

Valoración de experiencias y necesidades en la implementación de la prueba piloto de despliegue de los equipos territoriales: modelo de salud basado en atención primaria en Bogotá (Colombia), 2021

Assessment of Experiences and Needs in the Implementation of the Pilot for the Deployment of Territorial Teams: Health Model based on Primary Care in Bogotá (Colombia), 2021

Recibido: 28 julio 2022 | Aceptado: 06 julio 2023

ESTEFANÍA CALLEJAS DELUCA

Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9815-0263>

MATEO ALBORNOZ SÁNCHEZ

Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5245-1511>

MARÍA CAMILA GÓMEZ AYALA

Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0351-6654>

VIVIANA ALEJANDRA RODRÍGUEZ-ROMERO

Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8487-0676>

MARÍA PAULA MATIZ-GONZÁLEZ

Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7351-2945>

EDWIN PULIDO

Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Javeriana-Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá,
Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8207-0018>

ESPERANZA PEÑA TORRES

Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0039-6036>

MAGDA CRISTINA CEPEDA GIL

Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4579-6033>

FELIPE BOTERO RODRÍGUEZ

Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1537-5211>

YAZMÍN CADENA CAMARGO^a

Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Pontificia
Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5016-6119>

CAMILA HERNÁNDEZ-GONZÁLEZ

Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1637-3392>

^a **Autora de correspondencia:** yazmin.cadena@javeriana.edu.co

Cómo citar: Callejas Deluca E, Albornoz Sánchez M, Gómez Ayala MC, Rodríguez-Romero VA, Matiz-González MP, Pulido E, Peña Torres E, Cepeda Gil MC, Botero Rodríguez F, Cadena Camargo Y, Hernández-González C. Valoración de experiencias y necesidades en la implementación de la prueba piloto de despliegue de los equipos territoriales: modelo de salud basado en atención primaria en Bogotá (Colombia), 2021. Univ. Med. 2023;64(3). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed64-3.detm>

RESUMEN

La actual administración distrital de Bogotá (Colombia) busca ajustar el modelo de salud de la ciudad, para basarlo en la atención primaria y ofrecer calidad de cuidado en salud. De ahí que la Secretaría Distrital de Salud haya realizado, durante tres meses, una prueba piloto de equipos territoriales interdisciplinarios que brindan atención resolutoria domiciliaria en las zonas más vulnerables de la ciudad, para hacerle ajustes antes de su despliegue en toda la ciudad. El objetivo del acompañamiento fue, entre otros, indagar las experiencias y perspectivas de los actores involucrados en la planeación y ejecución de esta, con el fin de reconocer aprendizajes y generar recomendaciones para el ajuste de la operación de los equipos. Mediante un análisis mixto, se analizó la información recolectada por medio de grupos focales y entrevistas a profundidad a los participantes del ejercicio, quienes resaltaron la importancia de las fases previas a la implementación, abarcando una adecuada inducción y capacitación de los profesionales en campo; la difusión previa de la intervención; la vinculación de la comunidad durante el proceso de planeación, implementación y monitorización; el aseguramiento previo de los insumos y conocimientos requeridos para la atención, y la adaptación de las estrategias propuestas al contexto territorial. Es importante señalar que este tipo de programas en salud deben tener un proceso de desarrollo iterativo, lo que requiere una constante evaluación en las diferentes etapas de planeación e implementación que lleven a mejoras en los procesos.

Palabras clave

atención primaria de salud; medicina comunitaria; modelos de atención en salud.

ABSTRACT

The current administration of Bogotá (Colombia) seeks to adjust the city's health model, base it on primary care and offer quality health care. Hence, the District Health Secretariat has carried out, for three months, a pilot test of interdisciplinary territorial teams that provide resolute home care in the most vulnerable areas of the city to adjust before its deployment throughout the city. The objective of the accompaniment was, among others, to investigate the experiences and perspectives of the actors involved in the planning and execution of this pilot in order to recognize learning and generate recommendations for adjusting the operation of the equipment. Through a mixed analysis, the information collected through focus groups and in-depth interviews with the participants of the exercise was analysed, who highlighted the importance

of the phases prior to implementation, covering an adequate induction and training of professionals in the field; prior dissemination of the intervention; community involvement during the planning, implementation and monitoring process; the prior assurance of the inputs and knowledge required for care, and the adaptation of the proposed strategies to the territorial context. It is important to point out that this type of health program must have an iterative development process, which requires constant evaluation in the different stages of planning and implementation that lead to improvements in the processes.

Keywords

primary health care; community medicine; health care models.

Introducción

Latinoamérica es una de las regiones con más inequidades en el mundo, tanto por las disparidades en salud como por las características socioeconómicas y culturales (1), que son intensificadas por factores como la violencia y las dinámicas migratorias. Colombia no es la excepción y su capital, Bogotá, es centro de llegada de un gran número de personas desplazadas, debido al conflicto interno del país o a situaciones adversas de otros países —principalmente el caso de venezolanos en los últimos años— (2,3). Sumado a esto, la ciudad presenta una alta carga de enfermedad, debido a las enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades neoplásicas, las cardiovasculares y las musculoesqueléticas. Además, a pesar de los esfuerzos, aún se reportan casos de malnutrición infantil y condiciones perinatales, las cuales afectan principalmente a la población más vulnerable, incluso por factores de género, edad o condición de discapacidad (3).

En el Plan Distrital de Desarrollo (2020-2024) de la actual administración de Bogotá se incorporó la Meta 16, que busca ajustar el modelo de salud de la ciudad, para basarlo en atención primaria en salud (APS) e incidir positivamente en los determinantes socioambientales de la salud (4-7). El ajuste o Modelo de Salud Territorial (MST) incorpora un enfoque poblacional diferencial, de cultura ciudadana, de género, participativo y resolutorio que incluye a la población rural y a la población

en condición de discapacidad. El MST propuso tener un componente operativo de atención, equipos territoriales (ET), compuesto por un equipo base (EB) y otro complementario (EC), para llegar directamente a las viviendas de las familias en las zonas focalizadas principalmente por índice de pobreza multidimensional.

El objetivo de los ET es llevar atención en salud a los hogares por medio de un EB, compuesto por un médico general, un auxiliar de enfermería y un técnico ambiental o de salud pública, quienes llevan un kit con elementos biomédicos. En su visita inicial, el EB caracteriza las condiciones sociales y ambientales de cada vivienda, analiza el estado de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y consulta la situación de salud de los individuos presentes en el hogar, independientemente de su aseguramiento, edad, relación familiar, entre otros. En caso de ser necesario, el EB refiere a los individuos al especialista y puede prescribir medicamentos y solicitar exámenes paraclínicos a quienes estén afiliados a Capital Salud EPS-S.

Posteriormente, un EC, que incluye profesionales de enfermería, psicología, nutrición e higiene oral, analiza la información recolectada en la visita del EB y clasifica a la familia según una serie de prioridades: 1) alta, aquellos hogares con población prioritaria sin control o que requieren diagnósticos complementarios de psicología o nutrición; 2) media, aquellas familias con población prioritaria sin alertas en salud, o 3) baja, en otro caso. Tras los referidos diagnósticos, el EB y el EC se reúnen en un Comité de Cuidado Familiar, en el cual se construyen recomendaciones para mejorar o mantener la salud familiar. Con estas sugerencias de autocuidado, el EC visita de nuevo los hogares para presentarlas y, con la anuencia de la familia, acordar un Plan de Cuidado Familiar, que será la base del seguimiento que se realizará telefónicamente a cada hogar.

Aunque la gestión de los ET se centra en atender a las familias durante las visitas domiciliarias, no se circunscribe a estas, sino que abarca la gestión de conocimiento que se adelanta con la información recopilada. Es por ello por lo que la acción de los ET también

contempla acercamientos con la comunidad y transferencia de información y articulación con otros actores intra- e intersectoriales.

Para probar en campo el despliegue de los mencionados ET, previa implementación en toda la ciudad, durante tres meses, se realizó un proyecto piloto en el marco de un convenio entre la Secretaría Distrital de Salud y la Empresa Social del Estado Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente (SISSSO), cuyo objeto fue operar cincuenta ET en doce barrios de las cuatro localidades de influencia de esta subred (Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda), priorizados debido a sus altos índices de pobreza, morbimortalidad y alta demanda de servicios de atención en salud.

En el contexto de esta prueba piloto, un equipo de la Pontificia Universidad Javeriana se encargó de acompañar y de monitorear la implementación de esta prueba y generar ajustes con base en los hallazgos obtenidos, para buscar mejores resultados e impacto, previo al despliegue de ET en otras zonas focalizadas de la ciudad. El objetivo de este estudio fue indagar sobre las experiencias y perspectivas de cada uno de los involucrados en la planeación y ejecución de la prueba piloto del MST, con el fin de reconocer aprendizajes y plantear recomendaciones útiles en el proceso de implementación en toda la ciudad.

Metodología

Diseño de estudio

Entre febrero y marzo de 2021 se condujo un estudio exploratorio descriptivo-cualitativo (8-10). Este contó con la aprobación del Comité de Investigaciones y Ética Institucional del Hospital Universitario San Ignacio y de la Pontificia Universidad Javeriana, con el acta FM-CIE-1145-20 del 20 de noviembre de 2020.

Participantes y descripción del estudio

La información acerca de las experiencias expresadas por aquellos individuos involucrados en el diseño y la implementación de la prueba piloto de los ET en el marco del MST se recolectó mediante grupos focales (GF) y entrevistas semiestructuradas (ESE).

Se adelantaron dieciocho GF con diferentes perfiles (EB, EC y otros actores) que participaron en el diseño e implementación de la prueba piloto en las cuatro localidades descritas (tabla 1). Los participantes de los GF fueron seleccionados por la SISSSO de aquellos que habían estado involucrados en el piloto durante al menos dos semanas. Es importante mencionar que en este ejercicio no se incluyeron las familias beneficiarias.

Tabla 1.
Distribución de grupos focales y entrevistas

Grupos focales				
Equipo	Profesión u oficio	Número de grupos	Participantes por grupo	Número de participantes
Equipo base	Médico	2	6	12
	Auxiliar enfermería	2	7 grupo 1 6 grupo 2	13
	Técnico salud pública/ambiental	2	8 grupo 1 6 grupo 2	14
Equipo complementario	Enfermería	2	5	10
	Psicología	2	5	10
	Nutrición	1	3	3
	Higiene oral	1	5	5
Apoyo logístico	Trabajo social	1	4	4
	Líderes territoriales	2	4	4
Manejo de datos	Ingeniero de sistemas	1	4	1
	Técnico en sistemas/administrativo			2
	Digitador			1
Secretaría	Abogada del MST	1	2	1
Distrital de Salud	Referente relacionamiento del MST			1
SISSSO	Referente del modelo	1	2	2
	Directora de gestión del riesgo			
Total de entrevistas semiestructuradas	Grupos focales	18	Participantes	83
Equipo	Profesión u oficio	Número de entrevistas	Participantes por entrevista	Número de participantes
Comunidad	Representantes de la comunidad (uno por localidad)	8	1	4
SISSSO	Gerente de la SISSSO	1	1	1
	Subgerente de la SISSSO	1	1	1
	Geógrafo	1	1	1
Secretaría	Gerente del MST	1	1	1
Distrital de Salud	Geógrafo del MST	1	1	1
	Referente de formación del MST	1	1	1
Total	Entrevistas	14	Participantes	10

MST: Modelo Territorial de Atención Primaria en Salud; SISSSO: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE.

Se llevaron a cabo 14 ESE: 8 a representantes de la comunidad, identificados previamente por la SISSSO, con el fin de evaluar, en dos momentos diferentes, el cambio en sus perspectivas durante la implementación de la prueba piloto, y 6 a perfiles específicos de la SISSSO y de la Secretaría Distrital de Salud, quienes hicieron parte del diseño e implementación de la prueba piloto, para conocer la experiencia desde la perspectiva de gestión, gerencia y administración. El detalle de los GF y ESE desarrolladas se presenta en la tabla 1.

Los temas para abordar en los GF y en las ESE se establecieron basándose en los enfoques del MST y fueron revisados iterativamente entre la Secretaría Distrital de Salud y los

investigadores de la Pontificia Universidad Javeriana. Las categorías que fundamentaron las ESE y los GF fueron: el componente territorial del MST (planeación, difusión, implementación y planes de cuidado familiar), las capacidades y necesidades (inducciones, recursos y espacios físicos y recurso tiempo), las relaciones con otros, los objetivos y los atributos del MST (APS, determinantes socioambientales de la salud, enfoque territorial, diferencial y de género, participativo y resolutivo). Luego de establecer las categorías, se llevó a cabo un piloto de los GF con los investigadores.

Recolección de la información y análisis

Durante los GF y las ESE —desarrollados por una psicóloga-antropóloga y una médica y con una duración promedio de 60 minutos—, se discutieron las experiencias de los participantes durante el desempeño de su rol, sus percepciones durante la implementación de la prueba piloto y aspectos y oportunidades de mejora para la operación en campo de los ET para cada una de las categorías mencionadas. Las interacciones se llevaron a cabo previo consentimiento informado verbal de los participantes.

Los GF y las ESE se grabaron y transcribieron, se anonimizaron y, posteriormente, se revisaron las transcripciones para asegurar su precisión. Por último, se usó un análisis deductivo e inductivo de contenido (11,12), de acuerdo con el proceso descrito por Elo y Kyngäs (13), a fin de explorar las experiencias y las opiniones de los participantes. Para la codificación y el análisis se utilizó el programa NVivo 12 (14).

Resultados

A continuación, se presentan los principales hallazgos identificados por categorías en los GF y las ESE realizados a los diferentes individuos involucrados en la implementación de la prueba piloto del ET en el marco de ajuste al MST.

Componente territorial del Modelo de Salud Territorial

La prueba piloto surtió las etapas de planeación, difusión e implementación. En primer lugar, las entidades encargadas de la planeación de la operación, en este caso la Secretaría Distrital de Salud y la SISSSO, destacan el trabajo interdisciplinario y en equipo. Además, este proceso se apoyó en las enseñanzas de proyectos implementados por administraciones anteriores, coherentemente con el objetivo de “construir sobre lo construido”.

Los participantes sugirieron la necesidad de contar con un documento operativo general más explícito que el utilizado en la prueba piloto, en el que se establezcan las funciones y actividades de cada perfil profesional, así como los procesos que se van a desarrollar. Uno de los líderes territoriales de los ET dio cuenta de esto en la siguiente intervención:

Si bien se realizó un trabajo previo de análisis de las necesidades de operación, los participantes describen que es necesario un tiempo adicional de preparación entre la firma del convenio y el inicio del trabajo de campo por parte de los ET. Este tiempo estaría destinado a la aprobación y asignación de recursos, la definición de roles administrativos, la compra de equipos (biomédicos, de bioseguridad, tecnológicos y de comunicaciones, transporte, etc.), la habilitación de sedes, la contratación e inducción del personal y la socialización del MST con los profesionales de la Subred.

Respecto a la difusión, los participantes resaltaron la importancia de un proceso de reconocimiento territorial previo al inicio del trabajo en campo, para identificar las particularidades de cada barrio y sus opciones para la difusión de información local, por ejemplo, por medio de los representantes de la comunidad. Estas personas deben ser, desde el inicio, figuras centrales en el desarrollo del proyecto. Además, es muy importante que desde este primer acercamiento se comparta con la comunidad el alcance de los ET y del MST.

Los participantes también consideraron que la difusión del modelo basado en APS es fundamental, al ser parte de la agenda política distrital para asegurar que su existencia, objetivos y metodología sean promocionados a gran escala, ya sea por medios de comunicación masiva o dentro de los centros de salud y hospitales de las diferentes localidades. Es importante que el sistema de salud de la ciudad y otras entidades distritales tengan conocimiento y apoyen el proyecto.

Durante la implementación de la prueba piloto, los profesionales reconocieron grandes fortalezas, como la capacidad de los ET para llevar salud a las poblaciones más vulnerables de Bogotá. Creen que va a incidir positivamente en el bienestar y la calidad de vida de las personas. Valoran el esfuerzo de entender el contexto en el que se desarrollan las dinámicas individuales, familiares y barriales, pues están en capacidad de orientar el enfoque de la intervención médica, ambiental y social. Concuerdan en que uno de los elementos más relevantes fue contar con equipos interdisciplinarios, conformados por profesionales y técnicos de la salud y disciplinas sociales. Hicieron hincapié en la disposición al servicio y el compromiso de los involucrados en el MST.

Como oportunidad de mejora mencionaron que hay que darles más importancia y celeridad a los procesos de comunicación y seguimiento de los eventos de notificación obligatoria (por ejemplo, casos de desnutrición infantil, violencias o salud mental).

Frente a la dinámica de los comités de cuidado para la elaboración de las recomendaciones de salud, se identificó la necesidad de estandarizar las actividades y responsabilidades que se llevan a cabo en dichas juntas, pues se observó que en cada localidad se estaban llevando a cabo procesos diferentes.

Por lo tanto, este espacio debe funcionar como un lugar de diálogo y discusión interdisciplinar en el que los profesionales aporten sus puntos de vista sobre la situación de cada familia y generen recomendaciones prácticas, contextualizadas y específicas para cada hogar.

Además, frente al proceso de entrega de las recomendaciones a las familias ya visitadas, los participantes sugirieron que, para las familias catalogadas como prioridad baja, las recomendaciones deberían ser socializadas en la cita de caracterización. Con ellas no sería necesario llevar el caso al Comité de Cuidado o volver nuevamente a entregar el Plan de Cuidado Familiar. Adicionalmente, sugirieron emplear recursos gráficos con información de promoción y prevención de la salud según el ciclo de vida, a fin de que las recomendaciones sean más claras para las familias. Mencionaron que las familias de prioridad baja no muestran tanto interés e incluso se incomodan por recibir “siempre las mismas recomendaciones”. Además, consideraron que dichas entregas toman mucho tiempo, el cual se podría destinar a otros propósitos.

Sobre la entrega de las recomendaciones de cuidado familiar, es fundamental asegurar que los profesionales cuenten con el tiempo y con los recursos suficientes para llevar a cabo este proceso. Es relevante que se haga una entrega individual a cada familia, respetando la confidencialidad de los individuos como pacientes. Finalmente, en cuanto a las recomendaciones de cuidado, es importante que su formato y el lenguaje utilizado sean amigables y comprensibles. Se sugiere hacer pruebas de campo o de concepto, utilizando entrevistas cognitivas con personas atendidas para evaluar los aspectos mencionados.

Capacidades y necesidades

Al analizar esta categoría, identificamos tres subcategorías: a) inducciones, b) recursos y espacios físicos y c) recurso tiempo. En la prueba piloto, todos los involucrados asistieron a una inducción sobre el MST y la gestión de los ET. Sin embargo, los participantes resaltaron la importancia de hacer inducciones claras y estandarizadas, con ejercicios prácticos que ejemplifiquen las actividades en campo y den a conocer las herramientas de recolección de datos.

Además, expresaron la necesidad de recibir capacitaciones periódicas y actualizaciones en

temas relacionados con la prestación de servicios en salud. Los temas propuestos incluían aspectos técnicos como el uso de herramientas para recolección de información, actualización de prácticas clínicas, conocimiento de programas gubernamentales y no gubernamentales para orientar a las familias, etc.

La segunda subcategoría identificada aludió a los recursos y espacios físicos que requerían los integrantes de los ET. Se identificaron cinco grupos de elementos indispensables: a) de bioseguridad, b) biomédicos, c) de tecnología y conectividad, d) de ubicación en el territorio y transporte y sedes y e) elementos de mobiliario. Si bien se esperaba que durante la prueba piloto los profesionales contarán con la mayoría de estos implementos, debido a dificultades administrativas no siempre estuvieron disponibles, fueron insuficientes o llegaron en las últimas tres semanas del trabajo en campo. Por lo anterior, los participantes consideran pertinente contar con estos elementos en cantidad y calidad suficientes antes de iniciar la implementación. Se identificó que los participantes percibían una relación directa entre contar con los recursos necesarios y la satisfacción laboral, la calidad de los datos recolectados, la capacidad resolutoria del equipo y la receptividad de las familias atendidas.

Los formatos o instrumentos de recolección de datos fueron un tema muy relevante en todos los GF y las ESE. En la prueba piloto, los datos se recolectaron en un formato de Microsoft Excel, con varios campos abiertos que no contemplaban la jerarquía entre las preguntas. Se diligenciaba un archivo por familia y luego se compilaba y validaba manualmente la información. Los participantes de los GF y las ESE señalan que se deben usar ayudas tecnológicas innovadoras y apropiadas para la recolección, almacenamiento y organización de grandes cantidades de información. Además, se debe dar entrenamiento específico en el uso de las herramientas y en la aplicación e interpretación de las preguntas y posibilidades de respuesta, pues solo de esta manera se puede dar calidad al dato. Por último, consideran que es importante

retroalimentar dichos formatos para mejorarlos de acuerdo con la experiencia en campo.

La última subcategoría identificada alude a lo necesario para el desarrollo de las actividades de los diferentes perfiles de los ET. Al respecto, se hizo hincapié en dos temáticas: la primera, fortalecer la planeación de las actividades de cada rol, teniendo en cuenta el objetivo de su trabajo y el contexto de la comunidad en la que participará; la segunda, es con respecto a la medición de resultados. Todos los participantes coincidieron en que es mejor evaluar la productividad por individuo atendido y no por familia, sin dejar de lado el enfoque de salud por núcleo familiar y su calidad.

Relaciones

Se examinaron las relaciones entre los profesionales que participaron en el diseño e implementación de los ET. De manera general, se observó que para la mayoría de ellos era fundamental tener claridad sobre sus obligaciones, capacidad de acción y las de cada perfil. Saber a quién acudir en diferentes momentos y tener claridad sobre las actividades de los integrantes genera una sensación de bienestar entre los colaboradores, mejora la comunicación entre individuos y aumenta su satisfacción en el trabajo. De manera opuesta, la falta de este conocimiento puede afectar el funcionamiento de los ET, como se refleja en uno de los comentarios de un médico, quien esperaba que su compañera trabajadora social asumiera responsabilidades distintas a las indicadas según su contrato:

No es clara la gestión del rol de trabajo social. Por ejemplo, se necesita que hagan una afiliación y ellas dicen que no pueden... Uno les dice a las trabajadoras sociales: "venga, es que esta persona lleva tantos días pidiendo una cita", pero ellas responden que no es su tarea realizar esos trámites; entonces, uno como médico queda mal. (GF, médico)

Al hablar sobre las relaciones con entidades externas, todos los integrantes consideraron esencial la gestión de vínculos

interinstitucionales, programas o proyectos que puedan solucionar las necesidades identificadas por el EB en la población de los barrios intervenidos. Algunas entidades mencionadas por los participantes fueron: entidades administradoras de planes de beneficios privadas, otras secretarías distritales (Secretaría de Integración Social, Secretaría de la Mujer, Secretaría del Hábitat y Medio Ambiente, Secretaría de Seguridad y Secretaría de Gobierno) y subsecretarías de la Secretaría Distrital de Salud, la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos y otros programas de atención domiciliaria de cada subred.

Consideraron que gestionar y fortalecer los lazos entre entidades aumentaría y reforzaría el poder resolutivo del modelo, lo que llevaría a una incidencia real en los determinantes socioambientales de la salud y la calidad de vida de los habitantes en Bogotá.

Objetivos y atributos del modelo

Los ET se cimientan en la APS, buscando incidir individual y comunitariamente en los indicadores de morbilidad y mortalidad, además de los determinantes socioambientales de la salud, así como responder a los enfoques del MST (por ejemplo, territorial, poblacional, diferencial, de género, participativo y resolutivo). Por tal motivo, a todos los participantes se les indagó sobre cómo estos últimos eran llevados a la práctica diaria.

Las personas abordadas mencionaron como una relación circular la incidencia de los determinantes socioambientales de la salud en la morbimortalidad de las comunidades. Llama la atención la importancia que tuvo este tema para los representantes de la comunidad en cada localidad. Todos consideran que este tema debe hacer parte integral de la gestión de los ET, para canalizar las necesidades ambientales a las instituciones responsables de brindar una solución acorde.

En consideración a que en Bogotá se reúne una gran diversidad étnica y racial, presencia de personas extranjeras, variados cultos religiosos e

identidades de género y orientaciones sexuales diversas, para los participantes fue oportuno dialogar sobre los enfoques y atributos del modelo. Las personas destacan la importancia de identificar, reconocer e integrar las necesidades particulares y diferenciadoras de cada comunidad y territorio, así como sus grupos prioritarios para las intervenciones en salud. Esto quiere decir que, aun cuando se estandaricen algunos procedimientos del despliegue de los ET, estos deben tener la suficiente flexibilidad como para abordar a cada colectivo, teniendo presentes sus características particulares y diferenciales, y buscando una real acogida por parte de la población.

Ligado a los puntos anteriores, se resaltó la importancia de la participación, la retroalimentación constante y la apertura al cambio. Esta apreciación invita a contar con la perspectiva de la comunidad y de los actores involucrados en la prestación del servicio en el territorio (profesionales en medicina, enfermería, psicología, etc.). Para los últimos, abrir estos espacios de participación, tendría dos efectos importantes: 1) ayudar a la construcción conjunta y mejora continua de los procesos de los ET del MST y 2) generar sentido de pertenencia y responsabilidad en todos los ámbitos, promoviendo la adopción y fidelización al modelo.

Por último, con respecto a la intención resolutiva que plantea el MST, los participantes enfatizaron en la importancia de dar soluciones a las necesidades individuales y comunitarias encontradas y no limitarse a la caracterización. Consideran que para asegurar la capacidad resolutiva, es crucial lograr la integración con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales, así como la sostenibilidad de los servicios prestados.

Discusión

A partir de los aprendizajes recogidos en los GF y las ESE, y teniendo en cuenta los hallazgos y reflexiones de investigaciones internacionales similares (5-8), se propone un

plan en tres etapas para acometer modelos de salud similares: planeación, implementación y monitorización. Por motivos de organización, las etapas se presentan de manera consecutiva; sin embargo, se debe tener en cuenta que al ser una intervención compleja con múltiples componentes que interactúan entre sí, estas no deben desarrollarse de manera lineal. Por el contrario, debe haber una retroalimentación constante e iterativa para la mejora continua del proceso (15).

Planeación

La primera etapa comprende las acciones previas al primer contacto con la comunidad y el desarrollo de trabajo interinstitucional. En principio, se conforma un equipo líder, a cargo de concertar las respectivas responsabilidades, compromisos y metas para la implementación del respectivo modelo. Los participantes resaltaron la necesidad de priorizar los procesos de relacionamiento interinstitucional, dentro y fuera del sector salud, con el objetivo de aumentar el poder resolutivo y darles solución a las necesidades en cuanto a salud y determinantes socioambientales. Otros autores también destacan la importancia de crear una red de líderes organizacionales a todo nivel, como un mecanismo para implementar modelos en salud de alta calidad (16).

Una forma de incentivar la participación de todos los sectores involucrados es la creación de un directorio de servicios y recursos disponibles, para que los profesionales en territorio puedan guiar adecuadamente a la ciudadanía. Esto concuerda con Mosquera et al. (17), quienes usaron las rutas integrales de atención como un mecanismo para mejorar el acceso a los servicios de salud en una comunidad en Bogotá (Colombia). En este caso, hubo un trabajo interinstitucional para identificar y vincular las entidades que dan respuesta a las necesidades sociales de la localidad, además de brindar información a los individuos sobre sus derechos y mecanismos para garantizarlos. Mejorar el acceso a los servicios de salud es fuertemente

recomendado, en aras de asegurar una mayor adherencia de la comunidad a las prácticas de atención primaria, así como canalizar una atención especializada, señalando una relación proporcional entre la disposición y celeridad del profesional para derivar a los pacientes cuando es necesario, y la satisfacción de los usuarios (18).

Teniendo en cuenta la estructura planteada para los ET y las conclusiones de diversos estudios que muestran la eficacia de la APS (19-21), se recomienda que, durante esta fase, se conforme el equipo humano que prestará los servicios a las comunidades y se establezcan sus funciones con claridad. También se resalta la importancia de garantizar en todo momento los recursos biomédicos, de bioseguridad, de comunicación y tecnología para cumplir sus funciones con eficiencia y calidad, así como la realización de un documento operativo explícito, donde se establezcan las funciones estandarizadas de todos los individuos participantes en la implementación.

En una revisión sobre aspectos facilitadores y barreras para la implementación de un programa de APS enfocado en demencia, Chaw et al. (22) encontraron en nueve de diez estudios que los profesionales consideraron como facilitador esencial el acceso a capacitaciones claras y estandarizadas. Esto también se encontró en el presente estudio: todos los participantes hicieron hincapié en la necesidad de un proceso de inducción y capacitación que incluya contexto histórico, político, social y teórico en el que se fundamenta el modelo; sus objetivos, alcance y enfoques; las funciones y actividades de cada actor, así como las herramientas que tiene para llevarlas a cabo, y otros temas útiles en el desarrollo diario de la atención en salud.

Además del componente teórico, es favorable hacer ejercicios prácticos de las actividades que van a realizar en campo. Se considera indispensable trabajar en las habilidades blandas de los profesionales para fortalecer los vínculos y el trabajo armónico, además de generar espacios de comunicación entre ellos. Se ha evidenciado que esto mejora las relaciones entre los equipos, así como la eficiencia del modelo. Este aspecto cobra especial importancia cuando los equipos de

salud se encuentran con sujetos que presentan un mayor nivel de comorbilidades o más dificultades sociales (23).

Durante la fase de planeación, también se sugiere establecer unas metas de productividad y eficiencia para el despliegue de los grupos de atención. Sin embargo, es importante tener en cuenta las características del territorio y la densidad poblacional, entre otros factores que facilitan o dificultan el cumplimiento de dichas metas. Metas excesivas y poco acordes al contexto, pueden disminuir la efectividad y el acceso oportuno a la salud (13).

Por último, se propone desarrollar un sistema de información sólido y ordenado con herramientas tecnológicas. Ello podría aumentar la calidad de la información y la efectividad de los equipos, al disminuirles los tiempos de recolección de información, al igual que de revisión y depuración de bases de datos. Es ideal que este tipo de tecnología se enlace con un sistema de alertas en salud que evidencia los casos que deben ser atendidos de manera prioritaria o ser canalizados con urgencia (24).

Implementación

La segunda etapa del proyecto inicia tras el primer contacto con el territorio por parte de los profesionales que implementen el modelo. Para comenzar, es importante hacer un proceso de difusión. Los participantes de los grupos focales mencionaron que era fundamental dar a conocer el proyecto en las comunidades, usando estrategias comunicativas que tengan en cuenta las dinámicas y características del territorio. Esto requiere capacidad de adaptación por parte de los profesionales en campo. Craig et al. (15) insistieron en que sean más flexibles las intervenciones complejas en salud para que se adapten a las dinámicas locales, en vez de que sean procesos estandarizados que se repliquen a gran escala.

Por ejemplo, la crisis por la infección de SARS-CoV-2 generó la necesidad de reorganizar los sistemas de salud, ya que el aumento en la demanda de profesionales en las instituciones

prestadoras de servicios de salud disminuye la disponibilidad de trabajadores para desarrollar trabajos de campo, como las realizadas por los ET. De igual forma, incrementó la preocupación de los profesionales por contar con elementos de protección personal, al verse más expuestos, dadas las características de su trabajo (25,26), hecho que se refleja en los relatos de los participantes en este proyecto, quienes señalaron la pandemia como una gran limitación durante el desarrollo de la prueba piloto del MST.

Por otra parte, una vez se inicien las actividades de caracterización, identificación de necesidades, canalización a servicios de salud y recomendaciones de promoción y prevención, estas deben estar fundamentadas en evidencia científica de alta calidad, bien sean los lineamientos propios del país o las recomendaciones internacionales para promoción y prevención de la salud en APS. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud considera la APS como una de las piedras angulares de la cobertura universal en salud, y como una aproximación a la salud y bienestar centradas en las necesidades y circunstancias de los individuos, familias y comunidades, con la ventaja de que APS evalúa las enfermedades del ciclo de vida (23).

Bodenheimer et al. (16) muestran la importancia de generar un compromiso de los pacientes con su propia salud. Esto se refleja en el Plan de Cuidado convenido en la gestión de los ET. Los participantes consideraron que esta es una estrategia de gran ayuda para que cada núcleo familiar se involucre con la autogestión de su salud y tome un papel activo. Se recomienda que este documento sea elaborado, entregado y explicado a los miembros de la familia, sin vulnerar su privacidad. Además, debe usar un lenguaje sencillo y debe adaptarse a las necesidades y capacidades de cada familia, así como a su contexto sociocultural.

Monitorización

La tercera etapa implica un proceso de evaluación y mejoría constante de los procesos.

Para ello, se debe contar con información de base que permita comparar avances e impactos en el tiempo, por lo que usualmente se sugiere construir una batería de índices e indicadores que faciliten el monitoreo y la evaluación de aspectos cruciales. En este sentido, se debe identificar en qué proporción los logros obtenidos en la gestión de salud son atribuibles al modelo propuesto.

Por otro lado, se sugiere abrir de manera periódica espacios de diálogo y retroalimentación con los diferentes actores del modelo para evidenciar su grado de satisfacción y oír sugerencias. En el caso de los ET, al escuchar la opinión de los participantes en los grupos focales, se identificaron oportunidades de mejora y recomendaciones para el proyecto.

De manera complementaria, y con el fin de dar mayor relevancia a los atributos territorial y participativo de los ET, las personas consideraron que se debe incrementar la interacción con la comunidad, incluyéndola en espacios de construcción, diferenciando las necesidades por territorio y gestionando conexiones locales. Giraldo y Vélez (24) concuerdan en que uno de los grandes desafíos para los sistemas de salud latinoamericanos que están en proceso de implementar modelos basados en APS es la limitada participación comunitaria, por lo que su fortalecimiento lo resaltan como prioritario.

Por último, la monitorización implica flexibilidad para adaptarse y superar las dificultades que se presenten no solo en el desarrollo y cumplimiento de las actividades propias de cada modelo, sino en la disponibilidad de información necesaria para su seguimiento y evaluación (26).

Conclusión

Cada vez más, la APS tiene mayor relevancia en el cuidado de la salud de las poblaciones, y es una de las propuestas para reducir las brechas de acceso a los servicios de salud. En la prueba piloto de implementación de los ET en la capital colombiana se evidenciaron oportunidades de mejora y se identificó la pertinencia de incluir a la comunidad en el despliegue del MST

distrital, asegurar previamente los insumos y conocimientos requeridos, adaptar las estrategias propuestas al contexto y a las necesidades de cada comunidad, entre otros aspectos. Lo anterior es fundamental para lograr una mayor aceptación de la gestión de los equipos por parte de la comunidad, de tal manera que el cuidado de la salud de las personas más vulnerables de la ciudad sea más efectivo y que se avance en los logros planteados por el Plan Distrital de Desarrollo en la materia.

Financiación

Nuestra investigación fue financiada a través del convenio específico de cooperación 2049259 de 2020 entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y la Pontificia Universidad Javeriana; sin embargo, el apoyo financiero no influyó de modo alguno en nuestros resultados, en la interpretación de estos, ni en la redacción del artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos que no tenemos ningún conflicto de intereses relacionado con esta publicación.

Referencias

1. Dávila-Cervantes CA, Agudelo-Botero M. Health inequalities in Latin America: persistent gaps in life expectancy. *Lancet Planet Heal.* 2019;3(12):e492-3. [https://doi.org/10.1016/s2542-5196\(19\)30244-x](https://doi.org/10.1016/s2542-5196(19)30244-x)
2. Alcaldía de Bogotá. Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud para el Distrito Capital [internet]. Bogotá; 2019 [citado 2021 may 11]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-bogota-2019.pdf>

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población [internet]. 2021 [citado 2021 may 11]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
4. Secretaría Distrital de Salud. Plan Territorial de Salud Bogotá D.C. 2020-2024 [internet]. 2020. Disponible en: http://concejodebogota.gov.co/cbogota/site/artic/20200430/asocfile/20200430193330/4_documento_plan_territorial_de_salud.pdf
5. Suárez R, Zamora S, Conte G, Olarte MF. Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS [internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social y Organización Panamericana de la Salud; 2012 [citado 2023 jun 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Sistematizaci%C3%B3n%20experiencias%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20Salud.pdf>
6. Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali. Estrategia de equipos operativos de salud pública [internet]. 2007 [citado 2023 jun 23]. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/FESP_Estrategia_Equipos_Salud_Publica_Colombia-Cali.pdf
7. Secretaría Distrital de Salud, Corporación GGF. Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad. Bogotá; 2012.
8. Pujol Ribera E, Monteagudo M, Berenguera Ossó. Investigación cualitativa en atención primaria de salud: situación actual, aportaciones y algunos retos. *Rev Clín Electrón Atenc Prim* [internet]. 2011 [citado 2021 may 11];19. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2011m7n19/rceap_a2011m7n19a1.pdf
9. Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Atenc Prim*. 2004;34(4):161-6. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)78902-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)78902-7)
10. Wilford A, Phakathi S, Haskins L, Jama NA, Mntambo N, Horwood C. Exploring the care provided to mothers and children by community health workers in South Africa: missed opportunities to provide comprehensive care. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5056-y>
11. Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2007;49(2):86. <https://doi.org/10.1590/s0036-46652007000200015>
12. Guo Y, Bender M, Rousseau J, Kehoe P, Lee JA, Pimentel P, et al. Relationships within MOMS Orange County care coordinated home visitation perinatal program. *Public Health Nurs*. 2020;37(2):215-21. <https://doi.org/10.1111/phn.12689>
13. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
14. QSR International. Qualitative Data Analysis Software | NVivo [internet]. 2020 [citado 2020 jul 20]. Disponible en: <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
15. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*.

- 2008;337(7676):979-83. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
16. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high-performing primary care. *Ann Fam Med*. 2014;12(2):166-71.
 17. Mosquera PA, Hernández J, Vega-Romero RR, Junca C. Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2011;10(21):124-52. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp10-21.eica>
 18. Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Atenc Prim*. 2005;36(7):358-66. <https://doi.org/10.1157/13080291>
 19. Mitchell JD, Haag JD, Klavetter E, Beldo R, Shah ND, Baumbach LJ, et al. Development and implementation of a team-based, primary care delivery model: challenges and opportunities. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(7):1298-303.
 20. Wagner EH, Flinter M, Hsu C, Crompton DA, Austin BT, Etz R, et al. Effective team-based primary care: observations from innovative practices. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):1-9.
 21. Riverin BD, Li P, Naimi AI, Strumpf E. Team-based versus traditional primary care models and short-term outcomes after hospital discharge. *CMAJ*. 2017;189(16): E585-93.
 22. Chow AF, Morgan D, Bayly M, Kosteniuk J, Elliot V. Collaborative approaches to team-based primary health care for individuals with dementia in rural/remote settings. *Can J Aging*. 2019;38(3):367-83.
 23. De Maeseneer J, Li D, Palsdottir B, Mash B, Aarendonk D, Stavdal A, et al. Universal health coverage and primary health care: the 30 by 2030 campaign. *Bull World Health Organ*. 2020;98(11):812-4.
 24. Giraldo Osorio A, Vélez Álvarez C. La Atención primaria de salud: desafíos para su implementación en américa latina. *Aten Prim*. 2013;45(7):384-92. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.016>
 25. Leiva-Fernández F, Prados-Torres JD, Prados-Torres A, del-Cura-González I, Castillo-Jimena M, López-Rodríguez JA, et al. Training primary care professionals in multimorbidity management: educational assessment of the eMULTIPAP course. *Mech Ageing Dev*. 2020; 192:111354.
 26. Centers for Disease Control and Prevention. Data modernization initiative [internet]. 2021 [citado 2021 may 11]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/surveillance/surveillance-data-strategies/data-IT-transformation.html>