

Barreras y facilitadores en la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en Palmira, Colombia

Barriers and facilitators in the implementation of the primary health care strategy in Palmira, Colombia

Carlos A. Reina-Bolaños y María F. Tobar-Blandón

Recibido 20 enero 2019 / Enviado para modificación 20 octubre 2019 / Aceptado 1 noviembre 2019

RESUMEN

Objetivo Conocer las barreras y facilitadores para la continuidad en la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud en Palmira.

Métodos Se tomó la experiencia de Atención Primaria en Salud (APS) del ente territorial de salud del Municipio de Palmira, Colombia, un territorio de aproximadamente 283 431 habitantes. Se usó el enfoque metodológico cualitativo mediante el análisis de contenido temático. La población objeto fueron los informantes clave, individuos con un papel potencialmente significativo en la formulación y desarrollo de la estrategia de APS, elegidos con un enfoque no probabilístico por conveniencia. La información se obtuvo de fuentes primarias y secundarias y se utilizó el software informático de análisis cualitativo Atlas Ti V7, como herramienta de apoyo para el manejo de datos.

Resultados El análisis de barreras y facilitadores para la continuidad de la estrategia de APS identificó las principales características de la estrategia y una serie de temas recurrentes al momento de analizar las posibles barreras y facilitadores en los componentes de proceso, actores, contenido y contexto. Cada uno de estos temas presentó comportamientos diversos según la percepción de los participantes. Algunos temas fueron percibidos como facilitadores, barreras o como ambos.

Conclusión Al comparar las barreras y facilitadores, se encontró que, a nivel global, son mayores las barreras que los facilitadores, comportamiento reflejado en la teoría, que indica que la población con algún tipo de vulnerabilidad presenta mayor cantidad de barreras frente a los servicios de salud y que la estrategia de APS hace especial énfasis en este tipo de población.

Palabras Clave: Atención Primaria en Salud; sistemas de salud; gestión de riesgos (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To know the barriers and facilitators for the continuity in the implementation of the Primary Health Care strategy in Palmira.

Methods The Primary Health Care (PHC) experience was taken from the territorial health entity of the Municipality of Palmira, Colombia, which is a territory approximately with 283,431 habitants. The qualitative methodological approach was used through thematic content analysis. The target population was the key informants, individuals with a potentially significant role in the formulation and development of the PHC strategy, chosen with a non-probabilistic approach for convenience. The information was obtained from primary and secondary sources and the qualitative analysis computer software Atlas Ti V7 was used as a support tool for data management.

Results The analysis of barriers and facilitators for the continuity of the PHC strategy, identified the main characteristics of the strategy and a series of recurring themes when analyzing the possible barriers and facilitators in the process components, actors, con-

CR: TO. M. Sc. Salud Pública. Universidad del Valle. Cali, Colombia.

carlos.reina@udea.edu.co

MT: TO. M. Sc. Salud Pública. Coordinadora de la Maestría en Salud Pública, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

maria.f.tobar@correounivalle.edu.co

tent, and context. Each of these themes presented different behaviors according to the perception of the participants, where some themes were perceived as facilitators, barriers, or both.

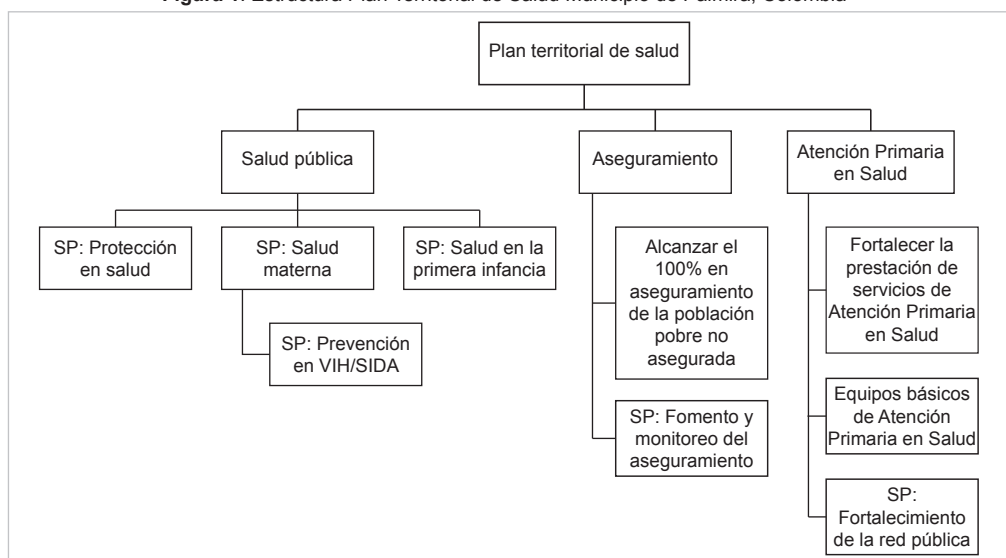
Conclusion When comparing barriers and facilitators, it was found that globally the barriers are greater than facilitators, a behavior reflected in the theory since it indicates that the vulnerable population presents a greater number of barriers compared to health services and the strategy of APS places special emphasis on this type of population.

Key Words: Primary Health Care; health systems plans; risk management (*source: MeSH, NLM*).

La Atención Primaria en Salud (APS) es un concepto que ha generado controversia desde la Declaración de Alma-Atá, reconocida como una estrategia pilar de la promoción de la salud. Esta declaración ha tenido diferentes interpretaciones, según las circunstancias sociales, económicas y políticas de cada país en que se ha desarrollado (1). En el caso de Colombia, la reglamentación estatal hacia el cumplimiento de la estrategia de APS empezó a darse en el año 2007, momento en el que aparecen las reformas al Sistema de Salud con la Ley 1122 del 2007 y Ley 1438 del 2011. Esta última dio origen a la Resolución 429 del 2016, con la cual la estrategia de APS se volvió obligatoria a nivel nacional con responsabilidad del Estado y de sus instituciones (en este caso, los entes territoriales de salud).

El municipio de Palmira, en el Valle del Cauca, Colombia, es un municipio con un poco más de 283 431 habitantes. De ellos, el 80% reside en el área urbana y el 20%, en la zona rural, en una extensión de 1 162 km cuadrados. En el año 2012 Palmira dio inicio al proceso de implementación de la estrategia de APS, la cual tenía como objetivo “Mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población intercultural y diversa, ciclos vitales y grupos vulnerables con enfoques determinantes” (2). Esta estrategia fue ejecutada durante el periodo 2012-2015 (Figura 1) con buenos resultados. Sin embargo, no logro mantener su continuidad en el tiempo, pese al marco normativo vigente y a la necesidad de su implementación, al igual que otras experiencias de APS (3).

Figura 1. Estructura Plan Territorial de Salud Municipio de Palmira, Colombia



Fuente: Secretaría de Salud Pública de Palmira (2).

El análisis de barreras y facilitadores permitió identificar los principales asuntos que se deben tener en cuenta para favorecer la continuidad de la estrategia de APS y facilitar su gestión dentro de un ente territorial municipal de salud. Esto, con el fin de aportar una estrategia que puede llegar a tener grandes beneficios de salud para la población, en especial, la más vulnerable social y económicamente. Esto contribuye a disminuir en las brechas de inequidad en salud en el territorio.

MÉTODO

La investigación se llevó a cabo con un enfoque cualitativo, que permitió analizar las barreras y facilitadores que influyen en un fenómeno en específico, en este caso, la estrategia de APS y su continuidad desde el ente territorial municipal de salud (4). Esto permite comprender la percepción de diferentes situaciones e interpretarlas como barreras o facilitadores a la luz de un contexto

determinado, puesto que una misma situación puede ser interpretada como barrera, facilitador o ambas según sea el caso (5). El nivel que se utilizó fue el interpretativo, uno de los dos principales que se usan en el Análisis de Contenido Temático, dado que pretende identificar y categorizar elementos, explorar sus conexiones, regularidad y origen (6).

La entidad territorial de salud en la cual se revisó la experiencia de APS fue el municipio de Palmira, Colombia, que, según reportes del DANE (Departamento Nacional de Planeación de Colombia), contaba con una población aproximada de 283 431. La información se obtuvo de fuentes primarias, individuos con un papel potencialmente significativo en el proceso en estudio, que, en este caso, estuvieron involucrados en la formulación y desarrollo de la APS dentro del ente territorial de salud y que para el estudio fueron identificados como informantes clave. Estos se incluyeron tanto por su influencia y grado de participación en la toma de decisiones y dominio del tema, como por su disposición para brindar información.

Se excluyeron las personas que no participaron en forma directa en la implementación de la estrategia de APS, dado que, al no poseer información obtenida en forma directa y de primera mano, se pierde la confiabilidad y la objetividad de la información. Los individuos involucrados en la investigación se seleccionaron sin ningún criterio estadístico, por lo cual no es posible hacer afirmaciones generales con rigor estadístico sobre el asunto de análisis (7).

Se incluyeron inicialmente en la experiencia de APS un tomador de decisión, un referente de los ejes de la estrategia y un operativo de la estrategia. Se aclara que, en el caso del personal operativo, este era contratado a través del hospital público del municipio bajo la dirección de la Secretaría de Salud. Luego, se continuó con la recolección de la información mediante la técnica de bola de nieve (4). El tamaño final de la muestra fue definido por el criterio de suficiencia, el cual considera que se llega a la saturación de la información cuando los datos nuevos recogidos no aportan nada nuevo, según las categorías de análisis y los objetivos de estudio (8). Se esperó que la participación en este estudio fuera, mínimo, de 6 informantes clave.

La información se obtuvo de fuentes primarias y secundarias. La información primaria se obtuvo por parte de los informantes claves, mientras que la secundaria se obtuvo a partir de fuentes de datos que corresponden a documentos oficiales del Estado, las áreas de planeación y otras áreas responsables de la gestión de las estrategias de APS, tales como área de salud pública, participación social, entre otros.

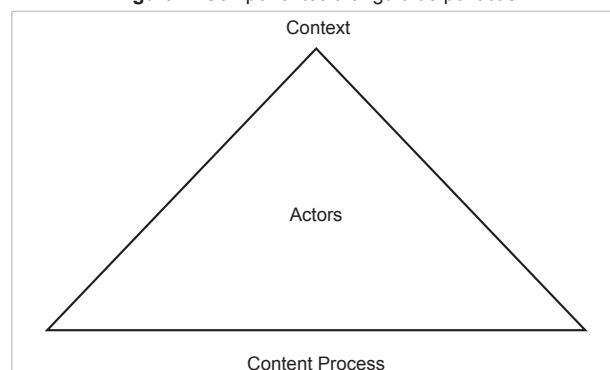
Estos documentos apoyaron el análisis de la información obtenida mediante las entrevistas semiestructuradas. Además, permitieron verificar si la pregunta de investigación,

expresada en categorías y subcategorías de análisis, logra ser respondida en conjunto con las entrevistas realizadas a los informantes clave.

Para acceder a los informantes clave, se les remitió una invitación formal, por correo electrónico, para que participaran en el estudio. A las personas que aceptaron se les agendó una cita en la que se les explicó con profundidad de qué se trataba el estudio. Como requisito para participar en la investigación, se les solicitó que diligenciaran un consentimiento informado. La información de los informantes se obtuvo mediante la técnica de entrevista semiestructurada, que integró preguntas motivadoras para la indagación al entrevistado y su máximo aporte.

Para la construcción de estas preguntas, se hizo uso del triángulo de políticas de Walt y Gilson (9) (Figura 2), que aborda los componentes de proceso, contenido, contexto y actores realizando preguntas sobre las barreras y facilitadores para la continuidad de la estrategia inmersas en estos componentes. Esto les era familiar a los participantes, dada su afinidad y experiencia en el tema. Las preguntas tuvieron la finalidad de conocer las perspectivas de cada participante sobre el objeto de estudio. Para esto, se formularon preguntas predeterminadas y exploratorias (4).

Figura 2. Componentes triángulo de políticas



Fuente: Walt y Gilson (9).

El análisis se basó en el proceso de creación de códigos de acuerdo con las categorías y subcategorías previas y con las categorías emergentes en el análisis. Como unidades de análisis se seleccionaron dos categorías de tipo deductivo (10), las barreras y los facilitadores. Mediante estas categorías se clasificaron los hallazgos como una barrera o facilitador, en la medida que faciliten o limiten la consecución de la continuidad de la APS dentro del ente territorial. Dentro de las subcategorías de análisis se encuentran los componentes de contexto, proceso, actores y contenido inmersos en el triángulo de políticas de Walt y Gilson (9).

Las entrevistas previamente grabadas se transcribieron para posteriormente identificar si estaban recogidas según las categorías y subcategorías de análisis. Para este proceso, se utilizó la técnica de análisis de contenido

temático, en la cual se considera la presencia de términos o conceptos (11). Se utilizó el software informático de análisis cualitativo Atlas Ti V7 como herramienta de apoyo para el manejo de los datos y construcción de matrices de contenidos de acuerdo con las categorías y subcategorías de análisis.

RESULTADOS

1. *Caracterización de la estrategia de APS, Municipio de Palmira.* En el “contexto” se encontró que la estrategia se creó mediante el Plan de desarrollo 2012-2015: “*Palmira avanza con su gente*”, creado mediante el Acuerdo 010 del 2012. El apartado de salud se llevó a cabo mediante el Plan Territorial de Salud: “*Palmira avanza en salud*”, el cual tuvo como objetivo “mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población intercultural y diversa, ciclos vitales y grupos vulnerables con enfoques determinantes”. Este plan consideró un alcance para todo el municipio de Palmira, cuya zona urbana está compuesta por siete comunas (donde reside un 80% de la población total) y la rural, por nueve veredas (habitada por el restante 20%).

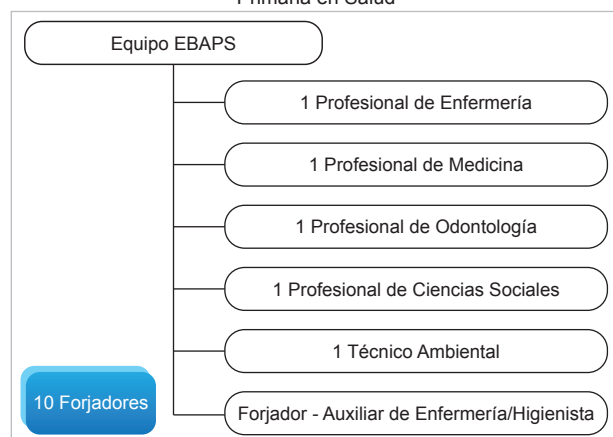
El municipio está clasificado en la “Categoría 1” de la Dirección Nacional de Planeación de Colombia y la Ley 617 del 2000. Esta clasificación para los municipios maneja diferencias de los recursos públicos: entre más alta sea la categoría, mayor es su autonomía en el manejo de sus

recursos. Entendiendo que esta clasificación da cuenta de la capacidad de los territorios para gestionar recursos propios, el grado más alto es la categoría “Especial E” y el grado más bajo es la categoría 6 (12).

El contenido de la estrategia se vio reflejado en el Plan Territorial de Salud de este municipio por medio de tres programas: Salud pública, Aseguramiento y Atención Primaria en Salud. El programa de APS tuvo como objetivo fortalecer la prestación de servicios de atención primaria en salud. Este programa contó con un subprograma llamado “Fortalecimiento de la red pública”, el cual tenía como metas ejecutar cuatro proyectos de infraestructura y dotación en la red pública de salud e implementar y evaluar el modelo de APS denominado “Palmira avanza más cerca de ti” para la prestación de servicios de salud.

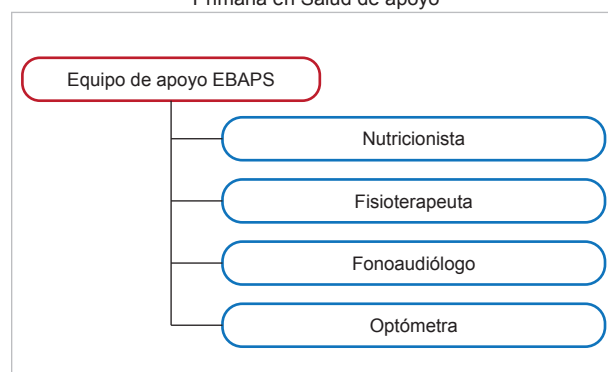
Los principales actores encargados de ejecutar la estrategia de APS en el territorio fueron los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud (EBAPS): grupos de profesionales y técnicos en salud cuyos perfiles los definen las necesidades en salud identificadas (13,14) (Figura 3). También se contaba con EBAPS de apoyo, es decir, profesionales para casos específicos. El contacto con la comunidad a través de los EBAPS les permitió funcionar como facilitadores de la prestación de servicios básicos de salud, educación en salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, con un estricto seguimiento a las actividades desarrolladas mediante acciones de inspección, vigilancia y control (Figura 3).

Figura 3. Estructura de Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud



Fuente: Secretaría de Salud Pública de Palmira (14).

Figura 4. Estructura equipos básicos de Atención Primaria en Salud de apoyo



El proceso de implementación de la estrategia comprende un grupo de cinco fases, que se muestran a continuación (Figura 5). En la práctica, estas fases no tienen un estricto orden secuencial y pueden darse permanentemente o intermitentemente en la estrategia (14).

2. Categorías de barreras y facilitadores de contexto, actores, contenido y proceso, para la continuidad de

la estrategia de APS. Fueron tomados como códigos centrales. Por otro lado, están los códigos temáticos, que recogen los temas encontrados al interior de las entrevistas, según lo plantea el método de análisis temático de contenido, método usado en esta investigación. Los resultados fueron descritos mediante la relación entre códigos centrales y códigos temáticos.

Figura 5. Fases de implementación de la estrategia de APS (14)

Fuente: Secretaría de Salud Pública de Palmira (14).

En total, se realizaron siete entrevistas, las cuales fueron definidas por el criterio de suficiencia, debido a que se llegó a la saturación de la información cuando los datos nuevos recogidos no aportaron nada nuevo según las categorías de análisis y los objetivos de estudio.

3. Comparación de barreras y facilitadores de contexto, actores, contenido y proceso, para la continuidad de la estrategia de APS. Con base en los hallazgos de las entrevistas semiestructuradas realizadas a los informantes clave, se estableció un total de dieciséis códigos temáticos, citados un total de 199 veces a lo largo de las entrevistas realizadas, siendo la influencia política un modelo de atención y expectativas frente a la estrategia de los códigos mayormente citados. Por el contrario, los códigos de adaptación al contexto y experiencia previa presentan un número menor de citas. De igual forma se encontraron diferencias en el número de citas totales en cada entrevista: se pasó de 68 citas, en la entrevista con mayor cantidad, a doce en la de menor.

En la Tabla 1 se observan los códigos temáticos asociados a las categorías de análisis, las cuales muestran una menor prevalencia como facilitadores, seguidas en número por la categoría de barreras y, finalmente, una mayor cantidad de códigos que cumplen al mismo tiempo las dos categorías.

Tabla 1. Temas asociados a barrera, facilitador o ambos

Facilitador	Barrera	Ambos
Gestión administrativa	Adaptación al contexto	Seguridad
Experiencia previa	Contratación	Influencia política
	Gobernabilidad	Expectativas frente a estrategia
	Integralidad	Modelo de atención
		Conocimiento de la población
		Intersectorialidad
		Imaginarios frente a la estrategia
		Recursos económicos
		Ciclo de la estrategia
		Normatividad

Fuente: Entrevistas a participantes en la investigación.

La Figura 6 describe el número de códigos relacionados con cada subcategoría de análisis, según pertenencia a la categoría de facilitador o barrera. Se encontró, en general, una mayor cantidad de códigos asociados a la categoría de barrera. Sin embargo, en las subcategorías de contenido y proceso se encontró una mayor cantidad de códigos asociados a la categoría de facilitadores, mientras que en las subcategorías de actores y contexto a la categoría de barreras.

DISCUSIÓN

El análisis permitió identificar las principales barreras y facilitadores para la estrategia, con un total de 16 temas, en donde se encuentran 2 barreras, 4 facilitadores y 10 temas que se comportaban al mismo tiempo como barrera o facilitador. El comportamiento de estos resultados se ejemplifica en la revisión sistemática del Doctor Odette Gibson (15), que muestra cómo las barreras y

facilitadores de la estrategia de APS no son conceptos fijos y que pueden variar positiva o negativamente, según como sean trabajados. Al mismo tiempo, estos conceptos están relacionados entre sí, por lo que un cambio en uno puede afectar a otro.

Para responder al primer objetivo del estudio de caracterizar la estrategia de APS, desarrollada en la entidad territorial revisada, se revisaron y analizaron los documentos oficiales del municipio y otros documentos relacionados a nivel nacional, como documentos técnicos del Ministerio de Salud de Colombia y de la Organización Panamericana de la Salud, entre otros documentos, como fuentes secundarias. Se encontró que la estrategia desarrollada en el municipio de Palmira responde, en gran parte, a un Modelo de APS basado en atención primaria (16). Este tipo de Modelo de APS se da con más regularidad que el de la APS integral, debido a factores como el desarrollar estrategias para enfrentar la adaptación al medio, la construcción de institucionalidad y normas de

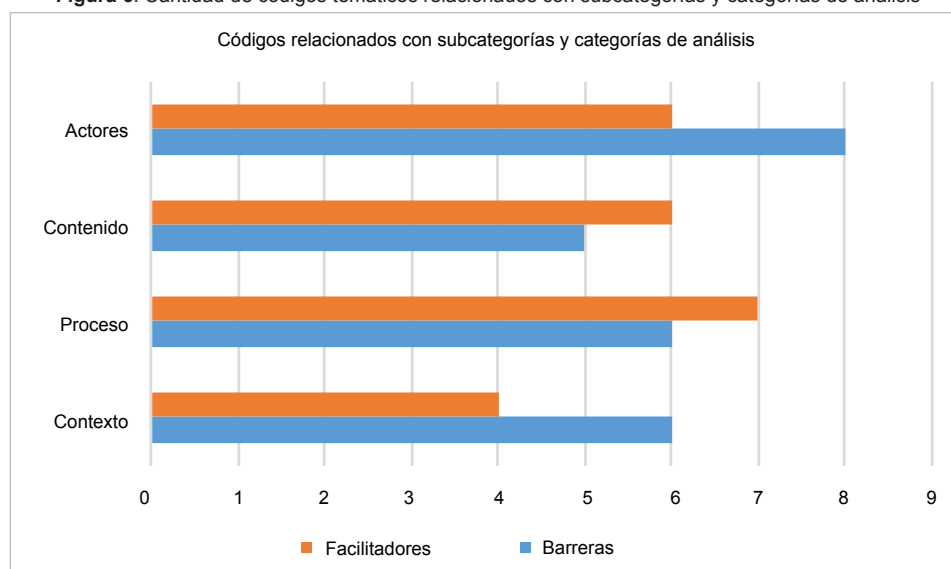
funcionamiento (17). En la Figura 5 se observan las fases de la implementación de la estrategia.

Al contrastar los resultados obtenidos con una evaluación de proceso llevada a cabo el año 2015(18), se encontró que los logros hallados en dicha evaluación son acordes con los temas apreciados como facilitadores, en algunos casos, en la presente investigación. Dentro de estos logros se pueden encontrar: el empoderamiento de la comunidad, el cambio en la percepción, la afectación positiva en los indicadores, el avance en la consolidación de un trabajo intersectorial y un recurso humano capacitado. Estos logros están contenidos en los temas de imaginarios frente a la estrategia, expectativas frente a la estrategia, modelo de atención, intersectorialidad y conocimiento de la población.

Según la Ley 1438, la APS está constituida por tres componentes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. La estrategia de APS en el municipio de Palmira fue concebida bajo los lineamientos de la Ley 1438 de 2011. Al examinar los temas que surgieron como facilitadores, se encuentra que los componentes constitutivos de la APS se ven reflejados en los temas de imaginarios frente a la estrategia, modelo de atención e intersectorialidad.

El siguiente objetivo de la investigación era identificar las categorías de barreras y facilitadores de contexto, actores, contenido y proceso de ejecución para la continuidad de la estrategia de APS. En la Figura 6 se observa cómo es el comportamiento de las categorías en mención.

Figura 6. Cantidad de códigos temáticos relacionados con subcategorías y categorías de análisis



Fuente: entrevistas a participantes en la investigación.

Dentro de los principales facilitadores para la continuidad de la estrategia, se encuentran la gestión administrativa y la experiencia previa, los cuales influyen en los actores, en el contexto y en el proceso de ejecución de la estrategia de forma positiva y, así, se convierten en herramientas que permiten fortalecer las capacidades de los actores clave con mayor competitividad para ejecutar su labor. De igual forma, como se puede observar en el estudio del Dr. Petra Bywood (19), es importante el papel de los actores en la continuidad de la estrategia, dado que su éxito se debe a la buena voluntad y gestión administrativa de los actores, pero, al mismo tiempo, plantea la variabilidad del éxito de la estrategia, según el lugar en que se implemente y cómo ejecuten su rol los actores (debido a la dependencia que se tiene con ellos).

Igualmente, el contexto de la estrategia puede ser influenciado de forma positiva para la continuidad de la

estrategia por los facilitadores de gestión administrativa y la experiencia previa, en las cuales se examinan las condiciones del contexto en que se encuentra la población y se llevan a cabo las intervenciones de APS de forma personalizada, pues se integran con los recursos presentes en la comunidad para obtener mejores resultados en salud. En esta línea de acción sobre el contexto, se llevó a cabo la investigación de la Dra. Donna Patricia Manca (20), en donde las acciones de promoción de la salud y prevención son realizadas de forma individualizada, abordando las múltiples condiciones del contexto de las personas e integrando las acciones a los recursos locales, regionales o nacionales y manteniendo la evaluación del estado de salud de la comunidad como insumo para la toma de decisiones que garanticen la continuidad de la estrategia de APS.

Los facilitadores de gestión administrativa y la experiencia previa favorecen el proceso de ejecución de

la estrategia de APS al fomentar prácticas de reestructuración a nivel administrativo y operativo. Sin embargo, aún no logran alcanzar los logros de la APS integral, la cual requiere de reformas en todo el sistema de salud para lograr los objetivos de Almá-Atá. Este tipo de resultado se pudo observar en el estudio de “Análisis de los habilitadores de capacidades para producir reformas basadas en la atención primaria de salud en América” (21), en el cual se encontraron experiencias que tuvieron un proceso fragmentado y no se logró continuidad. Esto trajo consigo el establecimiento de las experiencias en un nivel primario de atención con un enfoque selectivo de APS y una influencia limitada en los centros asistenciales.

En el caso de las barreras encontradas en la investigación, se identificaron las de adaptación al contexto, contratación, gobernabilidad e integralidad, las cuales influyen en los actores, contenido, contexto y proceso de ejecución de la estrategia de forma negativa, lo cual dificultó la continuidad de la estrategia. De igual forma, como se observa en el estudio de Dra. Kerry Kuluski (22), las barreras en la estrategia de APS trajeron consigo problemas en el acceso y calidad en la atención e, incluso, falta de atención en los servicios que estaban fuera del modelo de APS, lo cual impidió su integralidad. Otros problemas asociados como barreras para la continuidad son la falta de transporte, gastos de bolsillo, oportunidad de atención, barreras del idioma y los apoyos para reducir el aislamiento social.

Las barreras encontradas influyeron de forma negativa en el desempeño de los actores que hicieron parte de la estrategia, puesto que fue difícil la adaptación al modelo de trabajo propuesto, al plantear una forma diferente de cumplimiento de roles y responsabilidades, en este caso, a la búsqueda activa de la población y sus necesidades en salud, ante lo cual no se logró obtener total gobernabilidad e integralidad de la estrategia.

En el estudio de la Dra. Linda T. Ely (23), se observan barreras que afectan el desempeño del rol de los actores que hacen parte de la estrategia, pero, en este caso, las barreras se ven reflejadas en términos de limitación de la actuación y el alcance que pueden tener los actores dentro de una estrategia de APS. Esto, debido a factores como la formación académica, políticas, financiamiento y contratación que están más centradas en un modelo médico.

Por otro lado, las barreras que se encontraron en el contenido de la estrategia giran, principalmente, en torno a los términos de la formación profesional y académica del talento humano y la respuesta de la comunidad frente a lo que desarrolló la estrategia, puesto que el modelo académico en que se forman los profesionales en salud está dirigido a áreas asistenciales con una baja formación en temas de promoción de la salud. En el caso de

la comunidad, la estrategia propuso salir de un modelo asistencialista hacia uno constructivista, mediante el cual se le transfirieron responsabilidades a la comunidad. Esto produjo dificultades en algunos casos.

Como lo plantea la investigación de Gordon (24), la demanda de talento humano formado académicamente en temas de APS es cada vez mayor. Por ello, se requiere de respuestas innovadoras que involucren a la academia y su actuar en las demandas en salud de la comunidad, teniendo en cuenta las directrices políticas que apuntan hacia los sistemas de salud basados en APS de forma sostenible.

En el caso del contexto en que se desarrolló la estrategia, se encuentra que las principales barreras para la continuidad se presentaron en los procesos de contratación y en la gobernabilidad de quienes dirigían la estrategia, puesto que el contexto presenta barreras administrativas que dificultan la gobernabilidad sobre los actores, gobernabilidad que, en muchos casos, se da a través de un contrato, lo cual limita su efectividad. Aunque estas situaciones son conocidas, no se cuenta con indicadores para el seguimiento de este tipo de barreras, lo cual dificulta la toma de acciones oportunas que faciliten la continuidad de la estrategia.

En la investigación “How do small rural primary health care services sustain themselves in a constantly changing health system environment?” (25), se encuentra que las barreras para la continuidad se identifican a partir del seguimiento de indicadores, que se contrastan con un marco general de los requisitos de continuidad del servicio. Esto, con el fin de realizar cambios internos para asegurar la continuidad de la estrategia.

En lo concerniente a las barreras de proceso de ejecución de la estrategia, se encuentran dificultades relacionadas con el ciclo de la estrategia, puesto que, según el momento en que se encontrara, la misma podía ser más o menos atractiva para los actores y sectores involucrados. Esto dificulta otros temas, como la intersectorialidad o la gobernabilidad, necesarias durante todo el transcurso de la estrategia. Como se puede observar en la investigación de la Dra. Anna Durbin (26), las barreras para la continuidad de la estrategia de APS se dan en diferentes momentos del ciclo de la estrategia, pasando, en este caso, desde los ámbitos de práctica en salud mental hasta las prescripciones, el asesoramiento y cómo todo ello se puede integrar a lo largo de la ejecución de la estrategia.

La cantidad de barreras halladas es superior a la de facilitadores halladas en esta investigación, lo cual es acorde a lo reportado en los estudios del Dr. Tudor J. (27) y la evaluación de APS en los municipios rurales de Santander (28), la cual constató que la población más vulnerable es la que presenta mayores dificultades dentro de los sistemas

de atención en salud; dicha vulnerabilidad se asocia, entre otros, a la condición social, económica y cultural de las poblaciones. Por ello, las barreras que enfrentan son más frecuentes y complejas, siendo el acceso, el enfoque familiar y la orientación comunitaria retos difíciles de cumplir. Aunque la estrategia de APS en el municipio de Palmira fue dirigida a toda la población, tuvo especial énfasis en las poblaciones más vulnerables social y económicamente y, sobre ellas, se desarrollaron la mayor parte de las acciones incluidas en su plan operativo.

Finalmente, Colombia ha dedicado en su agenda un importante espacio desde el plano normativo para transformar el sistema de salud hacia la APS, lo cual requiere un gran esfuerzo por parte de diferentes sectores sociales y gubernamentales y no solo desde el ámbito salud para que esta transformación se pueda llevar a cabo ♣

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Elorza ME, Moscoso NS, Lago FP. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2017; 43(3):432-48. <https://bit.ly/2W4gWMG>.
2. Secretaría de Salud Pública de Palmira. Plan Territorial de Salud 2012-2015 [Internet]. Palmira: Alcaldía de Palmira; 2020 [cited 2021 Feb 4]. <https://bit.ly/3j135Qb>.
3. Ministerio de la Protección Social. Ley 1438 de 2011. Bogotá: República de Colombia; 2011 [cited 2021 Feb 4]. <https://bit.ly/3y4UksL>.
4. Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación (6.ª ed.). México: Editorial Mc Graw Hill.
5. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista española de salud pública* [Internet]. 2002 [cited 2021 Feb 4]; 76(5):423-36. <https://bit.ly/3D4Wxb1>.
6. Navarrete JM. El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales*. 2000; 4(5):165-80. DOI:10.15381/is.v4i5.6851.
7. Hernández R et al. Metodología de la Investigación (5.ª ed.). México: McGraw Hill; 2010.
8. Echeverría G. Análisis cualitativo por categorías. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2005.
9. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries – The Central Role of Policy Analysis. *Health Policy and Planning*. 1994;9:353-70.
10. Abela JA. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces; 2002.
11. Secretaría de Salud Pública de Palmira. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales Año 2016. Palmira: Alcaldía de Palmira; 2016.
12. Romero RV, Ramírez NA, Méndez PAM, Vélez OR. Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia para la Transformación del Sistema de Salud y el Logro de la Equidad en Salud. Bogotá: Unión Gráfica Limitada; 2009.
13. Alcaldía de Palmira. Plan de Desarrollo del Municipio de Palmira 2012-2015: Palmira avanza con su gente. Palmira: Alcaldía de Palmira; 2012.
14. Secretaría de Salud Pública de Palmira. Atención Primaria en Salud. Palmira Avanza en salud. Nuevo modelo de prestación de servicios de salud, basado en atención primaria. Guía Operativa. Palmira: Alcaldía de Palmira; 2012.
15. Gibson O, Lisy K, Davy C, Aromataris E, Kite E, Lockwood C, et al. Enablers and barriers to the implementation of primary health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: a systematic review. *Implementation Science*. 2015; 10(1):71. DOI:10.1186/s13012-015-0261-x.
16. OPS/OMS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana De la Salud/Organización Mundial de la salud. Washington, D.C: OPS/OMS; 2007.
17. Cruz M. La Atención Primaria de Salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias. CONVENIO 485 MPS y OPS/OMS. Bogotá: OPS/OMS; 2011.
18. Parga Coca JH. La evaluación del proceso de implementación de la estrategia de atención primaria en salud (APS), en el municipio de Palmira entre 2012-2014.
19. Bywood P, Oliver-Baxter J, Brown L. Organisational level enablers for integrated primary health care. *International Journal of Integrated Care*. 2014; 14(6). DOI:10.5334/ijic.1630.
20. Manca DP, Aubrey-Bassler K, Kandola K, Aguilar C, Campbell-Scherer D, Sopcak N, et al. Implementing and evaluating a program to facilitate chronic disease prevention and screening in primary care: a mixed methods program evaluation. *Implementation Science*. 2014; 9(1):135. DOI:10.1186/s13012-014-0135-7.
21. Báscolo EP, Yavich N, Denis J-L. Analysis of the enablers of capacities to produce primary health care-based reforms in Latin America: a multiple case study. *Family practice*. 2016; 33(3):207-18. DOI:10.1093/fampra/cmw038.
22. Kulski K, Gill A, McKillop A, Parsons J, Peckham A, Sheridan N, et al. The Unmet Needs of Patients and Carers within Community Based Primary Health Care. *International Journal of Integrated Care*. 2017; 17(3):A139. DOI:10.5334/ijic.3251.
23. Ely LT. Nurse-managed clinics: Barriers and benefits toward financial sustainability when integrating primary care and mental health. *Nursing Economics*. 2015; 33(4):193-202.
24. Gordon CJ, Aggar C, Williams AM, Walker L, Willcock SM, Bloomfield J. A transition program to primary health care for new graduate nurses: a strategy towards building a sustainable primary health care nurse workforce? *BMC nursing*. 2014; 13(1):34. DOI:10.1186/s12912-014-0034-x.
25. Buykx P, Humphreys JS, Tham R, Kinsman L, Wakeman J, Asaid A, et al. How do small rural primary health care services sustain themselves in a constantly changing health system environment? *BMC Health Services Research*. 2012; 12(1):81. DOI:10.1186/1472-6963-12-81.
26. Durbin A, Durbin J, Hensel JM, Deber R. Barriers and enablers to integrating mental health into primary care: a policy analysis. *The journal of behavioral health services & research*. 2016; 43(1):127-39. DOI:10.1007/s11414-013-9359-6.
27. Tudor J. The inverse care law. *Lancet*. 1971; 1(7696):405-12. DOI:10.1016/s0140-6736(71)92410-x.
28. Villamizar L, Rodríguez MR, Ramírez NA. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2016; 34(1):88-95. <https://bit.ly/3sANQR9>.