de APS en el departamento.

Desde esta perspectiva, la presente investigación reconstruye el proceso de la estrategia APS en Boyacá; desde 1978 hasta 2010, a partir de la interpretación y comprensión del punto de vista de algunos de sus protagonistas, principales hitos, actores y situaciones que incidieron en el desarrollo del proceso. La relevancia de los resultados está en poner en práctica los aprendizajes, que sirvan de insumo para el fortalecimiento del proceso departamental y municipal, en el contexto de la Ley 1438 de 2011 y del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y el Modelo de Acción Integral Territorial en Salud, para el departamento.

1. METODOLOGÍA

La metodología utilizada se denomina *Sistematización de Experiencias*, y pertenece al enfoque cualitativo de la investigación social; dicha metodología es útil en la producción de conocimiento intencionado y colectivo, desde la práctica. Establece un espacio y un momento construido por consenso para ir reflexionando ordenada y críticamente sobre lo que hacemos; es retrospectiva, es decir, se han reconstruido, interpretado y socializado procesos ya vividos, prácticas ya concluidas. En definitiva, es la reconstrucción ordenada, coherente y crítica de una práctica social, de tal modo que pueda ser interpretada y contextualizada histórica y socialmente, así como socializada entre sus participantes, con el propósito de contribuir a cualificar dicha experiencia (7).

Según, Jara (8) la sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su organización, ordenamiento y reconstrucción, descubre o explica la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo.

1.1 Ruta metodológica

Tomando como base la propuesta de Zúñiga *et al.* (9), la interpretación y el análisis se llevan a cabo en tres fases: reconstrucción, interpretación y potenciación de la experiencia.

Reconstrucción total y particular en cada actor clave

Se inicia provocando el relato de experiencias por parte de los sujetos involucrados, conformando un corpus de relatos tal como son interpretadas por los actores; es decir, cargadas de imaginación, afectividad y represión. De esta manera, la riqueza de las historias es fundamental, pues contiene todo el contexto sociocultural en el que se expresa el sentido de la experiencia, se privilegian todos relatos de la experiencia vivida por los actores, no solo los actores claves o

destacados, ya que todos tienen algo que decir de ella. En este sentido, el esfuerzo de la sistematización se dirige a reconstruir una versión compartida de la experiencia (10).

Los actores

Corresponden a cuatro profesionales de la salud; un Médico y tres profesionales de Enfermería, todos con formación en Maestría en Salud Pública; 2 trabajadores actuales, 2 exfuncionarios; trabajadores de la academia que participaron o conocieron el proceso y, por ende, contribuyeron con el desarrollo y sus resultados, ya sea desde la Secretaría Departamental de Salud (SESALUB), desde los municipios, o desde ambos. La selección de los informantes se hizo por conveniencia, buscando obtener información desde las dos categorías de actor definidas por los investigadores: *operativos*, por visión directa de la experiencia, al estar totalmente involucrados en el ámbito comunitario, y *administrativos*, por su liderazgo en la gestión institucional y en algunos casos con alguna aproximación a la comunidad.

Recolección de la información

La recolección de la información es de base testimonial, por medio de la técnica de entrevistas semiestructuradas a profundidad, individuales, a los actores claves, utilizando un guion de preguntas abiertas, flexibles y ajustadas a la dinámica de cada actor y orientadas desde el marco conceptual de APS a los objetivos de la investigación. De esta manera, los datos surgen de la transcripción de las entrevistas y la configuración de los relatos, siendo estos la unidad básica de sentido; los relatos se organizan para favorecer la confrontación de las versiones de los actores y la periodización endógena, a través de la denominada “reconstrucción de episodios”, hasta lograr un macrorrelato consensual, sin ocultar la diversidad de vivencias, la pluralidad de miradas y la existencia de conflictos (9).

En el contexto de la investigación cualitativa, la *entrevista abierta y personal* es un instrumento útil para indagar un problema y comprenderlo tal como es contextualizado e interpretado por los sujetos estudiados, sin imponer categorías preconcebidas; dado que, la entrevista no es un protocolo estructurado, el investigador decide cómo enunciar las preguntas y cuándo formularlas (11).

La interpretación

Según Zúñiga *et al.* (9), esta fase tiene un carácter hermenéutico y consiste en captar el sentido de la experiencia, desde las categorías significativas puestas en juego en la interpretación de la experiencia, no solo la de los actores, sino también la nuestra. Descubrir si estamos hablando de lo mismo, clasificando y encuadrando algo semejante; en últimas, implica asumir la diferencia semántica no para ponernos de acuerdo, sino más bien para hablar de esa diferencia en cuanto modos diversos de constituir e interpretar el mundo y actuar sobre él.

En esta fase se presentan tres pasos:

- a. *Principios de legibilidad de la experiencia*: implican hacer lectura de relatos, ubicando núcleos temáticos hasta lograr su saturación, poner a prueba los núcleos seleccionados por parte de los actores, reorganización de los núcleos en función de los ejes estructurales de la experiencia.
- b. *Gramática de las relaciones sociales dentro de la experiencia (actores y perspectivas)*: se procede a distribuir a los actores en categorías, relaciones de las distintas categorías de actor (estructura de poder y mecanismos de control) y división de las modalidades interpretativas en relación con cada categoría de actor.
- c. *Construcción de las lógicas subyacentes a la experiencia*: se hace análisis comparativo de las transformaciones y negociaciones en los procesos y en los sujetos en el desarrollo de la experiencia.

Potenciación

Esta fase justifica el esfuerzo anterior; es decir, la reconstrucción histórica general de la estrategia de APS, porque permite ubicar la diferencia de lo local respecto a lo nacional, no como déficit o problema sino como riqueza, para sacar conclusiones que sean útiles para la reorientación del trabajo de APS de ahora en adelante en el departamento, retomando los principales logros, aprendizajes y dificultades; y a la vez permite releer la experiencia a la luz de un análisis comparativo con otras experiencias (9).

2. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se dio cumplimiento a las disposiciones de la Resolución 8430 de 1993, para la investigación en salud en Colombia. Según el artículo 11, la presente investigación es catalogada como *sin riesgo*, dado que es realizada a través de entrevistas retrospectivas, en las que no se tratan aspectos sensitivos de la conducta; igualmente se garantiza protección de la privacidad de los entrevistados, siendo el insumo principal (fuentes primarias); no se hará ninguna intervención o modificación de las características físicas, biológicas o psicológicas de los participantes; la participación de los individuos es voluntaria y el consentimiento informado fue expresado en forma verbal por parte de los entrevistados. Asimismo, el autor declara que no hay conflicto de interés y que la información recolectada es utilizada con fines estrictamente académicos y bajo el respeto de los derechos de autor (12).

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La transcripción de los testimonios obtenidos a través de entrevistas, permitieron elaborar narrativas con la información descrita por los actores y a partir del análisis e interpretación de las mismas, emergen los acontecimientos visualizados en líneas de tiempo que representan gráficamente el proceso; catalogado por el

autor un curso ascendente o descendente, según su cercanía con los postulados de la estrategia.

La presentación de resultados se hará en dos partes; la primera, denominada *reconstrucción histórica*; donde se muestra en orden cronológico la aparición de los acontecimientos y la segunda denominada *sistematización segunda parte*, donde se presentan logros, dificultades y aprendizajes acerca de la evolución del desarrollo de la estrategia de APS.

3.1 Reconstrucción histórica de la estrategia de APS en Boyacá (primera parte)

La línea de tiempo representada en la Figura 1 muestra en orden los acontecimientos de aproximadamente 34 años, transcurridos desde antes de 1978, hasta el año 2010, y para facilitar la comprensión del orden de los sucesos en las figuras 2 y 3 se representan dos grandes procesos; lo sucedido entre 1978 hasta 1998, y desde 1998 hasta el año 2010.

En general, se puede observar un proceso evolutivo incremental en el desarrollo de la estrategia APS, con un protagonismo del profesional de enfermería, visibilización de un enfoque comunitario de participación y organización comunitaria desde sus inicios, enfoque familiar integral y procesos de educación para la salud tanto en el ámbito comunitario como en los equipos de salud, relato que reconoce el trabajo previo del departamento en la estrategia APS, desde la inclusión de voluntarias de salud. Igualmente se aprecia un punto de inflexión con la implementación de la Ley 100 de 1993, el cual se revierte con la Ordenanza 023.

Proceso Histórico de la Implementación de la Estrategia APS en el Departamento de Boyacá

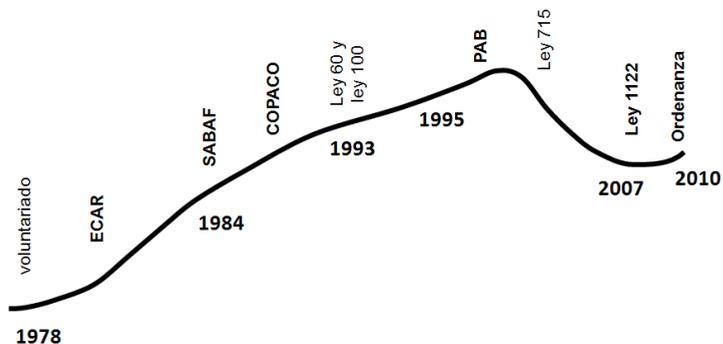


Figura 1. Proceso histórico de la implementación de la estrategia APS en el departamento de Boyacá.

Comienza con la directriz desde Alma-Ata en 1978, aunque en Boyacá ya estaba preparado el terreno: desde 1976, el Ministerio de Salud (MS) financiaba un equipo dedicado exclusivamente a la atención de la población materna e infantil; equipo que estaba conformado por un médico, una enfermera y una voluntaria o ayudante de enfermería; esta última con el tiempo fue formada como promotora de salud o como auxiliar de enfermería y dejó de ser voluntaria.

Igualmente, desde antes de 1977 el programa de lepra, uno de los más antiguos del país, llevaba a cabo su trabajo dando respuesta a las necesidades del paciente y su familia, con un tratamiento integral en la vivienda, y un tratamiento clínico individual, familiar, y adecuación del entorno acompañado de un componente educativo realizado por médico y auxiliar de dermatología.

Simultáneamente, el departamento hizo parte de la prueba piloto del proyecto de investigación nacional, denominado Extensión de

Coberturas en el Área Rural² (ECAR), financiado por la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) y el Fondo para la Educación en Bogotá, con el objetivo de medir el impacto en la ampliación de coberturas de los programas a través de la figura de las promotoras rurales de salud.

Según Vega (5), en la implementación de la estrategia APS para Colombia, la acción intersectorial se interpretó como una colaboración entre programas del sector salud y otros programas verticales orientados desde las instituciones del Gobierno, hacia poblaciones prioritarias. En este caso, la articulación del Programa Sectorial de Ampliación de Coberturas en Salud, (ECAR) que se ejecutó inicialmente con Módulos de Ampliación de Cobertura (MAC), para luego ser reemplazados por las Unidades Primarias de Atención (UPAS), que junto a los programas de Desarrollo Rural Integrado (DRI) (1974-1978), el Plan de Alimentación y Nutrición (PAN) (1978-1982) y el Programa de Atención Integral de la Familia, se convirtieron en las prioridades de la política social de los gobiernos de turno.

Proceso Histórico Primera Parte - 2 Décadas 1978-1998

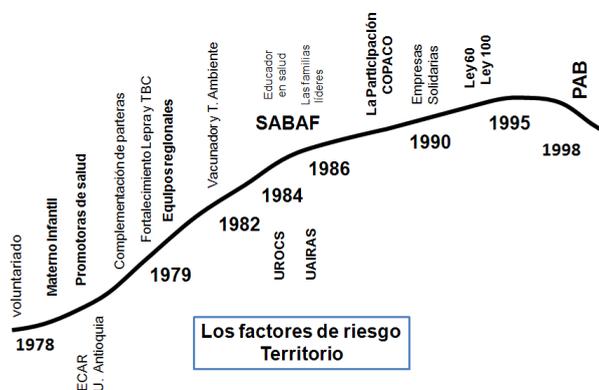


Figura 2. Proceso histórico, primera parte- dos décadas 1978-1998.

2 El Proyecto ECAR se desarrolló en cuatro regionales demostrativas: Tunja, Sogamoso, Duitama y Moniquirá.

El fuerte de la estrategia en Boyacá fue el desarrollo del personal de enfermería: dos aspectos fundamentales incidieron en este liderazgo; el primero, la formación en salud pública del recurso humano del servicio seccional de salud, específicamente en la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) de la Universidad de Antioquia (UdeA) y, en segundo lugar, la cercanía entre los profesionales de enfermería del servicio seccional de salud, con las escuelas de auxiliares de enfermería, aspectos que facilitaron el proceso de formación del recurso humano de auxiliares y promotoras rurales de salud, incentivo otorgado en primera instancia a las voluntarias del programa materno infantil, quienes dependían laboralmente de los departamentos de enfermería de los hospitales regionales, con un valor agregado para las estudiantes en la calidad de la formación en salud pública y actualización en la normatividad vigente; característica que generó beneficios para las instituciones en términos de menor desgaste en los procesos de selección e inducción del personal. Igualmente se evidencia un alto interés por parte del personal auxiliar y mínima articulación con la escuela de profesionales de enfermería de la región que iniciaron desde 1974.

Esta coyuntura exitosa del proceso boyacense tiene un vínculo directo con las experiencias antioqueña, Valle de Cauca e incluso con experiencias internacionales como las de México y Chile, principalmente. El punto de unión de estos procesos es la formación recibida por los profesionales de SESALUB en la FNSP de la U de A, siendo formados por docentes pioneros en el tema en América Latina, como Héctor Abad Gómez, docente reconocido por sus aportes a la estrategia de APS, desde antes de 1978, con experiencias como el establecimiento del servicio social obligatorio para profesionales de la salud y el de las promotoras rurales, experiencia inspirada en “Morones Prieto” de México, (influencia sobre Abad de Milton Roemer, destacado salubrista discípulo de Henry Sigerist y profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California) (1).

Igualmente, el profesor Gustavo Molina (exiliado chileno y compañero de Salvador Allende, alumnos de Henry Sigerist) docente de la FNSP de la UA, quien aportó experiencias importantes en el

trabajo con población de zonas rurales, experiencias que incidieron directamente en la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) colombiano. Cabe resaltar que Henry Sigerist es una figura de las más representativas en el mundo por sus aportes en el tema, la promoción de la salud y salud integral en países de África, Canadá, Estados Unidos e Israel (1939) (1).

De la mano va el programa de capacitación de las parteras: el Ministerio de Salud y la UNICEF, en los inicios de la estrategia de APS, promovieron un programa en el que hubo capacitación complementaria de parteras, otorgándoles reconocimiento como líderes en promoción de la salud materno-infantil, y con recursos del programa materno-infantil se financió la formación de las promotoras de salud, con énfasis en el binomio madre-niño.

Las promotoras rurales de salud se convirtieron en las protagonistas de la estrategia, ellas eran personas de la comunidad y vivían en el lugar donde trabajaban, seleccionadas por la misma comunidad, con una escolaridad básica y con características de liderazgo comunitario; fueron capacitadas durante tres meses internas, para luego trabajar junto con el equipo del puesto de salud de su municipio. De esta manera, el éxito de la figura de la promotora de salud en el departamento fue notorio, por la necesidad de llegar a poblaciones ubicadas en zonas rurales dispersas, dando un complemento a la labor que realizaban las comadronas o parteras, personas necesarias e importantes en estas zonas rurales del departamento.

El proceso fue estructurado desde el SNS, a través de los hospitales regionales, como centros de operaciones de cada agrupación municipal desde donde la Enfermera Coordinadora de la regional lideraba los planes. El departamento de Boyacá nuevamente le imprime su sello personal al trabajo, pues la experiencia ganada en los programas de lepra y tuberculosis, y de enfermedades transmitidas por vectores (ETV), se convierte en otra de las competencias para desarrollar en las promotoras; al pasar de una auxiliar y un médico

expertos en el tema por cada regional, a varias promotoras y médicos rurales expertos por municipio, le dan un alcance mayor no solo al programa materno-infantil, sino, a todos los programas. Igualmente, el equipo regional se fortalece por las acciones realizadas por la promotora en los temas de Medio Ambiente y vacunación apoyando a los técnicos responsables, quienes desde la regional se programaban para todos los municipios de la zona de influencia.

Consolidación y organización de los primeros equipos de APS: inicialmente, con promotoras, auxiliares de enfermería, y luego con profesionales de enfermería, quienes se fueron incrementando de manera exponencial, asumiendo un papel importante en la planeación y gestión de la estrategia; a cada grupo por unidad regional se le hacía seguimiento al cumplimiento de metas e indicadores en el área de salud pública; el cuidado del medio ambiente lo hacían las promotoras conjuntamente con los técnicos de salud ambiental y posteriormente en 1980-1983 se vinculan al equipo de salud los vacunadores.

Entre 1983 y hasta 1995, la estrategia de APS experimentó un proceso de expansión, siguiendo el énfasis del programa materno-infantil, avanzando en los programas de prevención de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA), con la incorporación de madres comunitarias formadas en los dos temas, ampliando el campo de acción del recurso humano del puesto de salud, muchas veces respaldado por las auxiliares de enfermería; cuando el grupo de profesionales era insuficiente. Las madres líderes accionaban desde sus viviendas en las UAIRAS y UROCS, lugares denominados Unidades de Atención de las Infecciones Respiratorias Agudas y Unidades de Rehidratación Oral Comunitaria, respectivamente. Estas estrategias tuvieron un importante aporte en la disminución de la mortalidad infantil en la primera mitad de la década del 80.

Entran en vigencia los postulados de la Declaración de Alma-Ata, donde se ratificó el concepto de salud, planteado en 1948 por de

la OMS, como *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad*; se proclamó la salud como derecho humano fundamental y objetivo social, y se consideró la equidad en salud como pilar, resaltando la relación entre promoción de la salud y desarrollo económico y social de los países, con enfoque de participación social y comunitaria en las decisiones en salud (13, 14).

Sin embargo, la tensión generada por la *guerra fría* hizo que los gobiernos de nuestro continente hicieran resistencia y sobre todo interpretaciones erróneas o simplistas de la propuesta original (4). Así como afirma el Dr. Vega (5), la filosofía original de Alma-Ata, hacía énfasis en la concepción de integralidad de la salud y fue posteriormente remplazada por el enfoque de "APS selectiva", propiciado por la UNICEF y el Banco Mundial, como un programa de lucha por la sobrevivencia infantil. Este enfoque estuvo orientado principalmente al control de las enfermedades endémicas de los países en desarrollo, mediante intervenciones médicas costo-efectivas. El principal programa fue conocido por sus siglas en inglés como GOBI, que abarcaba el control de crecimiento y desarrollo, técnicas de hidratación oral, lactancia materna e inmunización. Posteriormente, fue ampliado y conocido como GOBI-FFF, también por sus siglas en inglés, e incluye tres intervenciones adicionales: alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar.

Ingresó el programa de Salud Básica Familiar (SABAF) en 1985, con énfasis en Educación para la salud: un programa de salud pública con enfoque de salud familiar y comunitaria, con respaldo del Comité de cafeteros, el Ministerio de Salud (MS), y la Fundación para el Desarrollo de la Educación en Colombia (FUDESCO), fortalecieron los equipos de atención primaria, incrementando en 25 enfermeras y cinco médicos exclusivos para el programa de salud básica familiar en todo el departamento; este equipo respaldó el trabajo de la promotora de salud.

Con este programa, igualmente se avanzó en la construcción de procesos sociales en favor de la salud; es decir, se incorporaron

líderes de salud, representantes de las familias, para mejorar el alcance del trabajo de las promotoras, quienes recibían formación en aspectos básicos de detección precoz, identificación de necesidades y problemas de la comunidad, prevención y manejo inicial de las enfermedades más prevalentes en la población. Esta estrategia de democratización del conocimiento en salud constituyó un avance social hacia el empoderamiento comunitario y el posicionamiento político de las necesidades de la comunidad frente a las autoridades locales, como la alcaldía y el mismo sector salud. Como resultado de este proceso se obtuvieron diagnósticos comunitarios a partir de los problemas sentidos y priorizados por la misma comunidad.

Esta iniciativa toma fuerza desde la Secretaría Departamental, llegando incluso a municipios no cafeteros, en respuesta a la política central de restricción de recursos para la formación de nuevas promotoras de salud con el programa conocido como de Salud Básica para Todos (SABAT). Uno de los mayores aportes de esta iniciativa se encuentra el enfoque de educación para la salud ofrecido por FUDESCO; es decir, los trabajadores de la salud adquirieron competencias propias de las corrientes sociales de la educación y la pedagogía, incorporando didácticas que favorecían un proceso de educación a la comunidad en forma participativa y vivencial con un nuevo integrante del equipo: los educadores en salud.

El capital social formado se convierte en un escenario propicio para la construcción de un verdadero proceso de participación comunitaria, contando con una comunidad informada y empoderada, condición que al inicio de la década de los noventa hizo posible la conformación de los Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS), entorno al área de influencia del puesto de salud, en el marco del proceso de descentralización del sector.

En 1990, la Ley 10 introdujo cambios al SNS, incorporando la municipalización de la atención, fomento de la ampliación de coberturas, integración funcional entre los subsectores de: seguros sociales, asistencia pública y medicina privada; en este marco, el propósito fue universalizar el acceso a servicios básicos de salud,

poniendo a la familia como blanco de la misma, promoviendo el aseguramiento privado y la participación comunitaria (15).

La descentralización del SNS y la organización de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) le dan una perspectiva sistémica a los componentes de la APS, pues se esperaba que el municipio fuera el mejor escenario para lograr el fortalecimiento de la participación comunitaria, fomento de la intersectorialidad, complementación de recursos del sector salud en el marco de una planeación estratégica participativa, en función de las necesidades locales. Como resultado de esta apuesta política, el país avanzó en el fortalecimiento de la capacidad de gestión y liderazgo político de la autoridad sanitaria, y en la estructuración de programas acordes a las necesidades de las personas según las etapas del curso de vida, como: Salud del Adulto, con énfasis en la Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), violencias, salud escolar, agua potable y saneamiento básico, entre otros, integrando en el nivel local las iniciativas de promoción de la salud (15).

La era empresarial de la salud con empoderamiento comunitario: en los primeros cuatro años de la década de los noventa surgieron dos iniciativas que pretendieron avanzar desde una perspectiva familiar y comunitaria. La primera respondía a la estrategia de Promoción de la Salud (PS), denominada "Familia sana en ambiente sano" y buscaba integrar a la comunidad a través de las Unidades de Salud Ambiental Familiar (USAF); consistía en el trabajo de un equipo compuesto por médico, odontólogo, enfermera, técnico de medio ambiente y promotora, al nivel de las necesidades familiares.

Esta forma de organización social se convertía en uno de los mecanismos para hacer gestión política desde la comunidad, pues empoderar a la comunidad implicaba un proceso de capacitación; se construían planes, que luego se evaluaban a partir del cumplimiento de los compromisos adquiridos por los implicados. Igualmente, la incorporación de los nuevos integrantes al equipo de salud, el médico

y el odontólogo, trae la iniciativa en salud oral que se denominó “los incrementales”; que consistía en hacer seguimiento a una cohorte de niños sanos en salud oral y mantenerlos sanos hasta cuando tuvieran su dentadura permanente.

En la segunda iniciativa, el MS promovió el modelo de las empresas solidarias de salud (ESS), con un componente de educación para la salud, organización comunitaria y gestión empresarial. Un grupo de personas de la comunidad por iniciativa propia se agrupaban bajo la figura de cooperativa o mutual y luego de la capacitación recibían apoyo financiero por parte del MS. El dinero entregado se destinaba al desarrollo de acciones de PS y prevención de la enfermedad a través de agentes comunitarios, o para el pago de los servicios de atención médica u hospitalaria de los asociados a la cooperativa.

La iniciativa nacional de las ESS, como política social para ampliar las coberturas y el acceso a un paquete básico de servicios de salud en poblaciones más vulnerables del país, además fue concebida como una estrategia para modificar el subsidio en salud, de la oferta hacia la demanda, buscando mejorar la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud, dando respaldo financiero a las comunidades vulnerables, además de incentivos para responsabilizarlos de su propia salud, con ayuda de los agentes comunitarios de salud (Salud M. d., 1993).

Diez años después de la Conferencia Internacional de Alma-Ata se pudo evidenciar la interpretación restringida de la estrategia APS, pues a pesar de haber iniciado con una ventaja desde el Servicio Seccional de Salud de Boyacá, el peso de la responsabilidad sobre la salud no siguió avanzando hacia los demás sectores y el nuestro se estancó en la visión morbicéntrica. Como lo afirma el mismo Dr. Tejada (2), los tres términos del concepto *atención primaria de salud* han sido mal interpretados:

- “Atención”: la versión original en inglés usó el término ‘cuidado’ (care), y no ‘atención’. El ‘cuidado’ tiene una connotación mucho

más amplia e integral que la 'atención'. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial, la atención deviene fácilmente no solo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos".

- En lo lingüístico, el término "primario" tiene diversas y hasta contrarias acepciones. Entre ellas, dos son extremas y hasta opuestas: una se refiere a lo "primitivo, poco civilizado"; y la otra a "lo principal o primero en orden o grado". Por las percepciones simplistas y sesgadas de las experiencias que dieron origen al concepto fue más fácil, más cómodo y seguro entender el término "primario" en la primera acepción, cuando el espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda.
- La "Salud para todos" fue confundida por una forma simple de programación, más técnica que social y más burocrática que política. Además de la reducción simplista del término "Salud y su Cuidado Integral", con atención médica reparativa, centrada en la enfermedad y "para todos" aclaraba que no es un privilegio de algunos, sino el sentido social de la propuesta; la meta social era que para el año 2000 todos los países del mundo hubieran definido políticas públicas de Estado en este sentido, tomando como base valores ético-morales de equidad, solidaridad y justicia social. *No fue nunca una parte aislada del sistema ni mucho menos circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres.*

Proceso Histórico Segunda Parte -Tercera Década 1998-2010

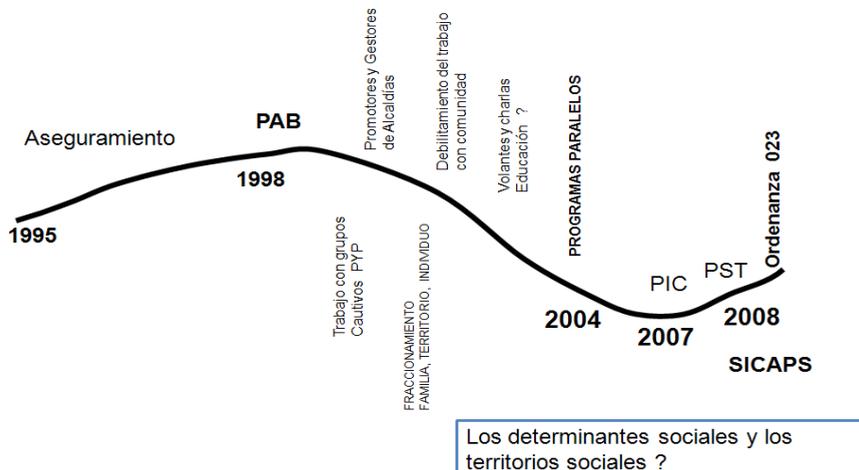


Figura 3. Proceso histórico, segunda parte. Tercera década 1998-2010.

La Ley 100, el cambio de orientación técnica y política de la salud: la concepción del SGSS cambió radicalmente las reglas de juego y promovió dos tipos de competencia en el mercado: competencia entre los aseguradores por los afiliados, esperando que el mercado incentivara la competencia y la calidad de los servicios relacionados con la representación del afiliado y entre prestadores de servicios de salud por la supervivencia económica; en ambos casos, la utilidad financiera se convirtió en el incentivo principal superior al de las necesidades de las personas. Este ejercicio llevó a la transformación de los hospitales y puestos de salud en Empresas Sociales del Estado (ESE), incorporando modelos de gerencia y gestión con sistemas de facturación robustos, donde la mayor experiencia era la de facturar servicios individuales y consultas por enfermedad, razón por la cual fue difícil facturar las acciones familiares y colectivas extramurales de las promotoras de salud y los promotores de saneamiento ambiental; los primeros afectados, algunos de ellos reubicados y en el caso de las promotoras, tuvieron que formarse como auxiliares de enfermería o desarrollar acciones intrainstitucionales de apoyo, antes de su despido; puede afirmarse que en el departamento era tan fuerte la

iniciativa de APS anterior, que el proceso de transición duró hasta 1998, cuando ya por dificultades administrativas, cambio de actores, responsabilidades y políticas de financiación, fue imposible mantener el esquema de trabajo.

En Colombia, la reforma de 1993, orientada para el cumplimiento de la agenda del Banco Mundial, puso freno a los avances y aprendizajes alcanzados en favor del enfoque integral, pues limitó las intervenciones a centros de atención y clínicas de primer nivel de complejidad para el desarrollo de un paquete básico de acciones de salud pública. Los programas relacionados con los SILOS y la PS, entre 1993 y 1996 se debilitaron en extremo para luego desaparecer como consecuencia de la nueva racionalidad de la reforma; competencia de mercado y la selección de intervenciones médicas costo-efectivas.

La descentralización en el ámbito departamental y municipal favoreció la transformación de los hospitales en (ESE) dándoles autonomía administrativa y financiera, para competir en el mercado de la prestación de los servicios mediante contratación con las ARS (Aseguradora del Régimen Subsidiado), empresas promotoras de salud EPS y facturación por venta de servicios a los Fondos Financieros Territoriales de Salud (15).

Las ESS se incorporaron en el componente del aseguramiento para convertirse en aseguradoras del régimen subsidiado (ARS), camino fácil para una organización que nació con el objetivo de trabajar con las poblaciones de bajos recursos; sin embargo, la competencia de estas organizaciones comunitarias contra organizaciones privadas, al final generó su desaparición o su alianza con los monopolios.

Hubo eventos desafortunados para el avance de la estrategia de APS, por ejemplo: el programa SABAF y el trabajo en comunidad se acabó; dado que, ganó la rentabilidad financiera, las promotoras se reubicaron o fueron expulsadas de los hospitales, las ARS configuraron un perfil de agentes de salud, orientado al mercadeo de sus empresas con el objetivo de ganar afiliados; es decir, la metas ya no son formuladas en términos de salud, sino metas de afiliación

y carnetización, dejando de lado las necesidades de la población; lo cual fortaleció la participación de las ARS, y los alcaldes de los municipios fueron protagonistas en la selección del personal, la formación en salud de los agentes pasó a un segundo plano; realizada por las mismas aseguradoras, y el clientelismo político se convirtió en el principal criterio para la contratación.

Después de 1998, las alcaldías locales comienzan a jugar un papel protagónico en el manejo de la salud de su municipio; pese a que todavía los recursos fluían a través de las instituciones de salud, el alcalde se convirtió en el responsable de la ESE, configurándose con mayor claridad la descentralización administrativa de las acciones de salud y específicamente las acciones de salud pública. Este cambio desencadenó dos modificaciones estructurales en el desarrollo de las acciones en salud a nivel municipal; contratación del recurso humano en un contexto de flexibilidad laboral a través de cooperativas o por contratos temporales, circunstancia que desencadenó la alta rotación en el desarrollo de las acciones de salud pública, principal limitación para la continuación y consolidación de programas y procesos.

Un momento crítico para la salud pública: con la implementación del Plan de Atención Básica (PAB), los indicadores de salud pública empezaron a deteriorarse, sobre todo de las coberturas de vacunación de los años 1997 y 1998, hubo reemergencia de tuberculosis; fue evidente el cambio del enfoque. El departamento se centró en el aseguramiento y redujo su capacidad local de respuesta en materia de salud pública, en un marco normativo y programático que apostaba a la universalización como meta del sistema.

Con la estructuración y definición de los planes obligatorios de salud, contributivo y subsidiado POS-C, POS-S y el Plan de Atención Básica, PAB, SESALUB inició un proceso de liderazgo en la construcción de lineamientos técnicos generales; que daban la directriz de lo que había que hacer, incluyendo una fundamentación conceptual y la meta por cumplir. El mecanismo operativo de trabajo se hacía a través de los profesionales de cada municipio;

desafortunadamente, la alta rotación del personal hacía que la información finalmente tuviese limitaciones para trascender el trabajo diario, al pasar la salud pública al activismo del PAB. El planteamiento comunitario se hacía a criterio de cada profesional con dificultades de enfoque y/o metodológico, sumado a una formación de profesionales de la salud centrado en la gerencia en salud en el contexto de un modelo de mercado. El concepto de comunidad se desdibujó y tomó mucha fuerza el trabajo con poblaciones cautivas, principalmente "las charlas educativas" en colegios, en centros de trabajo, etc. La visita domiciliaria se cambió por una convocatoria a talleres grupales, incluyendo a las madres comunitarias, para que ellas replicaran su trabajo con sus respectivos usuarios.

La participación comunitaria municipal se restringe y se centra en las asociaciones o alianzas de usuarios, con énfasis en las quejas y reclamos por la prestación de servicios de salud y con poca importancia en el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida de la gente. Estrategias de ampliación de coberturas como las brigadas de salud, ya no se podían realizar, con los trámites administrativos dispendiosos que retrazaban todo. La Ley 100 incluye la necesidad de soportar todas las atenciones, como un mecanismo para demostrar que se hizo la atención, lo que era muy difícil de lograr en las veredas. En los programas de lepra y TBC, ya era casi imposible asegurar el tratamiento acortado y supervisado, pues era muy costoso; el programa de vacunación funcionaba no a expensas de los promotores y vacunadores, sino de las jornadas nacionales de vacunación.

La reducción de la salud pública convencional a bienes públicos con altas externalidades positivas incluidos en el PAB, más la incorporación de todas las demás actividades de atención médica en el Plan Obligatorio de Salud (POS), como bienes privados o mixtos por los cuales se debía pagar individualmente una cotización, fueron la expresión de la implementación del mercado del aseguramiento, el cual hizo una negación del territorio, en sus múltiples dimensiones social, cultural, política, económica y natural. Lo único que se mantuvo en algunos lugares fue la propuesta de Municipios Saludables por la

Paz, en búsqueda de la equidad, como un componente nuevo, las escuelas saludables como iniciativa para promover estilos de vida saludables, afrontar el consumo de sustancias psicoactivas, tabaco y alcohol por parte de niños y jóvenes (15).

Ahora la responsabilidad de la APS es de los alcaldes y se da el cambio de perspectiva: la transición fuerte para la implementación de la Ley 100 fue entre 1993 y 1998. En 1998 se dieron los primeros recursos y el departamento se empieza a dividir por zonas con centros de salud, y con la descentralización, entre 1995-1998 llegaron los recursos para la compra de equipos, materiales informativos y de publicidad, la cual fue confundida con las acciones de promoción y prevención; las ESE pasaron a ser unidades administrativas del orden municipal y cada alcalde definía los asuntos de salud, de acuerdo con sus compromisos políticos.

En general, se puede decir que todo el proceso del PAB hasta el año 2007 estuvo permeado por una visión fraccionadora; es decir, ya el territorio no interesaba mucho, sino la cantidad de personas o grupos para trabajar; ya no interesaba el número de familias, sino el número de personas que podían recibir acciones desde cada programa, el cual abordaba a las personas, no desde la integralidad, sino desde la necesidad del programa. Por ejemplo, el de salud mental hablaba solo de su tema y luego el de salud oral y así sucesivamente, fraccionando a la persona por temas de interés de los profesionales.

Se puede afirmar que el POS y el PAB funcionaron en forma paralela, contrario a lo esperado, las acciones del PAB se convirtieron en intervenciones que nunca trascendieron la definición de *intervenciones colectivas con altas externalidades positivas*, no se fortaleció la rectoría del Estado, ni se dio ninguna estrategia de atención integral organizada con base en la APS como los SILOS o como la salud familiar con enfoque comunitario (15).

Boyacá a la vanguardia, con la APS renovada como modelo de atención: con la expedición de la Ordenanza en septiembre del

año 2010, bajo el liderazgo del secretario de Salud y un equipo de profesionales de la Secretaría de Salud se integra la estrategia de APS como modelo de atención departamental, Boyacá se constituye como líder en reconocer y retomar la APS antes que la Ley 1438 del 2011 la definiera para todo el país. Asimismo, el departamento fue piloto en el sector educativo con la introducción de los contenidos de APS del plan de estudios, especialmente en los programas de pregrado de Enfermería y Medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC).

La Ordenanza 023 de 2010(6) propuso “Adoptar el modelo de salud de APS con enfoque de Salud Familiar (APS-SF), como política pública, para la optimización e integración del sistema general de seguridad social en salud, en el Departamento de Boyacá, mediante la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, tendientes a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de los (as) boyacenses”.

Definió objetivos específicos, que incorporan “la educación para la salud basada en el desarrollo de competencias de autocuidado, participación comunitaria como estrategia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio”. Desde la *prestación de servicios de salud*, garantizar el acceso universal y equitativo a través de un modelo de atención APS-SF, con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para reducir índices de morbilidad y mortalidad en las diferentes etapas del ciclo vital. En el tema *intersectorial*: formulación de políticas públicas en salud, desde los diferentes sectores involucrados en los problemas de salud, que favorezcan la equidad sanitaria, la salud ambiental para garantizar la dignidad y el derecho a la salud.

Estableció como escenarios básicos de intervención del modelo de APS-SF: el familiar, comunitario, institucional y político. En el escenario *familiar*, las intervenciones estarán orientadas a la persona

y su entorno familiar, buscarán la identificación de necesidades en salud, la determinación del riesgo con el fin de dirigir las intervenciones de promoción, prevención, atención, mitigación, superación o paliación. En el escenario *comunitario* se proponen estrategias que permitan anticipar, enfrentar e intervenir necesidades en salud a través de redes, iniciativas y espacios sociales que se articulan con la oferta de servicios. En el escenario *institucional*, la oferta de servicios intra y extramural proporcionados por los equipos de salud en APS-SF, que hacen parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, garantizan el logro de las metas y un servicio integral, integrado y continuo. Por último, el escenario *político* con la función de realizar monitoreo de la APS-SF de manera que le permita ajustar las directrices políticas y decisiones administrativas que posibilitan mejorar las condiciones de salud de las personas.

Adicionalmente, instauró metas a 2015 para la implementación de la política definida por la Ordenanza. Estas metas involucraron aspectos como el tiempo para la implementación del Modelo para las ESE y EPS, la articulación de los planes de desarrollo municipal y departamental con la política pública de salud, el incremento de pacientes tratados y controlados por los servicios de baja complejidad, la reducción del uso de servicios de mediana y alta complejidad, la formación de profesionales, técnicos y auxiliares en ciencias de la salud con perfil laboral orientado a la APS-SF, y el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionadas con el sector salud.

Por último, la Ordenanza instituyó como órgano de monitoreo y seguimiento del Modelo al Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud, con el acompañamiento de representantes de las universidades, quienes tendrán la función de retroalimentar la APS-SF en términos académicos e investigativos. Además, la Ordenanza fijó las responsabilidades para cada uno de los actores del SGSSS que incluyeron la Secretaría de Salud Departamental, los municipios, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las aseguradoras, y estableció las funciones en los ámbitos de gestión de la política, salud pública, prestación de servicios y aseguramiento.

3.2 Sistematización (segunda parte)

La sistematización como metodología de investigación cualitativa permite construir conocimiento a través de la experiencia vivida por los actores. El presente apartado comprende tres grandes categorías de análisis: logros, dificultades y aprendizajes acerca de la evolución del desarrollo de la estrategia de APS.

Logros percibidos por los actores acerca del desarrollo de la estrategia de APS

En la implementación de la estrategia

La implementación de la estrategia APS en el departamento contó con un escenario administrativo, político y técnico favorable: apoyo financiero por parte del Ministerio de Salud, bajo la iniciativa del Programa Materno Infantil, condiciones de ruralidad y pobreza de su población, etc., todo lo que favoreció la implantación de la estrategia para ampliar la cobertura de población con mayores necesidades. Fue una de las experiencias exitosas para el país y gran parte del éxito se atribuyó a la formación del personal que lideraba el proceso desde la Secretaría Departamental en Salud Pública, lo que favoreció un pensamiento unificado en el equipo y sus directrices.

[...] Pues nosotros éramos de mostrar no solo en el departamento sino en el país, la Secretaría de Boyacá en todo el componente de salud pública, y es que además nosotros teníamos una cantidad de gente con una preparación extraordinaria teníamos como seis médicos formados en salud pública y como unas seis enfermeras en el área de trabajo".GB1

En el nivel departamental había un grupo técnico con experiencia en procesos de planeación, que trascendió su lógica de trabajo al nivel de cada una de las regionales, lo cual favoreció procesos de comunicación y coordinación a partir del seguimiento explícito a indicadores de cumplimiento, predefinidos, con sus respectivos instrumentos de trabajo.

Gran parte del liderazgo de la estrategia estuvo a cargo de los profesionales de enfermería desde el nivel departamental hasta el municipal, lo que garantizaba la programación y supervisión estricta del trabajo diario de la promotora, dependiendo de la distribución de las familias, siendo notorio el incremento de profesionales de enfermería, promotoras y auxiliares de enfermería.

“[...] nosotros, fuera de eso, teníamos un componente de planeación muy fuerte, aquí yo tenía un comité de enfermería donde las traía, las felicitaba les tiraba las orejas y hacíamos jornadas de trabajo donde hacíamos todo el planeamiento anual, y además hacíamos las reuniones de seguimiento al planeamiento y teníamos indicadores, si entonces que se planeaba allí, como toda la política salía del Ministerio, del Ministerio hacia acá”.GB1

La incorporación de procesos de investigación aplicada le permitió a la estrategia hacer su adaptación al contexto local, además del fortalecimiento y desarrollo de competencias investigativas en el personal operativo, experiencia tomada como referente para el nivel nacional.

“[...] epidemiológicamente para mí la ECAR era un estudio de casos y controles [...] empezamos a meter en el maletín de la promotora anticonceptivos orales y condones, antiparasitarios y portafolios para educación, entonces a un grupo le dábamos anticonceptivos y antiparasitarios y a otro solamente anticonceptivos, a otro antiparasitarios y a otros no les dábamos nada, y después yo no me acuerdo bien; en todo caso, antes de darles los antiparasitarios hacíamos coprológico, para ver cuál era el comportamiento de los bichos; por eso digo que fue una investigación”. RJ2

El estudio de ampliación de coberturas no solo fue una prueba piloto para el país, fue usado por la OPS para desarrollar en otras partes del mundo. Igualmente, sirvió para establecer como política nacional el rol de las promotoras de salud, sus funciones e incluso el trabajo complementado con parteras. Política que duró hasta 1993, cuando inicia la Ley 100.

“Se demostró que la promotora era capaz de hacer no solo vigilancia del embarazo, y el parto, sino que podía vacunar, entonces se

le enseñó y empezó a vacunar, [...] por eso el hecho de que nos quitaran todo eso con el nuevo sistema fue terrible, no solamente educación sino el manejo, hacían primeros auxilios, llevar anticonceptivos, antiparasitarios, podían llevar su termo vacunas, mejorar la cobertura, impactos que la OPS demostró en otras partes del mundo. Las mejores coberturas de vacunación del país fueron las de 1985-86 y jamás ha vuelto a demostrar eso el país”. RJ2

La estrategia entre 1983 y hasta 1995 tuvo su expresión a través del Programa Materno Infantil; materno: embarazo, parto, planificación familiar, citologías; infantil: crecimiento y desarrollo, y los programas de EDA e IRA, tanto en el ámbito institucional como comunitario.

“[...] hacíamos todas las acciones del Programa Materno Infantil, todas las acciones de maternidad, embarazo, parto, planificación familiar, citologías, y en infantil crecimiento y desarrollo, programa de EDA e IRA, los primeros UROCS Y UAIRAS, yo las ayudé a formar, que es lo que ahorita trabajan en AIEPI, eso empezamos con la comunidad. A partir del 83- EDA y 85 IRA se volvió programa de EDA, IRA”. RJ2

Proceso de formación y selección del recurso humano

La Secretaría de Salud, con voluntad política, lideró el proceso de formación del recurso humano que conformaba los equipos, a través entidades como el SENA; en sus diferentes sedes o en la Escuela de Formación de la Secretaría Departamental de Boyacá se dio el paso de las ayudantes de enfermería a auxiliares de enfermería o promotoras de salud; proceso coordinado por las enfermeras que trabajaban en la Secretaría de Salud, es decir, desde la formación ya había un énfasis en la salud pública, antes de Alma Ata ya había una articulación de la formación del recurso humano con la realidad en salud departamental.

“[...] Iba muy enfocada la formación del recurso humano auxiliar inclusive el recurso humano profesional tenía un énfasis muy grande en salud pública, desde antes de salir la estrategia, con la estrategia de atención primaria y ya cuando surge Alma-Ata y todos sus postulados, aquí específicamente en Boyacá, nosotros teníamos

una escuela de auxiliares de enfermería y teníamos el SENA, eran los únicos que formaban”. GB1

La selección de las promotoras incluía una participación activa de la comunidad; ellas eran preseleccionadas por la misma comunidad a la que pertenecían, donde se tenían en cuenta características personales como liderazgo, conocimiento de la población de la vereda, gusto por este trabajo y un nivel de formación de básica primaria, cursaban aproximadamente tres meses y una práctica supervisada, para luego presentar un examen de conocimientos y habilidades. Las elegidas eran devueltas al municipio de origen, idealmente a trabajar en la misma comunidad de donde provenían.

“Nuestro departamento es eminentemente rural, entonces las promotoras en esa época las concentrábamos en la casa de las promotoras internas, las teníamos tres meses y en esos tres meses se hacía la formación [...]”. GB1

La formación de las promotoras era eminentemente para trabajar en el ámbito extramural y la diferencia fundamental entre el rol de las auxiliares de enfermería y las promotoras de salud era que las auxiliares de enfermería asumían un rol como de mayor jerarquía, dado que podían orientar y servir de respaldo a las promotoras y, a la vez, desempeñaban labores de la consulta externa e incluso ejercían en el espacio intrahospitalario, ante la ausencia de profesionales.

“[...] la fortaleza nuestra era que involucrábamos, por un lado, a la Secretaría de Salud en la formación tanto de las auxiliares como de las promotoras, entonces las auxiliares salían con sus normas nuevas, no había que hacer unos procesos grandes de inducción cuando ellas iban a trabajar, ya venían formadas, y nosotras capacitábamos a las promotoras de salud”. GB1

Dentro de los temas en los que eran formadas estaban vacunación, tuberculosis, lepra, enfermedades transmitidas por vectores, saneamiento básico, primeros auxilios, administración de medicamentos, curaciones básicas, signos de alarma en caso de IRA y EDA, y tratamiento casero para evitar complicaciones, o mientras

acudía al centro de atención; atención del parto, para que ayudaran a las parteras en los casos en que no logran el parto institucional, o en los casos de barreras de acceso, sobretodo geográfico. Con esta formación se garantizaban las herramientas básicas para abordar los problemas más frecuentes en sus comunidades y, a la vez, para fortalecer el desarrollo de los programas de interés en salud pública. El incentivo mayor era la remisión de personas en riesgo, educación, identificación de personas enfermas, con énfasis en los niños y las maternas.

"[...] porque tanto las auxiliares como las promotoras hacían la detección y la remisión de los pacientes con cáncer [...] con los problemas prioritarios, que en ese momento era la tuberculosis, y nosotros teníamos lepra en este departamento, en toda la cercanía con Santander había focos de lepra y ellos también hacían su seguimiento, la promotora y la auxiliar de enfermería también tenían un componente de formación en el medioambiente [...]"
GB1

La capacitación a líderes comunitarios de las familias, en el marco del programa SABAF, estaba orientada al desarrollo de habilidades sencillas para la detección oportuna y tratamiento inicial de las enfermedades más comunes en la comunidad, y en los horarios y funciones de los integrantes del equipo de salud, buscando complementar el trabajo de la promotora de salud; mientras había una promotora por cada 200 familias, estas personas representaban las necesidades y asumían el rol de vigilantes de la salud de las diez familias asignadas; además eran los núcleos de organización y fortalecimiento del trabajo para el desarrollo comunitario. La estrategia se enfatizó en reforzar las prácticas positivas sin hacer oposición a las otras prácticas, incentivando la atención del parto institucional. Este enfoque mostró respeto por los valores y prácticas culturales, independientemente de si fueran a favor o en contra de la salud de la comunidad.

"[...] se le enseñaba a la mamá o a la persona que iba, primero su puesto de salud, quiénes lo conforman, qué servicios prestan y luego se hacía un módulo de vacunación o de materno infantil, entonces se explicaba cómo es el embarazo, por qué ir a control, y nunca

luchamos para acabar las parteras, sino que la gente supiera que era mejor ir al hospital a tener su parto y en última instancia también estaba la promotora que la podía ayudar”. GB1

Como un complemento, a la vez, incentivo, al trabajo de las promotoras de salud y a las líderes en salud, estaba la dotación: un maletín que contenía los elementos básicos para el trabajo diario, que legitimaba su trabajo en la comunidad. El kit de trabajo incluía rotafolios y material de apoyo a los procesos educativos.

“[...] entonces se les enseñaba cuáles eran los signos y síntomas de la infección respiratoria aguda, la fiebre, la tos, y se les daban indicaciones muy claras. Una fortaleza es que nosotros, y así debe ser, les dimos implementos a las familias, les dábamos un termómetro, pesa bebé de esos de resorte, para meter los niños [...] O sea les dimos a las promotoras un maletín con todos los equipos y materiales que necesitaban”. GB1

Para la selección de profesionales de enfermería había un concurso técnico, complementado con el gusto por el trabajo en salud pública, la motivación hacía que los profesionales continuaran profundizando y formándose en líneas de trabajo con este énfasis.

“Toda la vida me ha gustado salud pública, hice la Maestría de Salud Pública en la de Antioquia, y una especializada en educación sexual de aquí de la Antonio Nariño, yo la ayudé a conformar, aquí empezó el proyecto educación sexual, hubo la oportunidad de coordinar y empezar”. RJ2

Una de las competencias del profesional de enfermería era la habilidad para enseñar y formar recurso humano, siempre les tocaba el proceso de educación, ya sea a la comunidad o a los integrantes del equipo. Además, desempeñaba labores de coordinación y administración de los programas de salud pública, supervisión de auxiliares de enfermería y promotoras de salud e igualmente ejecutaba acciones en salud, propias de la consulta externa, en cada uno de los puestos de salud de los municipios asignados.

“Recuerdo que tocó capacitar a las promotoras, no por “echármelas”, se me facilitaba la docencia, me tocaba semanas completas ayudando a las promotoras a capacitar en planificación, materno, toda la vida me he pegado con eso, si materno infantil porque toda la vida he estado en eso [...]”. RJ2

Integralidad y funciones del equipo de salud

El equipo base logró consolidarse con médico, odontólogo, enfermera, auxiliar de enfermería; aproximadamente seis promotoras, vacunadores, en caso de regionales grandes, y un técnico de saneamiento de apoyo. Los vacunadores se involucraron como integrantes del equipo de salud, fueron avalados por MINSALUD a través de SESALUB. Esta organización era la célula de trabajo de la APS en el nivel local. El sistema de salud incorporaba a las parteras como parte del sistema y las capacitaba y apoyaba con materiales de trabajo, buscando reconocimiento de su labor y legitimándolo ante la comunidad y ante el equipo de salud.

“Me tocó capacitar al primer grupo de parteras, se llamaba complementación de parteras, hacer toda la agenda, llegó la monjita, ‘mire que toca hacer esto, toca desarrollar esto, darles clasecitas’, no podíamos formar parteras porque nos retrocedíamos, simplemente complementarlas y capacitarlas, incluso meterles miedo para que mejor las remitieran, las volvimos unas líderes, era una semana, unas 40 horas, se les enseñaba educación y parto limpio, evitar que usaran telaraña en el cordón, café, todo eso, enseñarles vacunación, las volvimos líderes de promoción y les íbamos quitando esa idea de atención de partos, y si tenía una gestante en proceso, hacía que viniera y que entrara al parto con su señora, duró desde el 78 como hasta el 86-88, las últimas fueron las de Soatá”. RJ2

En el nivel local, el trabajo estuvo liderado por una enfermera jefe, y complementado con un médico en cada puesto de salud. La participación de los médicos de extramural era reforzar el trabajo de los médicos de los puestos de salud, con el fin de evitar barreras en la atención a las personas que eran remitidas por los líderes y las promotoras de salud, con predominio en atención a maternas y a personas con enfermedades crónicas.

“Los cinco médicos acompañaban la parte rural, los ubicábamos para reforzar todo el componente en los centros y puestos de salud, o sea que si remitíamos una embarazada, no la rechazaran; que si remitíamos un niño, no lo rechazaran, o un paciente de tuberculosis, porque también se daba el énfasis en las crónicas de esa época, la hipertensión, la diabetes, todas esas enfermedades se las enseñábamos a conocer a los líderes”. GB1

Dentro de las características personales del promotor de salud se destacaron las buenas relaciones interpersonales y con la comunidad, capacidad para trabajar en equipo con otras entidades, reconocimiento en la comunidad como líder y gestor, para las autoridades locales, compromiso con su comunidad y con su trabajo, y hasta confidente de algunos problemas de las familias. Otra característica muy positiva fue su liderazgo político y la capacidad para organizar a la comunidad, pues la gestión de los recursos en favor del desarrollo comunitario es algo que la comunidad valora y reconoce. El tipo de población también define el tipo de liderazgo que ejercía el promotor; en la población de nivel socioeconómico medio, la gestión se centraba más en el acceso a los servicios de salud y se evidenciaba mayor resistencia para ventilar los problemas familiares a una promotora.

“Ella tenía una vereda grandísima de Moniquirá que se llama Monjas; una de las veredas más pobladas; allá, hasta la ida del gobernador se articulaba con ella, porque ella movía gente, porque hablaba, porque estaba pendiente de ellos, al hospital iba y decía: ‘no, es que no me le pueden quitar la cita porque él la sacó, usted se la dio tal día’; lo otro es que era muy comprometida, no le tenía miedo a nada, ella tuvo un paciente con VIH sida muy complicado, y nadie le quiso hacer la curación y esa mujer dijo: ‘yo le hago’”. WY3

La auxiliar de enfermería desempeñaba su trabajo principalmente en los puestos de salud y su labor estaba orientada al desarrollo de los procedimientos y consultas de cada uno de los programas: materno infantil, planificación familiar, detección de cáncer de cérvix, vacunación, tuberculosis, lepra, etc. Era la responsable de recibir las remisiones realizadas por las promotoras de salud. Como complemento al programa de vacunación se integran los vacunadores,

que se encargaban de la vacunación en las zonas de difícil acceso. La cantidad de auxiliares de enfermería estuvo relacionada con la dificultad para contar con profesionales de enfermería en los centros de salud, por lo que tenían que desempeñar funciones y actividades que hoy realizan los profesionales bajo la supervisión de una jefa que tenía su centro de operaciones en la regional.

“Había una auxiliar de enfermería que atendía en Moniquirá, exclusiva para control prenatal y tenía sus características, era buena, ella nunca devolvía la gente, muy organizada, nunca le pude ver la calidad de un control prenatal, como lo hacía, pero en sus registros se observaba una buena calidad, en ese entonces las auxiliares hacían el control prenatal, cuando yo llegué, eran las dueñas y señoras de los programas, había auxiliar para citología, auxiliar para control prenatal, auxiliares para vacunación, aparte que teníamos supervisor de vacunación y, además, yo estaba también encima de ello”. WY3

Las actividades de trabajo con la comunidad eran una labor de la enfermera y de la promotora de salud, con una mínima participación del médico; una de las actividades de la promotora era favorecer la identificación de líderes y realizar la convocatoria de la comunidad a las reuniones citadas por los integrantes del equipo de salud.

“Le tocaba a uno mismo organizar el COPACO, o sea la enfermera, porque no había más profesionales, en ese momento el rol del médico era atender consulta con el odontólogo, a veces nos acompañaban, por ejemplo si la promotora nos decía hay un viejito paralítico o con hipertensión, les tocaba, o en caso de trabajo de parto nos tocaba ir a atender el parto, hacíamos la gestión comunitaria con la enfermera, el médico participaba menos, lo hacíamos nosotras con las promotoras que conocían sus líderes de acción comunal”. RJ2

En 1989, en el marco del programa de salud básica familiar, los técnicos de medioambiente se encargaban de acompañar las visitas de las promotoras de salud; sin embargo, las promotoras seguían desarrollando acciones de educación ambiental, porque el tiempo del técnico aún era insuficiente. Con el tiempo se logran

los recursos para la contratación de ellos directamente en cada municipio.

“En el cuidado del medioambiente, que lo hacían las promotoras conjuntamente con los técnicos de salud ambiental, ellos estaban muy en la parte urbana, pero a veces nos colaboraban en ir a las veredas y cuando había que instalar en esa época letrinas, y en eso fallamos mucho porque nunca hubo un componente de educación fuerte hacia esa área”. GB1

Programa de Salud Básica Familiar

El Programa de Salud Básica Familiar (SABAF) contribuyó al fortalecimiento de la estrategia, porque involucró recursos del comité de cafeteros, FUDESCO y de ECOPETROL, para incrementar el número de personas en los equipos extramurales, principalmente enfermeras, auxiliares, vacunadores, técnicos de medioambiente. Es en el marco de este programa donde surge la iniciativa de trabajar directamente con las familias, como una forma de contrarrestar la amenaza de terminar con la formación de nuevas promotoras rurales. Este proyecto aporta un nuevo integrante al equipo de APS, “los educadores en salud”, profesionales que se capacitaban para formar madres comunitarias; el Programa Materno Infantil amplía su trabajo a la comunidad ante la imposibilidad de seguir creciendo con la propuesta de promotores de salud.

“Tuvimos un programa de salud básica familiar, se desarrolló como en el 85 y en el 92 era eminentemente de salud pública y de participación comunitaria, y fue como circunstancial, porque resulta que comenzó a pasar el oleoducto por Boyacá y teníamos el apoyo del Comité de Cafeteros, o sea fueron los dos componentes y ellos nos dieron los recursos para comenzar el programa y el Ministerio nos dio recursos para personal de enfermería, y se fortaleció”. GB1

La formación desde este líder nuevo en salud, por cada diez familias, permitió democratizar el conocimiento hacia la comunidad, incrementando su participación desde el diagnóstico de la vereda y el municipio, con base en la identificación de problemas sentidos. Esta estrategia de base comunitaria facilitaba la labor de las promotoras

en la detección e intervención o canalización de personas con necesidades y mayor apropiación de los problemas por parte de la comunidad.

"Se seleccionaba una persona responsable de la salud de diez familias de la comunidad, o el que era responsable del componente de promoción y prevención, ellas reforzaban el trabajo de la promotora, la promotora tenía 200 familias; entonces, ellas hacían un diagnóstico comunitario, reunían las familias, teníamos unos modelos, teníamos una cartelera grande donde se iban enunciando los problemas de salud que tenían las familias". GB1

Educación para la salud

Los educadores en salud hacen visible la necesidad de innovar las metodologías usadas para el trabajo comunitario de educación para la salud, y de desarrollar nuevas habilidades en educación para la salud en el recurso humano, fortaleciendo las competencias y habilidades de profesionales de salud actuales. Entre el grupo de educadores en salud también había profesionales de la medicina. El proceso de educación para la salud aseguraba pedagógica y didácticamente unos enfoques no tradicionales de la educación, a partir de metodologías, materiales de apoyo y técnicas de trabajo participativos, a fin de facilitar aprendizajes significativos en la comunidad. Se construían escenarios de comunicación y diálogo más horizontales, reconociendo los valores y creencias, para aportar en la transformación de las prácticas que representaban un riesgo para la salud de la población, que, en la mayoría de los casos, era población con baja escolaridad.

"[...] nos asignaban un educador en salud que era quien daba los talleres conjuntamente con el personal de enfermería. Aparece otra figura, que era el educador en salud. Que ese si es propio del programa. ¿Propio del programa básica...y él era algo así como un promotor? No, la mayoría eran profesionales, había enfermeras; ellos tenían una cuestión que se llamaba educación en salud, entonces tenían educadores, y había médico, quien supervisaba todo el programa era un médico". GB1

Para apropiar y transformar el enfoque de educación para la salud, se requirió de un proceso de formación a los profesionales de la salud hacia enfoques de educación diferentes al tradicional, cuyo impacto es limitado en los procesos de desarrollo social.

“[...] fue un curso como de 280 horas, excelente curso, nos enseñaron lo que teníamos que enseñar y cómo lo debíamos enseñar, eso era lo bonito y lo que más me gustó; de alguna manera será porque yo soy conductista, no sé, pero me gustó, porque nos enseñaban estrictamente los temas y la manera de abordarlos, cómo lo teníamos que hacer y con quiénes lo teníamos que hacer. Ese fue un programa, no digamos vertical, pero sí fue centrado, no fue como que yo hago esto y el otro hace eso, no, todos fuimos estandarizados”.
WY3

Principios de la APS: la intersectorialidad

En el marco del programa de salud familiar se logró un trabajo articulado con el sector educativo, como resultado de un trabajo conjunto entre las dos secretarías, Salud y Educación; los maestros eran capacitados para replicar el trabajo de educación para la salud con sus estudiantes. Con el Instituto de Bienestar Familiar se coordinaban los temas de nutrición e igualmente se trabajaba conjuntamente con las organizaciones de base.

“Con los profesores, bien, se trabajaba bien, reunión que usted no articulara con los profesores era un fiasco”. WY3

“[...] Como por ejemplo con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en la parte de nutrición, con educación y con las organizaciones comunitarias que había [...]” GB1

El programa SABAF partió con una fortaleza en la gestión política: respaldo desde la Gobernación, pasando por los alcaldes, e igualmente el empoderamiento de los líderes, aspecto que favoreció la legitimación del programa ante las autoridades locales. Una motivación importante para los líderes comunitarios fue el reconocimiento de su formación con un diploma que los acreditara como tales, incentivo para su participación en la capacitación y para

seguir trabajando en su comunidad, además de la legitimidad que proporciona dicho reconocimiento público.

“El primer contacto eran los alcaldes, porque uno no puede reunir un grupo de personas sin contar con la autoridad municipal, porque se mete en un lío, además necesitábamos la ayuda de ellos [...] Invitamos al alcalde a la graduación y decíamos habrá francachela y habrá comilona, para que viera todo lo que hacía esta gente, era todo un acontecimiento; bailaban, declamaban con todos sus atuendos, hacían presentaciones, coplas, etc. El alcalde iba y entregaba los diplomas, mejor dicho, teníamos que tenerlo entre el bolsillo”. GB1

Principios de la APS: promoción de la salud

El Plan de Atención Básica (PAB) trabajó con mayor énfasis en aspectos de promoción de la salud; es decir, con un componente grande de información y educación, como las piezas comunicativas, afiches y las cuñas radiales, aprovechando las emisoras comunitarias, etc.

“El PAB de atención primaria hizo gran fuerza en la promoción, a través de la educación formal e informal, quizá eso fue como lo rescatable del PAB, como estrategia de promoción, porque había cuñas radiales, promoción, lo masivo, tal vez eso fue como la fortaleza [...]”. WY3

Principios de la APS: acceso a los servicios de salud

El trabajo de la promotora en la comunidad garantizaba el seguimiento de la población y, a la vez, monitoreaba las necesidades de atención de cada programa; por ejemplo, vacunación; la promotora garantizaba el esquema de vacunación a partir de la información que tenía de su población asignada.

“Las personas estaban acostumbradas a que la promotora fuera a vacunarlas, sabían cuando les tocaban las fechas de vacunación, a qué niño le faltaba; pero se acabó todo eso, se acabó realmente el acercamiento comunitario, el ir a la población, todo eso se acabó”. WY3

Principios de la APS: la participación comunitaria

El trabajo familiar e individual adelantado de manera extramural era complementado por una labor colectiva, que pretendía fortalecer la organización comunitaria, este trabajo también era liderado desde el nivel central de la Secretaría de Salud, donde nace la iniciativa de los COPACOS (comités de participación comunitaria en salud).

“[...] en esa época había aquí una sección que se llamaba Participación de la Comunidad, entonces había una oficina que lideraba el proceso, se llamaba: Oficina de Participación de la Comunidad. Eso fue muy importante porque al tiempo que nosotros desarrollábamos, digamos, esa atención directa a las comunidades, ellos también iniciaron toda la organización a través de los comités de los COPACOS, que anteriormente se llamaban Comités de Participación Comunitaria [...]”. GB1

El programa SABAF, además de incorporar a la comunidad en el diagnóstico de sus necesidades, los hacía partícipes activos en la solución de los problemas. Se gestionó la organización social a través de actividades como convites y bazares, que buscaban promover la autogestión comunitaria y, de este modo, fomentar la autonomía comunitaria y los valores de la solidaridad y el trabajo conjunto por el desarrollo social. El rol de los profesionales trasciende hacia la gestión del desarrollo social, para desempeñar el papel de facilitador de estos procesos, que igual redundan en la resolución de conflictos.

“[...] además la gente se involucraba en la solución de sus problemas de salud. Mira, nosotros, en veredas donde hicimos basares, fuimos hasta los sitios más recónditos de este departamento. En el contexto del programa había una integración social donde la gente a veces hasta limaba asperezas, esos conflictos que se forman entre los vecinos, hacíamos como convites que llamaban ellos, y entonces recogían plata para las unidades sanitarias, por ejemplo [...]”. GB1

El trabajo con la comunidad fue participativo, la formación que recibía cada líder se veía reforzada con un trabajo directo en su comunidad, lo que permitió la elaboración de autodiagnósticos,

trabajo en torno a la resolución de problemas, análisis de causas y las posibles soluciones, complementado por un proceso de empoderamiento político, que terminaba posicionando las problemáticas frente a las autoridades locales, como la alcaldía.

"[...] comenzaba por hacer los diagnósticos comunitarios en salud, y luego comunitariamente se buscaba la solución a estos problemas, hacíamos el taller con ellos y luego ellos tenían que hacerlos con la gente de su vereda, con sus diez familias, y después ellos se juntaban y armaban uno solo. El tema prioritario en esta vereda es que los niños tienen mucha tos, que los niños no se vacunan, que las casas viven muy sucias, que los animales están dentro de las casas, y ellos mismos buscaban la solución a sus problemas en una reunión comunitaria, y adonde los llevaban, al alcalde, había grupos durísimos se iban a los consejos a pelear, era..., mira, eso fue para mí muy valioso, esa parte es valiosísima, muy valiosa [...]" GBI

Dificultades percibidas por los actores acerca del desarrollo de la estrategia de APS

En la implementación de la estrategia

La concepción del trabajo de campo realizado por promotoras y enfermeras respondía a una perspectiva de detección y tratamiento precoz de los eventos o enfermedades, sin embargo, este enfoque tuvo resistencia por parte de los médicos por la formulación de medicamentos. Igual ocurrió por parte de las comadronas o parteras, porque se estaba invadiendo su espacio de acción, espacio que nunca había llenado el sistema de salud.

"[...] dígame los problemas con los médicos, que decían esas patirrajadas como se les ocurre entregarles anticonceptivos, sin ningún estudio ni nada, ellos creyeron que les íbamos a quitar su actividad, hubo resistencia para la entrega de los medicamentos, antiparasitarios y anovulatorios; lo mismo resistencia de las parteras, pero cuál era la idea, usted encuentra aquí problema y capta y de una vez hacerle la intervención". RJ2

Programa de Salud Básica Familiar

Era un programa que mostraba sus mejores logros en zonas rurales; sobre todo en las más dispersas, y se avanzó en la formación de tejido social, complementando la labor del personal de salud en la comunidad; con el proceso de descentralización administrativa iniciado en 1998 fue imposible financiar este tipo de acciones. Funcionó hasta cuando la Secretaría Departamental la pudo sostener, dado que ya no estaban dentro de las prioridades del nuevo SGSS y sus costos eran imposibles de financiar. Es claro que una estrategia de APS en zonas rurales es más costosa, sobre todo por los costos de desplazamiento y la dificultad en las vías de acceso.

“[...] el programa de salud familiar no duró mucho, porque con la misma Ley 100 se acabó, se llegó con extramural como hasta el 93-94, eso no duró mucho, duró tres o cuatro años, de ahí que los municipios necesitaran sus enfermeros para que trabajaran con sus familias capacitadas, y eran contratados con recursos de la SDB, todavía no había descentralización [...]”. RJ2

Integralidad y funciones del equipo de salud

El rol del odontólogo y el médico era principalmente atender las consultas canalizadas por las promotoras y, de vez en cuando, hacían visita domiciliaria para labores de atención extramural, aspecto que también se veía en el trabajo y el enfoque de las brigadas de salud, que respondían a la lógica de desconcentrar hacia las veredas la prestación de servicios del puesto de salud. El énfasis de estos dos profesionales era la atención a personas con enfermedades, reforzado por una comunidad que esperaba una fórmula y unos medicamentos, pero dejando de lado la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Esto confundía a la comunidad, porque en algunos casos para la comunidad la APS era igual a brigadas de atención y entrega de medicamentos.

“[...] empezaron las brigadas de salud, entonces hacían la fila los de diarrea y otra la de los parásitos, [...] eso era atención primaria, empezamos a irnos a la vereda, iban el enfermero, el odontólogo,

pero era más de asistencia que de prevención y para atender a los que no habían accedido; el que no llegaba era llamado por perifoneo, mandadita de razón con la promotora, por cualquier otro medio de comunicación, teníamos carteles, el cura párroco anunciaba y nos ayudaba con la convocatoria a reuniones". RJ2

El acceso a los servicios de salud de la población se facilitaba a través de las remisiones por la promotora de salud. Cuando este proceso no era efectivo ni coordinado o valorado por el personal del puesto de salud, se perdía la legitimidad por la promotora, por parte de los usuarios.

"Había de todo, había auxiliares que valoraban el trabajo de la promotora, que decían si esta persona viene remitida por la promotora es porque realmente la encontró enferma y necesita la atención; otras reaccionaban todo lo contrario, decían es que las promotoras cansan mucho, entonces mandan la gente aquí a molestar [...]". WY3

Después de 1998, la valoración integral de la persona en su contexto familiar y comunitario, específicamente en los programas de interés en salud pública, se restringió a actividades individuales, de información y con menos compromiso de parte del equipo de salud, sobre la situación familiar.

"Los programas de interés en salud pública dentro del PAB, como PAI, tuberculosis, lepra, leishmania, etc., se volvieron actividades puntuales e individuales; que la charla, entonces, cómo prevenir la tuberculosis y ya, pero visita no; antes sí íbamos a visitar al paciente de tuberculosis, mirábamos su forma de cocinar, cómo vivía, si tenía las ventanas abiertas, limpiaba o no la casa, si sacaba las cobijas al sol, si barría, eso se acabó". WY3

Igualmente, la flexibilidad laboral, reflejada en la vinculación del personal por contratos cortos y la existencia de las cooperativas como intermediarias en la ejecución de las acciones en salud, hizo más complejo el trabajo en salud pública. Por un lado, la alta rotación del personal impidió la consolidación de procesos o programas, y por otro, el cambio que hubo de administrar programas por la realización de una serie de actividades, aisladas y soportadas con firmas, para la

facturación, sin mayor trascendencia para las personas beneficiarias. Todos los soportes se organizan en función de los auditores de las aseguradoras y no en función de las necesidades de la población.

“¿Qué le interesa a un asegurador? ¡La plata! Es por mi experiencia que le digo que en este mercado de la salud es igual que una mercancía, toda la filosofía del acercamiento a la comunidad se perdió, se perdió en el sentido de que el asegurador quiere simplemente unos cumplimientos numéricos en metas, y la IPS en su afán de no dejarse glosar también hace cualquier cosa, por ejemplo, antes nunca le veía barrera a una materna para que la atendiera, a veces el ginecólogo o a veces un médico o a veces una enfermera, ahora sí hay mucha barrera: ‘que no se la autorizaron, que no hay ginecólogo, que el ginecólogo no está contratado o solo para una ciudad no sé dónde’, todo es [...]”
WY3

Principios de la APS: la intersectorialidad

Desde el inicio de la estrategia, el trabajo con las universidades y específicamente con la Escuela de Enfermería de la UPTC, no se notó, tal vez porque el programa de formación era relativamente reciente o porque la coordinadora no lo visibilizó como una prioridad.

“Con las universidades no había articulación en ese momento, pues sí había, lo que pasa es que, en ese momento, como le dijera..., por lo menos aquí la Facultad era muy joven, pero sí, casi siempre todas las enfermeras, yo nunca estuve con ellos, pero porque es que a mí no me quedaba tiempo, yo vivía por todo el departamento, como dicen, como un ringlete”. GB1

Principios de la APS: la participación comunitaria

Luego, con la descentralización municipal, los alcaldes adquieren mayor responsabilidad frente al manejo de los recursos de salud de su municipio, ante la necesidad de la contratación de las promotoras de salud, modifican las condiciones de contratación y los perfiles del recurso humano, dándole una visión más clientelista al proceso de contratación, lo cual contribuye al debilitamiento de los procesos adelantados, pues ya no contaban con el perfil personal,

no recibían la misma capacitación, no necesariamente eran de la vereda, y además rotaba con frecuencia y esto afectó directamente los procesos. En los municipios donde había promotoras y auxiliares de planta debieron “recoger ese personal” que trabajaba en el nivel regional y concentrarlo en el municipio que coordinaba la regional, y esto llevó a que los municipios fueran acabando con los vacunadores y las promotoras.

[...] nosotros ya no teníamos plata, a algunos alcaldes les empezamos a decir que teníamos que formar promotoras, y mandaban a la secretaria, a la moza, no eran niñas de las veredas, eso era una alcahuetería, Cambiaron la filosofía del programa, nos enviaban cualquier cosa y como era del alcalde teníamos que capacitarlo, y después se iba, eso fue un relajo... Ahí ya empieza la crisis, y a las poquitas promotoras que quedaron, si estaban en la nómina del hospital, las mandaban para el hospital a hacer curaciones. Algunas se volvieron auxiliares de enfermería, y se metieron como auxiliares [...]”. R]2

Ahora, el programa de vacunación funcionaba no a cargo de los promotores y vacunadores, sino de las jornadas nacionales de vacunación.

“Se acabó el vacunador, ya no fue más a las veredas, porque quien tenía que vacunar era una jefe; sin embargo, en Moniquirá, como aún tenía las promotoras, ellas siguieron vacunando en las veredas, pero ya con ciertas dificultades administrativas. Ya realmente lo que sí se hacía masivo eran las jornadas nacionales de vacunación, pero el programa regular ya no, ya no se podía”. WY3

El trabajo con las juntas de acción comunal no fue el más fuerte, debido a los riesgos que este trabajo generaba, este tipo de actividades era aprovechado para acciones de proselitismo político, por parte de algunos líderes, desvirtuando el sentido del programa. Por otro lado, el liderazgo y el protagonismo siempre se quedaron del lado de los profesionales del sector salud, y esta puede ser una de las razones por las cuales el proceso de desarrollo comunitario no logró continuar, dado que avanzó mientras existió el programa.

“Las juntas de acción comunal, pero muy de lejos, esas no las volvimos a meter porque eso se nos estaba volviendo [...] las juntas nos apoyaban, los viejitos la mayor parte de los señores iban, conocían el programa, había que reunirlos y mostrarles el programa y ellos ayudaban a organizar a la gente a hacer la reunión para los talleres, pero no, o sea procuramos siempre que todo el liderazgo lo llevara la enfermera de salud básica, y lo llevaran las personas de la comunidad que estaban trabajando con el programa [...]”. GB1

APS en el marco de la Ley 100

En el nuevo marco de política se cambiaron las reglas de juego para el desarrollo de las acciones en salud; sin embargo, se lograron mantener cinco años más, es decir, hasta 1998, hasta que finalmente la rotación del personal directivo favoreció el cambio de rumbo del programa. Los procesos en el espacio local se modificaron con la reestructuración de los hospitales, razón por la cual se desfinanció el programa, culminando con la desvinculación de las promotoras de salud o con un cambio de sus funciones.

“[...] pues ya la estructura administrativa de hecho cambió totalmente, yo pasé al área de calidad a coordinar esa área, y aquí pues ya se diluyó totalmente, ya el pensamiento de la gente era distinto y después vino la reestructuración de los hospitales, salieron todas las promotoras de salud [...]”. GB1

La iniciativa de Empresas Solidarias de Salud (ESS), concebidas con un énfasis en las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, desaparece con la transición al régimen subsidiado, de ser ESS a ser Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), para poder competir en el mercado del aseguramiento. Este cambio de enfoque privilegió las acciones del orden intrahospitalario.

“[...] no, desde mucho antes se rompió el esquema de la empresa solidaria, desde antes de que se volviera ARSS, pues lógicamente que entraron en un mercado a competir con las EPS, fuertes sí, y entonces ya las empresas solidarias que se habían concebido como un componente grande de promoción y prevención comenzaron a entrar más componentes al POS y lógicamente estos eran muy fuertes hacia el área de curación, o sea que algunos grupos de

las quirúrgicas, pues... con otra serie de elementos, y tanto las EPS como las ARS descuidaron completamente el componente promoción y prevención en todos los aspectos". GB1

La ampliación de coberturas en la Ley 100 también tuvo un gran avance en el aseguramiento; es decir, todos los actores del sistema se preocuparon muchísimo por carnetizar a la gente, y se descuidaron los programas de salud pública. Unido al incremento de los índices de pobreza del país al finalizar la década de los 90.

"Es que yo pienso que el problema fue que no hubo desde el Ministerio una directriz, en ese momento todo el plan de salud pública se cayó, porque los programas no siguieron liderándose, pero es que todos nos volcamos hacia el aseguramiento, que la gente tuviera una forma de aseguramiento de aquí o de allá, de cómo se financia, y nos olvidamos de todas las acciones de salud pública". GB1

Con el cambio de perspectiva en la orientación del sistema de salud y el debilitamiento del financiamiento de los equipos extramurales se inicia la extinción de las promotoras, vacunadoras y educadoras en salud, y de la mano con este debilitamiento también se debilita la gestión comunitaria, pues con el cambio de funciones y la salida de las promotoras las comunidades quedan solas y desprotegidas. La función de una promotora es reemplazada por agentes de salud, o por otras personas, nombradas desde las alcaldías o desde las aseguradoras, con una función diferente: avanzar en la afiliación o carnetización de la población. Con este cambio de perspectivas, las aseguradoras ya no requieren de promotoras de salud con un perfil de salud pública ni incluso vacunadoras, requieren personas que puedan convencer a la población para afiliarse a un asegurador; es decir, una labor de venta de servicios o mercadeo de un portafolio.

"[...] con este cambio se acabó el trabajo comunitario, que las promotoras desaparecían, que nadie les pagaba, que ya eran responsabilidad de las aseguradoras, que ya nadie... o sea que eso se acabó, como que se acabó el trabajo comunidad, las comunidades quedaron solas y desprotegidas [...]. WY3

“[...] pero también ya empezó a tener barreras la atención, porque ya comenzó la aseguradora yo no sé qué, que el papel, ¡ah! no cuente la fotocopia en una brigada de salud, a ver cómo le iba a usted, cómo le iba con la fotocopia, eso era un camello, le tocaba recoger el carné a la pobre promotora antes, sáquele la fotocopia, no, esa vaina no [...]”. WY3

Toman fuerza las coordinaciones de P y P; las jefes que antes lideraban los equipos extramurales, se reubican en el nivel administrativo y otras pasan a la consulta externa, directamente en los programas desde un trabajo intramural y el trabajo extramural de las enfermeras fue mínimo.

“[...] pasé a coordinar la atención básica y las actividades de promoción y prevención, ya me tocaba mirar las matrices, revisarlas, hacer los informes. Mirar las metas de cumplimiento, retroalimentar, levantar las glosas con el asegurador, pelear con el asegurador [...]”. WY3

Hubo municipios donde los alcaldes decidieron contratar el PAB reconociendo la experiencia de la ESE; sin embargo, hubo alcaldes que contrataron otras entidades, como ONG, y ya la dinámica fue diferente, el sentido de las acciones de promoción y prevención cambió, se centró en el levantamiento de firmas, como soportes cuantitativos, independientemente de si se tenían resultados o no en la población.

“[...] hubo un tiempo en que no se contrató, pero mira cómo fue la experiencia, imagínate que lo contrató con una ONG que se llamaba Creciendo por Boyacá, papa por Boyacá, yo no me acuerdo mucho cómo se llamaba, resulta que esa ONG quiso coger mi personal para que le ayudara extramural en salud, para que le ayudara a hacer actividades asignadas, y yo le dije: ‘un momento, lo suyo es lo suyo y lo mío es lo mío, usted no me utiliza mis promotores, ellas no le van a ayudar a usted a realizar sus actividades, sabrá usted cómo ejecuta su PAB’”. WY3

Hubo un cambio en la forma del flujo de los recursos para financiar las acciones en salud, que obliga al establecimiento de convenios y contratos financiados a través de los recursos de tres actores importantes, la SDB, las ESE y las alcaldías.

El proyecto de salud básica familiar dio como resultado la propuesta para el tema de salud oral, los incrementales, como una respuesta para abordar los problemas de salud oral desde la perspectiva de la APS, sin embargo, duró más o menos dos o tres años, debido a que no pudo funcionar por falta de financiamiento.

"[...] nosotros con Gloria constituimos un equipo, conformado por enfermera, odontólogo y médico, y un técnico en saneamiento, ellos tenían que recorrer esas familias y llegar acá, esto no duró mucho, el primero que caducó fue el médico, de aquí partió la idea para los odontólogos que se llamó los "incrementales" 1993-94-95 que fue salud oral; como salud oral era el de peor morbilidad, se trabajó con los odontólogos. -Y me dices que duró muy poco la experiencia, ¿más o menos cuánto? Por ahí un año o dos; - ¿Y por qué fracasó tan rápido? Por sostenimiento y por política, porque es que mire, estábamos saliendo de la coyuntura del tema anterior y estábamos metiéndonos a una Ley 100, pues sí, se acaba todo eso". RJ2

La inversión en recursos de publicidad, como afiches, botones y otros materiales, que se adquirieron con la idea de contribuir en el nivel local con el desarrollo de los programas de promoción y prevención, en realidad no fue de gran impacto.

"Este centro de salud es de su competencia, su médico, aterriza ya la descentralización, entre 95-98 nos llegaba la plata acá, y nosotros qué hacíamos con esa plata, ¿comprar equipos? No, una cantidad de material pendejo, yo decía, tantos afiches, tantas vainas, que a la hora de la verdad no sirvieron para nada, sus botones y sus pendejadas, y eso lo agarró el POS, hasta cuando dijeron que se estaban gastando la plata en publicidad, porque eso era promoción y prevención". RJ2

Aprendizajes percibidos por los actores acerca del desarrollo de la estrategia de APS

En la implementación de la estrategia

Reconociendo que actualmente el énfasis de las especializaciones y maestrías tiene una orientación más gerencial y administrativa e incluso hay algunas maestrías en salud pública, se requiere retomar perfiles profesionales similares a los que había en el proceso de implementación de la estrategia en el departamento, de modo que se puedan equilibrar los dos énfasis, el administrativo y gerencial, con el de salud pública y epidemiología.

“Medellín sigue conservando en esencia la maestría de salud pública, muy fuerte en salud pública; no lo sé, pero muchos han enfatizado como hacia el área administrativa, la gerencia, la administración, incluso las maestrías en salud pública, porque es como la necesidad no, todo es como de moda y como de necesidad”. GB1

La orientación de las promotoras hacia la identificación de los riesgos de las familias, a partir de un censo de población y vivienda que facilitara determinar el estado de salud y el comportamiento frente a los eventos en salud, para luego clasificarlos según el grado de riesgo al hacer la priorización de la respuesta. Este proceso favoreció el seguimiento y planeación del trabajo en campo utilizando la cartografía social.

“[...] ellas hacían un mapa donde escribían todas sus familias y tenían que llevar unas convenciones donde estaban la escuela, el presidente de la vereda, las familias, donde había menores de cinco años, familias donde había viejitos, todo eso de acuerdo como a un puntaje, que no era claro, pero que se hacía y manejábamos un puntaje, hacíamos un censo de condiciones de la vivienda y de la familia, ese censo nos arrojaba un puntaje dependiendo de ese puntaje la familia se clasificaba de alto, mediano y bajo riesgo”. WY3

Igualmente, comenzaba la planeación de las visitas, se realizaba tomando como base el diagnóstico de cada vereda, prefiriendo para la intervención a las familias de mayor riesgo. Todo bajo la supervisión

del profesional de enfermería, con énfasis en el programa materno infantil. Las visitas al año a todas las familias permitían monitorear el cambio o novedad en cuanto al riesgo y, de este modo, el promotor mantenía constantemente actualizado el diagnóstico de sus familias. Los procesos de coordinación, retroalimentación y capacitación continuada del equipo se realizaban en una reunión mensual, que permitía trabajar con base en el análisis de casos de la vida real.

"[...] ellas hacían una programación mensual, dependiendo de eso, las promotoras tenían que pasarme qué familias iban a visitar, si y yo les daba el aval, porque esta familia no es de alto riesgo, esta es de bajito, que pasó con esta, por qué me estás descuidando, claro que para alcanzar a supervisar a todas... Pero de alguna manera las reunía, hacíamos la presentación acerca de qué se había encontrado, me contaban los casos, mensualmente, eso sí había una reunión [...]". WY3

Proceso de formación y selección del recurso humano

Para hablar de eficiencia y efectividad del recurso humano que conforma los equipos de APS, debe reconocerse que los integrantes del equipo deben vivir en el municipio, ojalá sean del mismo municipio. Con esta premisa se resuelven desde el inicio los problemas de desplazamiento e incluso problemas de empatía con la comunidad. En los casos en que la cantidad de profesionales no es suficiente para el desarrollo de todas las acciones, trabajar con personal auxiliar, bajo la supervisión de profesionales, optimiza el recurso humano, manteniendo la calidad en las acciones en salud. Dentro de las características personales de la promotora se deben tener en cuenta la capacidad de liderazgo, inspirar credibilidad frente a su comunidad, exigente y consentidora de su comunidad. Los criterios de selección de profesionales, para los equipos de APS, deben contemplar el gusto por el trabajo con comunidad y la capacidad de reconocer la necesidad de innovar en las respuestas, superando los enfoques tradicionales de abordarlas.

Integralidad y funciones del equipo de salud

El trabajo de supervisión y acompañamiento de promotoras y auxiliares de enfermería, ejercido por los profesionales de enfermería, incluía trabajo en campo, donde se acompañaba y se verificaba directamente con las familias. Esta actividad le permitía al profesional de enfermería ganar habilidades para retroalimentar, supervisar y planear las acciones de acuerdo con el contexto y la particularidad de cada población.

“[...] entonces yo decía, te voy a supervisar el jueves y vamos a mirar; allá seleccionamos con qué familia voy a supervisar el trabajo del viernes pasado. Me iba casa por casa, y yo les decía a las familias, sí cuéntenme, ¿Ella vino? ¿Qué les dijo? Déjenme ver el carné, [...]”
WY3

La formación de líderes comunitarios en salud mejoró el grado de organización y apropiación de las problemáticas por parte de las comunidades, al igual que potenció el trabajo con las promotoras de salud y legitimó el rol de los dos integrantes frente a la comunidad y frente a las instituciones. De igual manera, la incorporación de los médicos en la estrategia APS, a pesar del número reducido de profesionales que permanecieron en la estrategia, logró responder a las canalizaciones generadas por las promotoras de salud y, en algunos casos, a la atención de enfermos que no habían accedido, así como el desarrollo de algunas acciones de educación colectiva en temas especiales; sin embargo, se reconoce la necesidad de trascender estas actividades y avanzar hacia un trabajo que supere las consultas individuales y se piense en un acercamiento más familiar o comunitario, empezando por las familias de alto riesgo.

Educación para la salud

En el marco del Plan de Atención Básica (PAB), las acciones de educación en su mayoría se realizaban con grupos conformados o grupos cautivos, como en los colegios o en los centros de trabajo. La labor fue efectiva por dos razones: la primera, por el apoyo de la institución en cabeza del gerente, cuando él estaba convencido de las

bondades de organizar la prestación de los servicios, bajo el marco de la APS, el respaldo era total y no había tanta resistencia para financiar el transporte, que era la mayor dificultad para trabajar en zona rural. La segunda estaba relacionada con la estrategia de convocatoria; es decir, la estrategia personalizada generaba mayor credibilidad que una convocatoria a partir de una carta de invitación.

Se reconoció la necesidad de elaborar indicadores de resultados e impacto, pues fue algo que no se realizó con las acciones Información, Educación y Comunicación (IEC), en el marco del programa de salud familiar, la inversión de recursos fue importante; sin embargo, no se conocen los resultados.

"[...] que es lo que nunca se ha validado, es algo que para mí... hay una cosa muy coja y es que la estrategia IEC de información educación y capacitación nunca la hemos medido, y gastamos muchísimo dinero". GB1

Principios de la APS: la intersectorialidad

Es importante resaltar que la labor de salud es y ha sido interpretada como una responsabilidad exclusiva del sector salud y el papel de los otros sectores es marginal e incluso se asume como un favor, lo vemos en la integración del sector educativo e incluso en los integrantes del equipo de medio ambiente. Esta concepción desconoce que la salud es el resultado de otros condicionantes que son propios de los estilos, las condiciones y los modos de vida; la mirada solo alcanza a concebir que proporcionando educación e información se resuelve el problema, dado que el problema de la enfermedad se atribuye a las mismas personas que no adoptan estilos de vida saludables, asumiendo que es solo una responsabilidad individual y de decisión de la persona.

Principios de la APS: la participación comunitaria

El profesional de enfermería tenía la responsabilidad de supervisar y orientar el trabajo del grupo de promotoras, y el énfasis

era el trabajo comunitario, según la orientación del programa ECAR en 1990. El trabajo de la promotora redundaba en la organización de la comunidad, había mayor cercanía de la población a los servicios de salud.

“[...] se notaba la gran diferencia entre aquellos que tenían promotora y entre los que no, como la organización comunitaria, la aproximación a los servicios de salud; de alguna manera, la empatía hacia los servicios de salud era totalmente diferente en aquellos lugares donde había promotoras, comparados con los que no tenían promotoras”. WY3

Igualmente, para ganarse el compromiso de la gente, era diferente cuando el proceso de acercamiento se hacía de manera personalizada, explicando el sentido de las acciones, pues cuando se hacía a través de otros medios como el perifoneo o las cartas, no era tan efectivo.

“Sí, yo iba y les mandaba una carta con la promotora diciéndoles ‘que el hospital regional de Monquirá, para ejecución de las acciones del plan de atención básica y ...en compañía con la alcaldía me permito invitarlos a un taller, no llegaba nadie, no, mientras que.... tal vez esa fue la experiencia exitosa en San José de Pare, porque el médico era pareño y entonces sentía a su gente, el amor por su gente [...]”. WY3

APS en el marco de la Ley 100

Hay que analizar con detenimiento el enfoque financiero y eficientista que tiene la Ley 100, buscando alternativas de trabajo para posicionar la APS en el marco del SGSSS. Se tiene que mencionar que la estrategia de APS no fue trascendental en el momento de la imposición de la nueva ley de SGSSS, ya que no se nota ninguna acción de defensa o de reconocimiento, no hubo indicadores de impacto o de resultados que la hubieran soportado.

“La 412 tiene los indicadores que deben cumplir en promoción y prevención las ARS, las EPS sí, hay también, pero hay que hacer un seguimiento a esos indicadores, o sea, los indicadores no se quedan en el número frío, de hecho, nosotros que vimos con la estrategia de atención primaria y con el programa de salud básica cómo

incidieron en la disminución, eso viene de mucho atrás, usted sabe que para que yo disminuya una taza me demora 20 o 15 años". GB1

Es difícil de hacer operativa la mentalidad de un salubrista en el marco de la Ley 100. Ahora, con la incorporación de la APS se requiere que los profesionales que lideran la estrategia tengan una concepción amplia de la salud pública, para poderla enfocar bien.

"[...] esta estrategia de atención primaria tiene que arrancar con un componente muy fuerte de cambio actitudinal sí o no, de los mismos profesionales del área de la salud; yo ahora veo a mis colegas las enfermeras, su concepción es otra; sí, la vida ha cambiado y todo el cuento y uno no tiene que ser tan romántico, pero ya lo que es el trabajo puramente, porque es que el trabajo de atención primaria tiene que tener un trabajo comunitario muy grande, usted cómo concibe eso, la misma Alma Ata tiene sus postulados". GB1

La APS es una gran oportunidad para trabajar el enfoque preventivo del sistema de salud y mostrar su efectividad.

"[...] Pero igual hay que retomar, se me hace buenísimo que hayan vuelto a poner sobre el tapete la estrategia de atención primaria, porque creo que es la estrategia que puede con el desarrollo de un componente de promoción de la salud y prevención de la enfermedad realmente eficaz, no tanto como excelente, pero sí eficaz, o sea que se puedan mostrar resultados en el área de la atención primaria". GB1

4. CONCLUSIONES

La influencia directa de la Universidad de Antioquia y FUDESCO en la formación de salud pública de los profesionales de SESALUB, junto con un trabajo proactivo y propositivo, con MINSALUD, fueron elementos estructurales de la estrategia de APS en el departamento, donde la educación para la salud y el desarrollo de procesos comunitarios fueron una de las principales fortalezas; desde su inicio, antes de 1978 y se mantuvo constante hasta 1998, a pesar del cambio del sistema de salud en 1993, del SNS al SGSSS, y nuevamente toma la iniciativa en el año 2010, donde el posicionamiento político en la

asamblea departamental, se convierte en su principal respaldo para seguir avanzando.

Con la influencia mencionada en el párrafo anterior; principalmente de MINSALUD, se comprende la razón por la cual el tipo de estrategia APS, mayoritariamente desarrollada correspondió a la APS selectiva, donde el énfasis se hizo sobre el control de las enfermedades endémicas; principalmente en población materno infantil, con mayores necesidades y la responsabilidad de la salud como derecho humano, no se logró posicionar hacia otros sectores, razón para la cual aún sigue siendo un desafío de nuestro sector, junto con el fortalecimiento de las competencias en los niveles municipales; dado que, la mayoría de programas exitosos fueron de corte centralizado y liderados desde la secretaría departamental.

Cabe mencionar los contextos: histórico, político, cultural, económico y técnico que condicionaron directamente el proceso departamental, se muestra el enfoque familiar y comunitario como elementos fundamentales a resaltar, donde el beneficio en términos de equidad en salud estuvo a favor de los habitantes de zonas rurales, haciendo diálogo intercultural con parteras y comadronas, líderes y mujeres voluntarias que junto al papel protagónico de las promotoras rurales de salud fortalecieron el sistema de salud en un escenario de baja presencia de profesionales de la salud y en menor proporción de quienes les gusta realmente el trabajo comunitario y familiar.

El papel protagónico de los profesionales de Enfermería se visibiliza como un valor agregado en esta experiencia, desde los procesos de selección y capacitación del recurso humano, hasta los procesos de planeación, gestión, seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia a nivel municipal, regional y departamental. En general los profesionales de enfermería con competencias clínicas, prevención de enfermedades, administrativas, políticas, de gestión, educación en salud, abordaje comunitario y enfoque familiar; ajustadas al contexto, lograron realizar un trabajo apropiado en el cuidado de la salud, integrando competencias del ser humano, con

las competencias técnicas, en un contexto de diálogo continuo entre la formación y la atención en salud; consecuencia de este trabajo se visibiliza en el desempeño de las promotoras rurales de salud, los equipos de salud básica familiar, los educadores en salud, parteras, comadronas y madres líderes del programa materno infantil, quienes desarrollaron su labor en un contexto institucional, sin mayores desgastes por falta de competencias del equipo interdisciplinar.

El cambio de perspectiva en la orientación del sistema de salud; con la ley 100 de 1993, debilitó el proceso, incorporando principios de la economía de mercado, donde las necesidades de la población en un contexto territorial pasaron a un segundo plano y se vuelve relevante la competencia por la venta de servicios de salud, donde las acciones del orden preventivo, de promoción de la salud y a nivel extramural, quedan subestimadas al igual que toda la estrategia de APS, y la facturación se convierte en el mayor incentivo del sistema, por encima de la salud y la vida de las personas. En este contexto, se genera un escenario propicio para la corrupción, donde el clientelismo político a nivel municipal ingresa con mayor fuerza en el sector salud, con participación de alcaldes y gerentes de las aseguradoras del régimen subsidiado, en la contratación del recurso humano en salud y en la definición de prioridades. La participación comunitaria se restringe a los aspectos relacionados con la prestación de servicios de salud (quejas y reclamos), abandonando las iniciativas de empoderamiento comunitario y desarrollo social.

Con la ordenanza 023 de 2010 se incorporan "la educación para la salud basada en el desarrollo de competencias de autocuidado y se retoma la idea de garantizar el acceso universal y equitativo a través de un modelo de atención APS-SF, en el tema intersectorial: formulación de políticas públicas en salud, desde los diferentes sectores involucrados en los problemas de salud, que favorezcan la equidad sanitaria, la salud ambiental para garantizar la dignidad y el derecho a la salud. Esta iniciativa podría convertirse en la carta de navegación política y técnica para continuar con el sueño de la estrategia de APS, "*salud para todos los boyacenses*".

5. REFERENCIAS

1. A., T. La sistematización desde la perspectiva Interpretativa. Sistematización de experiencias, Búsquedas recientes. En Aportes 2000 (págs. 23-37).
2. Bonilla Castro, E., & Rodríguez Sehk, P. El Proceso de Investigación Cualitativa. En E. Bonilla Castro, P. Rodríguez Sehk, & E. Uniandes (Ed.), Más Allá del Dilema de los Métodos 2000 (págs. 69-81). Bogotá: Norma.
3. Ordenanza 023 del Departamento de Boyacá, 2010.
4. Giovanni, A. I. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS): Historia con igual raíz. (C. d. Públicas, Ed.) 2012 Polis (27), 1-11.
5. Martinic, S. Elementos metodológicos para la sistematización de proyectos de educación popular: la sistematización de proyectos de Educación Popular. En Aportes (págs. 41-52). Bogotá.1987
6. Navarro, V. Alma Ata y la Institucionalización de la Atención Primaria de Salud. Recuperado el 15 de agosto de 2006, de <http://www.healthwringhts.org>. 1979
7. Declaración de Alma Atta: Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Ginebra. 1978 Organización Mundial de la Salud.
8. Carta de Ottawa, 1986 (Canadá). 1ª. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ontario.
9. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos Futuros. Washington. OMS, OPS. 2003.
10. Promoción de la Salud: logros y enseñanzas extraídas entre la carta de Otawa y la carta de Bangkok y perspectivas para el futuro. 2006 OMS Washington.
11. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington. 2007 OMS OPS
12. Oscar, J. Tres Posibilidades de Sistematización. En E. Dimensión (Ed.), Sistematización de Experiencias: Búsquedas recientes. 2000 Bogotá.
13. Salud, M. d. febrero de 1993. Empresas Solidarias de Salud. CONPES SOCIAL.
14. Salud, M. d. 1993. Resolución N° 3480.
15. Tejada de Rivero, D. Historia de la Conferencia de Alma-Ata. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 64(3), 361-366. 2018.

16. Tejada de Rivero, D. A. Alma-Ata 25 años después. *Perspectiva de Salud*, 8(2). 2003
17. Tejada de Rivero, D. A. Lo que es la Atención Primaria de Salud: Algunas consideraciones a casi 35 años de Alta-Ata. *Revista Peruana de Salud Pública*, 30(2), 283-287. 2013
18. Torres, A. Enfoques Alternativos de Investigación Social. En A. Torres, *Aprender a Investigar en Comunidad*. Santafé de Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas de Unisur, 1995.
19. Vega Romero, R. Lo que se entiende por Atención Primaria Integral en Salud. En R. Vega Romero, N. Acosta Ramírez, P. A. Mosquera Méndez, & O. Restrepo Vélez, *Atención Primaria Integral en Salud: Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud* (págs. 35-52). Bogotá: 2009 Pontificia Universidad Javeriana.
20. Vega Romero, R. Orígenes y Desarrollos de la APS en Colombia. En R. Vega Romero, N. Acosta Ramírez, P. A. Mosquera Méndez, O. Restrepo Vélez, & A. d. Bogotá (Ed.), *Atención Primaria Integral de Salud: Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud* (págs. 53-82). Bogotá. 2009.
21. Zúñiga, M. L. Sistematización de experiencias significativas en Educación de Adultos. En *Aportes* (págs. 39-52). Bogotá. 2000.
22. Zúñiga, M., & Lehap, J. Sistematización de experiencias significativas en Educación de Adultos. En *Aportes* (págs. 39-52). Bogotá. 2000.
23. Zúñiga, M., & Lehap, J. Sistematización de experiencias en Educación de Adultos. En *D. Educativa, Sistematización de Experiencias: Búsquedas resientes* (págs. 40-52). Bogotá. 2000.

