

**CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
EN LA ENTIDAD SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD, SEDE VILLA DEL
SOCORRO, MUNICIPIO DE MEDELLÍN (ANTIOQUIA), AÑO 2016.**

INVESTIGACIÓN SOCIAL III

DOCENTE: LUZ BIBIANA MARÍN FLÓREZ

POR:

DANIELA JARAMILLO MARTÍNEZ CC. 1026154479

LINA MARCELA LÓPEZ CÓRDOBA CC. 1095825042

ANA MARÍA VALLEJO ZAPATA CC. 1017235377

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS.

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.

2016

Tabla de contenido

1. PRESENTACIÓN: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS Y MEMORIA METODOLÓGICA.	3
1.1. Planteamiento del problema.	3
1.2. Objetivos	11
1.2.1. Objetivo general	11
1.2.2. Objetivos específicos.....	11
1.3. Memoria metodológica	11
2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL PROBLEMA	19
3. PRESENTACIÓN, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.	23
3.1. Proceso de Atención de Primaria en Salud (APS) en la E.S.E. Metrosalud, sede Villa del Socorro	23
3.2. Descripción del programa Buen Comienzo.	33
3.2.1. Caracterización de las y los usuarios del programa Buen Comienzo.....	39
3.2.2. Descripción de la metodología empleada por el programa Buen Comienzo	41
3.3. Descripción del proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. ..	51
3.3.1. Caracterización de las y los usuarios del proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes	55
3.3.2. Descripción de la metodología empleada por el proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes	57
3.4. Fortalezas y obstáculos del proceso de Atención Primaria en Salud en la E.S.E Metrosalud, sede Villa del Socorro	60
4. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	65
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
Bibliografía	71
6. ANEXOS	76

TABLA DE ANEXOS

Anexo 1. Sistema categorial anterior a campo.....	P. 77-78
Anexo 2. Sistema categorial posterior a campo.....	P. 78-79
Anexo 3. Categorización y codificación.....	P. 79-80
Anexo 4. Guía de entrevista proceso de APS.....	P. 81-82
Anexo 5. Guía de entrevista programa y proyecto seleccionados dirigida a los/las profesionales.....	P. 83-84
Anexo 6. Guía de entrevista programa y proyecto seleccionados dirigida a las y los usuarios.....	P. 85-86
Anexo 7. Guía de observación metodología.....	P. 87
Anexo 8. Guía de caracterización usuarios/as antigua.....	P. 88-90
Anexo 9. Guía de caracterización usuarios/as nueva.....	P. 91-93
Anexo 10. Guía encuesta sobre APS dirigida a usuarios/as.....	P. 94
Anexo 11. Guía encuesta sobre APS dirigida a profesionales.....	P. 95-96

1. PRESENTACIÓN: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS Y MEMORIA METODOLÓGICA.

1.1. Planteamiento del problema.

Pensar el papel que cumple la Atención Primaria en Salud (APS) en la búsqueda de una sociedad más igualitaria y con una mejor calidad de vida para todos y todas, se convierte en

un reto primordial para las Ciencias Sociales y en general para las demás disciplinas, pues después de un amplio número de experiencias, avances conceptuales y legislativos, ésta estrategia sigue siendo invisibilizada desde las mismas instituciones a raíz de un complejo contexto de competencia y mercado (Pineda, 2014). En medio de estas dificultades, la APS exige continuos esfuerzos y atención para consolidar estrategias de promoción y prevención, esto con el fin de proporcionar un bienestar integral a la población reconociendo que la salud es un todo, que incluye componentes sociales, políticos, económicos y ambientales.

Antes de continuar con la caracterización de la Atención Primaria en Salud (APS), se hace fundamental retomar y esclarecer otros conceptos: En el texto “Concepto actual de salud pública” (Navarro, 1998) se señala que “en 1952, la OMS establece que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo en la colectividad” (pág. 1). Desde esta perspectiva se configura un importante avance, pues la salud pasa a evaluarse no sólo desde lo biológico, sino también desde lo social.

En este contexto comienza a hablarse de salud pública y para explicarlo, Navarro (1998) incluye el concepto de “iceberg”: Históricamente la responsabilidad del sistema de salud ha sido la de atender aquella población que acude al mismo, “la mortalidad y morbilidad conocida” (pág. 2), es decir la parte visible de iceberg; no obstante, las problemáticas van más allá e incluyen a aquellas personas que no acuden al sistema o que estando sanos, son vulnerables a la enfermedad, la cual podría evitarse mediante una intervención temprana del sistema de salud.

Considerando lo anterior, según Navarro (1998) surgen tres funciones básicas de la salud pública: La Intervención Preventiva Primaria (IPP) que se ejerce antes de que la enfermedad aparezca y busca proteger a la comunidad mediante la promoción y la prevención, la Intervención Preventiva Secundaria (IPS) que busca frenar la enfermedad en sus momentos iniciales y la Intervención Preventiva Terciaria (IPT), que tiene como objetivo mejorar las condiciones del individuo enfermo. Es de resaltar que la mayoría de recursos y esfuerzos se han visto históricamente encaminados a la Intervención Preventiva Terciaria (IPT) es decir lo curativo, razón por la cual cobra alta pertinencia hablar acerca de la Atención Primaria en Salud (APS).

Tomando en cuenta el texto “Atención Primaria en Salud APS: Una nueva oportunidad” (2011), el profesional en salud Oscar Echeverry retoma cómo en 1978, la OMS convoca a 180 países en “La Declaración de Alma Ata” con el propósito de establecer “salud para todos en el año 2000”. Paralelamente, dicha declaración señala la promoción y la prevención como factores claves para el desarrollo de la sociedad y en este punto, se establece que la APS es una estrategia fundamental para lograrlo, razón por la cual debe convertirse en el primer nivel de contacto del individuo con el sistema de salud.

En vista de lo anterior, la APS introduce cambios radicales en el enfoque establecido a los servicios de salud pues por un lado, propone “cambiar el enfoque de factores de riesgo individual a determinantes fuera del sector salud” (Echeverry, 2011, pág. 12), es decir, reconoce cómo influye la calidad de vida que poseen las personas en su estado de salud y por otra parte, busca modificar el predominio de los servicios curativos a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, amparándose bajo principios como equidad, justicia y solidaridad.

Es a partir de ello que en las décadas de los sesenta y los setenta se desarrollan importantes proyectos en Colombia y demás países de América Latina con el fin de responder a los retos planteados por la APS, como ocurre en el caso de Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay y Cuba, siendo este último un referente clave para la APS con su proyecto “ASIS” que busca identificar los diversos cambios que afectan a la población cubana en materia de salud y al mismo tiempo, planear estrategias para su mejoramiento. (Puentes & Torres, 2012)

Por otro lado, Colombia había tenido su primera experiencia de APS en 1949 (antes de la declaración de Alma-Ata) con la estrategia de “servicio social obligatorio para profesionales en salud” propuesta por Héctor Abad Gómez, la cual tenía como objetivo ofrecer servicios de salud a las zonas rurales más alejadas del país y ratificar la trascendencia que posee la educación en la modificación de los estilos de vida de las comunidades; es de resaltar que éste no fue el único esfuerzo, pues programas similares fueron desarrollados por la Universidad Javeriana, la Universidad de Caldas y la Universidad del Valle. (Puentes & Torres, 2012).

A pesar de los avances que tuvo esta estrategia como resultado de la Declaración de Alma Ata, debido a los múltiples cambios que trajo consigo el nuevo siglo, surgió la necesidad de

renovar los fundamentos de la estrategia con la Atención Primaria en Salud Renovada (APS.R), esto con el propósito de “revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad.” (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2007, pág. 15)

Entre las razones que conllevaron a este cambio, se ubican (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2007):

Los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS; el reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud; y, por último, el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades. (pág. 15).

Posterior a estos avances conceptuales, se configura en Colombia la Ley 100 de 1993 (Seguridad Social en Salud) y con ello, el énfasis del Sistema de Salud se centra en garantizar el Plan Obligatorio de Salud (POS) en su régimen contributivo (POSC) y subsidiado (POSS), planteándose de este modo una atención individual con un pequeño componente de prevención delegado a las Empresas Promotoras de Salud (EPS).

Con esta reforma, de acuerdo con lo planteado por Bibiana Pineda (2014), se separa la atención individual de las acciones de salud pública y estas últimas, se limitan al Plan de Atención Básica (PAB), generando así contradicciones con los principios planteados por la APS. Con el tiempo, el “Plan de Atención Básica (PAB) se reemplaza por el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) y este, por el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSIC) creado por la Ley 1122 de 2007” (Pineda, 2014, pág. 4). Este último (PSIC) establece que la Salud Pública “está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva.” (Ministerio de Protección Social, 2009, pág. 2).

Dieciocho años después de la ley 100 y con una amplia legislación en salud de por medio, en el año 2011 con la Ley 1438 se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano, trazándose como objetivo el fortalecimiento del mismo a través de un modelo marcado por la estrategia de APS, buscando una acción coordinada por parte de diferentes instituciones y la sociedad en general para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano que posibilite una calidad de vida óptima, todo esto en el marco de cada Plan Territorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, págs. 19-20) . A su vez, esta ley se encuentra constituida por tres componentes: “Acción intersectorial- transectorial para la salud, participación social comunitaria y servicios de salud” (Echeverry, 2011, pág. 7).

Desde esta perspectiva, la ley 1438 de 2011 representa en el país una oportunidad para retomar las experiencias de APS y de este modo, generar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como pilares para el bienestar integral del individuo. A partir de lo definido por esta ley se dan lineamientos a los Departamentos y Municipios para que se implemente la estrategia APS a nivel local; para el caso del Departamento de Antioquia en el Plan de Desarrollo “Antioquia la más Educada 2012-2015”, se encuentra en la línea cuatro “Inclusión Social”, componente “Condiciones básicas de Bienestar”, el programa “Antioquia Sana”, el cual es retomado como eje central para la implementación del modelo de salud en el Departamento. (Agudelo L. M., 2012, pág. 26).

Y así mismo, en el Municipio de Medellín, desde el año 2012 se viene implementando el programa gestionado por la Alcaldía de Medellín “Salud en el Hogar”, el cual busca llegar a 75.000 familias en condición de pobreza por medio de la estrategia APS y de este modo, acercar los servicios de salud basados en promoción y prevención a los contextos inmediatos donde se desarrollan los individuos.

Si bien la legislación del país y la adopción de la estrategia de APS para el Departamento de Antioquia y el Municipio de Medellín representa un avance en términos normativos, es preciso mencionar algunas de las problemáticas que han sido abordadas sobre el tema, dentro de las que se encuentran dificultades de determinadas poblaciones para acceder a los servicios en APS ya sea por problemáticas de carácter geográfico, administrativo o del ‘modelo de aseguramiento, lo cual genera fragmentación en las poblaciones y a su vez, no permite una atención integral a los individuos.

También se ubican exploraciones acerca de cómo la forma de contratación del personal y su frecuente rotación imposibilita la generación de conocimiento con base en la APS, así mismo se ha examinado alrededor de la ley 1438, específicamente el alto nivel de desconocimiento de la misma y el vacío alrededor de componentes fundamentales como lo son la promoción y la prevención y además, se ha abordado la carencia de seguimiento o valoración continua de los procesos de APS. En cuanto a las problemáticas no abordadas alrededor del tema, se hace difícil encontrar estudios alrededor de las vivencias de las y los usuarios en relación al proceso de Atención Primaria en Salud.

En relación a los estudios elaborados alrededor del tema, es posible encontrar una amplia variedad de trabajos que a su vez, responden a diferentes periodos históricos y espacios geográficos; en el caso del escenario internacional es posible identificar “Gobernanza y la Atención Primaria en Salud en Colombia, Costa Rica y Brasil” (Chaves, 2014) donde se exponen las experiencias de estos países con base a la APS.

En el panorama nacional, se identifican estudios elaborados a raíz del avance histórico de la APS, su legislación y algunos de los avances y retos, como ocurre en el caso del texto “Desarrollos y experiencias de la Atención Primaria en Salud (APS) en el contexto de la reforma en salud, Colombia, 1994-2010” (López, 2012), también en “Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares” (Molina, Ramírez, & Ruíz, 2014) e igualmente, en el texto “Programa de Desarrollo educacional con enfoque en APS: La investigación participativa” (Zapata, Rey, & Vargas, 1985), el cual es un elemento fundamental para entender los retos de la APS con base a la formación de profesionales en salud y demás actores, capaces de articular esfuerzos con el fin de ampliar la cobertura de los servicios de salud y mejorar su calidad.

Igualmente, es posible encontrar otros estudios con una perspectiva más local, como en el caso de “Explorando el desarrollo de la Atención Primaria en Salud por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas en una localidad de Bogotá” (Rico, 2011) y “El Municipio de Medellín busca consolidar un modelo de cuidado integral de la salud basado en la Atención Primaria en Salud renovada (APS)” (Agudelo L. M., 2008).

También se han realizados estudios de la experiencia de APS en otros Municipios de Antioquia como en el caso de “Propuesta de plan de acción para la implementación del programa Atención Primaria en Salud Municipio de El Peñol” (Agudelo & García, 2013) e igualmente, el estudio “Caracterizar el proceso de implementación, resultados, logros y dificultades de la estrategia de Atención Primaria en Salud, a través de un estudio descriptivo en el municipio de Barbosa, Antioquia, en los años 2010-2013” (Cadavid, 2013). Este último, retoma el surgimiento de la APS, sus posibilidades y finalmente, describe el proceso de planeación, legislación, recursos y personal puesto en marcha para la ejecución de la estrategia de APS.

Ahora bien, el contexto en el cual se ubica el presente informe de investigación es la Entidad Social del Estado (E.S.E.) Metrosalud, específicamente la sede Villa del Socorro ubicada en la comuna dos de la ciudad de Medellín; esta organización es de carácter público y entre sus retos, plantea la necesidad de promover la cultura de la vida sana en la ciudad de Medellín, brindar servicios de salud integrales, competitivos y modernos, de la mano de un talento humano calificado y especializado. Con base a la prestación de servicios, la página web oficial de Metrosalud señala:

Acompañamos al usuario en cada etapa de su ciclo vital a través de acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, protección específica y atención de enfermedades de interés en salud pública. Nuestro objetivo es favorecer los factores protectores y detectar y controlar los factores de riesgo. (Metrosalud, s.f.).

La historia de esta Entidad se remonta al año 1940 y actualmente, señala como visión el convertirse para el año 2020 en la primera referencia en redes de servicios de salud de Colombia con “procesos eficientes, innovadores y seguros, con un talento humano reconocido por su integridad, coherencia y compromiso.” (Metrosalud, s.f.).

Cabe agregar que el Modelo de Prestación de Servicios de Salud (MPSS) de la E.S.E Metrosalud se inscribe en la estrategia de Atención Primaria en Salud promovida por la Declaración de Alma Ata (1972), la cual fue modificada en 2007 como se menciona anteriormente con la propuesta de renovación de la estrategia, razón que permite explicar el por qué la elección de esta institución para el presente informe:

La concepción de Atención Primaria en la que se enmarca el presente MPSS está formada por tres elementos principales. Primero, una Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud con una clara definición y óptima interrelación entre sus diferentes componentes, a la cual le corresponde asegurar el cuidado integral de la salud de las personas a través del desarrollo de servicios accesibles, apropiados y validados socialmente. Segundo, la prestación de servicios de salud integrales, los cuales son continuos, integrados, efectivos, seguros y centrados en las personas. Tercero, un conjunto de principios éticos para el desarrollo de servicios con orientación pública, con el fin de asegurar acceso, equidad, eficiencia, efectividad, participación y sustentabilidad de los servicios y sistemas de salud. (Metrosalud: Subgerencia de Red de Servicios, Oficina Mercadeo, Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Institucional, Dirección de Gestión Clínica y Promoción y Prevención., s.f., pág. 11)

Ahora bien, en la E.S.E Metrosalud este enfoque de APS se ve materializado con la puesta en marcha de programas y proyectos tales como: Estrategia Cultural del Cuidado en el Entorno Educativo, Atención extramural a habitante de calle y Unidad de Niñez, Vigilancia epidemiológica, Familia Medellín: Medellín Solidaria, Buen Comienzo - Entorno familiar, Atención Pre-hospitalaria para Medellín (APH), Ser Capaz en Casa y Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes –SSAAJ-. (Metrosalud, s.f.). En este punto se hace importante aclarar que la presente investigación se enfoca exclusivamente en el programa Buen Comienzo y en el proyecto de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

Reconociendo estas características, se hace relevante describir el proceso de Atención Primaria en Salud que en Metrosalud (Villa del Socorro) se desarrollan en el año 2016, considerando a los diversos actores involucrados: Gerencia y personal administrativo, personal asistencial y usuarios/as atendidos bajo la estrategia de APS.

Por lo tanto, la utilidad de este informe de investigación es develar tanto las fortalezas, como los respectivos obstáculos de la APS por medio de una descripción del caso concreto de Metrosalud (Villa del Socorro), lo que a su vez, va a permitir brindar elementos a la institución para el mayor cumplimiento de sus objetivos institucionales y la constante retroalimentación del proceso.

De este modo, la pregunta de investigación es: En materia de Atención Primaria en Salud (APS), ¿cómo es el proceso que se desarrolla específicamente en la Entidad Social del Estado Metrosalud, sede Villa del Socorro (Medellín), tomando en cuenta el programa Buen Comienzo y el proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes durante el año 2016?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Caracterizar el proceso de Atención Primaria en Salud con respecto al programa Buen Comienzo y al proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en la Entidad Social del Estado Metrosalud, sede Villa del Socorro, en la ciudad de Medellín, año 2016.

1.2.2. Objetivos específicos

- Describir las características de las y los usuarios involucrados en el programa Buen Comienzo y el proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.
- Identificar los programas y proyectos que ofrece la Institución con respecto a la Atención Primaria en Salud.
- Describir la metodología utilizada por la institución para llevar a cabo el programa Buen Comienzo y el proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes
- Determinar las fortalezas y obstáculos que se presentan en el proceso de Atención Primaria en Salud en la institución.

1.3. Memoria metodológica

Tomando en cuenta que el objetivo de esta investigación fue caracterizar el proceso de Atención Primaria en Salud con respecto al programa Buen Comienzo y al proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes la Entidad Social del Estado Metrosalud, sede Villa del Socorro, en cuanto la orientación epistemológica, se partió del paradigma comprensivo interpretativo, el cual es definido por Ramírez, Arcila, Buriticá y Castrillón (2004) como:

Según este paradigma, existen múltiples realidades construidas por los actores en su relación con la realidad social en la cual viven. Por eso, no existe una sola verdad, sino que surge como una configuración de los diversos significados que las personas le dan a las situaciones en las cuales se encuentra. La realidad social es así, una realidad construida con base en los marcos de referencia de los actores. (pág. 70).

De esta manera, el paradigma comprensivo interpretativo aportó los fundamentos necesarios para llevar a cabo el informe de investigación, esto ubicándose en un contexto específico, reconociendo sus particularidades y preocupándose por incluir las voces de los diversos actores involucrados. Paralelamente, la investigación se ubicó en el estilo histórico-hermenéutico, lo cual indica que:

En primer lugar, se trabaja con la historia como eje (...) No hay que entender la historia como una mera reconstrucción del pasado; tan histórico es el momento actual como el tiempo pasado (...) En segundo lugar, se acentúa el aspecto hermenéutico, es decir, el deseo de interpretar la situación. Se trata de dar una interpretación global a un hecho, de comprenderlo, de darle el sentido que tiene para el grupo que está comprometido en esa praxis social. La historia y la hermenéutica tratan precisamente de reconstruir todas esas piezas aisladas que aparecen en las diversas interpretaciones de los hechos, en los diversos textos, en las diversas versiones (...) para recapturar un todo con sentido. (Vasco, 1990, págs. 10-11).

Por otro lado, tomando en cuenta el texto “Más allá del dilema de los métodos” Bonilla y Rodríguez (2005), citan a Bryman (1988) y sintetizan que la principal característica de la investigación cualitativa es su interés por captar la realidad social “a través de los ojos” de la gente que está siendo estudiada, es decir, a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto (pág. 84).

De este modo, el diseño de la investigación tuvo un enfoque cualitativo, puesto que su interés se situó en la caracterización del proceso de Atención Primaria en Salud de Metrosalud (Sede Villa del Socorro), haciendo uso de este modo de la observación y descripción del proceso a investigar, al igual que la escucha atenta de las voces de los sujetos implicados.

En cuanto a la modalidad, se hizo uso del estudio de caso, el cual según Eumelia Galeano (2004) se centra en comprender las diversas características y significados de una misma experiencia de manera profunda. En resumen, el estudio de caso “se refiere a la recolección,

el análisis y la presentación detallada y estructurada de información sobre un individuo, un grupo o una institución” (Galeano E. , 2004, pág. 68); en este punto, la recolección y generación de la información procedió de diversas fuentes, a modo de comprender en su complejidad el contexto y fenómeno de interés.

Específicamente, la investigación se centró en el estudio de caso instrumental, que según Galeano (2004) consiste en:

Examinar un caso en particular con el fin de proporcionar mayor conocimiento sobre un tema. En éste estudio, el interés por el caso es secundario pues su papel es apoyar y facilitar el entendimiento de otro asunto. A menudo el caso es tratado a profundidad, se delimita su contexto y se detallan las actividades ordinarias, pero sin olvidar que su finalidad es la de ayudarnos a perseguir un interés externo. (pág. 71).

Para el asunto concreto de Metrosalud (Sede Villa del Socorro), el estudio de caso instrumental contribuyó a la delimitación del proceso específico a caracterizar, al igual que los programas y proyectos seleccionados, los/las actores/as involucrados y las fortalezas y obstáculos que de ello se desprendieron.

Con base a los criterios o características de los participantes, la presente investigación se ubicó en la Entidad Social del Estado Metrosalud, sede Villa del Socorro y los/las actores participantes fueron el personal administrativo, el personal asistencial y las/los usuarios/as atendidos bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud en la institución.

Tomando en cuenta los momentos de la investigación, concretamente el primero, que se refiere a la recolección y generación de la información, la presente investigación hizo uso de cuatro técnicas: La observación (participante y no participante), la entrevista (estructurada y semiestructurada), la encuesta y la revisión documental.

En el caso de la observación no participante, podría decirse que el investigador no es parte activa del grupo que se está observando. Benguría, Martín, Valdés, Pastellides y Gómez (2010) señalan que la observación no participante es “aquella en la cual se recoge la información desde afuera, sin intervenir para nada en el grupo social, hecho o fenómeno investigado. El observador no participa en la vida social del grupo al que observa, sino que

‘participa’ como observador” (pág. 32), lo cual, indica que el investigador se limita a registrar la información que aparece ante él.

De acuerdo a los objetivos de la presente investigación, la anterior técnica fue de utilidad para generar información sobre algunas de las dinámicas presentadas en Metrosalud Villa del Socorro, tales como los recursos (físicos, humanos, sociales), las actitudes y comportamientos de los diferentes actores, las actividades realizadas en el programa y el proyecto seleccionados y demás elementos, esto sin influir (en la medida de lo posible) en la ejecución de dichas dinámicas.

Por otro lado, con base a la observación participante (Taylor & Bogdan, 1987), se señala que es aquella que “involucra la interacción social entre el investigador y los informantes (...) y durante la cual, se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo.” (pág. 31). Lo anterior, implica una inmersión en el grupo social a investigar para conocer más de cerca la información que poseen los sujetos sobre la realidad que viven en determinado contexto.

En la presente investigación, esta técnica fue utilizada para recolectar información desde adentro del grupo social, es decir, permitió la interacción con diversos actores/as involucrados/as en las actividades realizadas, esto, a medida que se dio respuesta a los diversos interrogantes planteados; un ejemplo de ello fue la participación del grupo de investigación en los diferentes encuentros de Buen Comienzo.

En este punto, se hace importante aclarar que el registro de la información desde la observación se hizo por medio del diario de campo:

El diario de campo es el registro acumulativo de todo lo que acontece durante el desarrollo de la investigación. Su carácter continuo permite al investigador reconstruir los procesos metodológicos, confrontar sus propias visiones con las de los actores de la investigación, llevar un registro de las limitaciones y dificultades en el desarrollo de la misma, captar la cotidianidad de escenarios y participantes y es un instrumento que permite al investigador plasmar sus vivencias, inquietudes, temores, alegrías y desesperanzas. (Galeano M. E., 2001, pág. 3).

Otra técnica utilizada en la investigación fue la entrevista, en un primer momento, de carácter estructurado, la cual es definida por Elssy Bonilla y Penélope Rodríguez (2005) como una guía en la cual:

(...) el investigador ha definido previamente un conjunto de tópicos que deben abordarse con los entrevistados y aunque el entrevistador es libre de formular o dirigir las preguntas de la manera que crea conveniente, debe tratar los mismos temas con todas las personas y garantizar que se recolecte la misma información. (pág. 162).

Esta técnica se vio materializada con la realización de caracterizaciones a las y los usuarios del programa y proyecto seleccionados, esto, con el fin de dar cuenta de diferentes características alrededor de los mismos, realizando preguntas estandarizadas las cuales fueron aplicadas y diligenciadas por el grupo de investigación. Para el caso de Buen Comienzo, sólo se tuvo acceso directo a los primeros dos encuentros (encuentro de nutrición y de estimulación) y en consecuencia, las caracterizaciones fueron realizadas en dichos espacios; en total, se realizaron veintiún caracterizaciones o entrevistas semi-estructuradas a los/las participantes del programa (ver anexo 8 y 9).

Con respecto al proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, debido a cuestiones de tiempo y a que la mayoría de usuarios y usuarias del proyecto para el caso de la sede Villa del Socorro eran menores de edad, fue posible realizar sólo nueve caracterizaciones correspondientes a mayores de edad; en este punto se hace preciso aclarar que uno de los principios del programa era la confidencialidad, es decir, que los y las menores tenían la posibilidad de asistir sin sus acudientes, por lo cual, se hizo muy compleja la posibilidad de realizar un consentimiento informado y consecuentemente, realizar las caracterizaciones a los/las menores.

Se hace fundamental por un lado, destacar que para la realización de las mismas se plantearon dos formatos, el primero de ellos (ver anexo 8) incluyó las primeras nueve caracterizaciones realizadas al programa Buen Comienzo; posteriormente, este es modificado debido a que algunas preguntas se centraban en elementos que si bien eran importantes, no eran competencia de la investigación y al mismo tiempo, se ampliaron preguntas e incluyeron algunas nuevas (ver anexo 9). Por otro lado, es primordial resaltar que el objetivo de dichas caracterizaciones no fue generalizar la información, sino describir algunas de las características de los usuarios y usuarias participantes en el programa y el proyecto seleccionados.

En un segundo momento se utilizó la entrevista semiestructurada, técnica en la cual se determina de antemano cuál es la información que se busca conseguir y de este modo, se construyen preguntas abiertas que faciliten la obtención de la misma; en este punto es fundamental las destrezas desarrolladas por el investigador para encauzar las temáticas. Corbetta (2003), afirma:

En este caso el entrevistador dispone de un ‘guion’, con los temas que debe tratar en la entrevista. Sin embargo, el entrevistador puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular las preguntas. En el ámbito de un tema determinado, el entrevistador puede plantear la conversación de la forma que desee, plantear las preguntas que considere oportunas y hacerlo en los términos que le parezcan convenientes. (págs. 352-353).

Desde esta perspectiva, se hizo uso de la entrevista semiestructurada con la finalidad de dar respuesta a determinados interrogantes establecidos previamente en la investigación, buscando en este punto la posibilidad de recibir múltiples respuestas que permitieran conectar ideas y articular la información. Esta técnica se utilizó para la generación de información alrededor del proceso de la institución con base a la APS e información clave del programa y proyecto seleccionados desde los saberes propios del personal administrativo-asistencial y los/las usuarias (ver anexos 4, 5 y 6).

Otra técnica utilizada fue la encuesta, de la cual se encontró (Trespalcios, Vásquez y Bello, citado por (Fenández, Cantin, López, & Rodríguez, s.f.) que “son instrumentos de investigación descriptiva que precisan identificar a priori las preguntas a realizar, las personas seleccionadas en una muestra representativa de la población, especificar las respuestas y determinar el método empleado para recoger la información que se vaya obteniendo” (pág. 3). Esta técnica fue empleada en la investigación para identificar los conocimientos tanto de los/las profesionales, como los/las usuarias alrededor de la APS; para el caso de los/las profesionales, se realizaron un total de seis encuestas y para el caso de los/las usuarias, se ejecutaron ocho encuestas (ver anexos 10 y 11).

Para finalizar en cuanto a técnicas, se ubica la revisión documental, la cual según Tójar, (2006) es “el proceso mediante el cual un investigador recopila, revisa, analiza, selecciona y extrae información de diversas fuentes, acerca de un tema particular (su pregunta de

investigación), con el propósito de llegar al conocimiento y comprensión más profundos del mismo”. (pág. 90) En este caso, esta técnica fue implementada mayoritariamente para obtener información a profundidad tanto del proceso de APS en la institución, como del programa Buen Comienzo y el proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

Por otra parte, en el momento analítico se realizaron cuatro procesos (Torres Carrillo, 1998) a modo de construir y enlazar los datos generados en función de los objetivos planteados en la investigación; en primera instancia se ubicó la categorización y codificación, momento en el cual se delimitaron determinadas unidades temáticas para facilitar el análisis de la información generada, en este caso, los observables fueron tomados para categorizar y del mismo modo, se codificó la información por medio de colores para proporcionar un ágil reconocimiento. Es preciso aclarar que el sistema categorial planteado inicialmente presentó algunas modificaciones, es decir, se optó por eliminar algunos de los observables a la par que emergieron unos nuevos (ver anexo 2).

En segunda instancia se ubicó el momento de clasificación y ordenación de la información, es decir, una vez finalizada la categorización y codificación, se reunió y reorganizó la información de acuerdo al observable de manera separada, esto por medio de una matriz de inventario. El tercer momento se denominó establecimiento de relaciones y allí según Torres Carillo se “inician algunos procedimientos analíticos que buscan recomponer lógicamente los datos” (pág. 16). De este modo, durante dicho momento se identificaron las conexiones, comparaciones y demás elementos entre los diferentes observables que permitieron describir y vincular el proceso, construyendo así de manera lógica la realidad investigada; en este sentido, fue fundamental el uso de matrices que permitieron cruzar y triangular los observables a modo de encontrar las relaciones que entre estos se tejieron.

Por último con base al momento analítico, se realizó el establecimiento de redes causales y modelos analíticos, donde fue posible visualizar la información generada por medio de mapas conceptuales a modo de describir las relaciones centrales de la realidad estudiada, para luego continuar con la interpretación.

Con base al momento interpretativo, al ubicarse bajo un enfoque cualitativo, la investigación tuvo la teoría como punto de llegada. Bonilla y Rodríguez (2005), explican que más a fondo lo anteriormente planteado señalando que:

El método cualitativo no parte de supuestos derivados teóricamente, sino que busca conceptualizar sobre la realidad con base en el comportamiento, los conocimientos, las actitudes y valores que guían el comportamiento de las personas estudiadas. El proceso de investigación cualitativa explora de manera sistemática los conocimientos y valores que comparten los individuos en un determinado contexto espacial y temporal. Esto implica que no aborda la situación empírica con hipótesis deducidas conceptualmente, sino que de manera inductiva pasa del dato observado a identificar los parámetros normativos de comportamiento, que son aceptados por los individuos en conceptos específicos históricamente determinados. (Bonilla & Rodríguez, 2005, pág. 84).

En cuanto al momento de socialización, se elaborarán jornadas de socialización donde se exponga tanto a la institución (Metrosalud, sede Villa del Socorro) como al ámbito académico, el proceso y las conclusiones a las cuales ha llegado la investigación.

Es fundamental señalar que para el desarrollo del presente informe de investigación se tuvieron en cuenta determinadas consideraciones éticas, las cuales fueron, por un lado, el consentimiento informado, herramienta que buscó garantizar de manera específica el que los sujetos dieran su consentimiento para la generación de la información. Además, se señala que los sujetos “tienen derecho a conocer que información va a ser registrada, con qué propósito, si va a ser compartida con otros investigadores y a qué público va a llegar.” (Galeano M. E., 2001, pág. 6).

Asimismo, estuvo presente como principio ético la confidencialidad, la cual fue el medio por el cual se protegió la identidad de los sujetos que hicieron parte de la investigación. Al respecto, Maria Eumelia Galeano (2001) señala lo siguiente:

Con el fin de salvaguardar los derechos de los informantes, y a veces la integridad del investigador es necesario en el proceso de registro de la información utilizar seudónimos, ‘limpiar’ la información de aquellos datos (nombres, lugares, fechas) que permitan la identificación del informante o de personas a las que él se refiere y utilizar códigos que permitan los cruces y análisis de la información. (pág. 6).

Por otro lado, se tomó como criterio ético fundamental la socialización de la información obtenida a lo largo de la investigación, a lo cual Galeano (2001) denomina “retorno social de

la información obtenida” y que específicamente, consiste en “mantener informados a los participantes sobre el curso de la información que proporcionó” (pág. 7).

Finalmente, con base a las consideraciones éticas se habló de un manejo adecuado y pertinente a los datos e información obtenida, tanto durante, como después de la investigación, esto bajo pilares como la honestidad y el respeto hacia el otro/a.

2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL PROBLEMA

La construcción del presente informe de investigación se sitúa bajo un enfoque cualitativo y desde esta perspectiva, con base a la fundamentación teórica se hablará de referente conceptual, en el cual se hace uso de “conceptos sensibilizadores” que van a orientar en un inicio la investigación y que en el transcurso de esta, están sujetos a modificarse y reconfigurarse de acuerdo a las necesidades y el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Debido a que el punto central de la investigación es el proceso que se desarrollan con base a la estrategia de Atención Primaria en Salud en la E.S.E. Metrosalud (Villa del Socorro), teniendo en cuenta el programa Buen Comienzo y el proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, se hace necesario el planteamiento de cuatro ejes conceptuales sobre los cuales apoyar la lectura interpretativa de la realidad. En primera instancia, se ubica

el concepto de proceso, en este caso, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2015) señala:

Para la Atención Primaria se asumen como procesos, el conjunto de acciones que se realizan para el logro de los objetivos, de los proyectos y de los programas que son de interés colectivo como escenario de relaciones de complementariedad y de sinergia que facilita la construcción de conocimientos y prácticas para el cuidado de la salud. La definición de algunos de los procesos de atención primaria en todo momento aporta al desarrollo de actitudes, valores y comportamientos y en general, a los procesos formativos de los actores que participan en la salud municipal (...) De igual manera se procede a la evaluación la cual es transversal a todo el proceso. (pág. 16).

Desde esta perspectiva, podría decirse que la naturaleza del proceso se constituye por un conjunto de acciones o actividades que tienen como finalidad, la consecución de determinados resultados que coincidan con unos objetivos preestablecidos con base a la salud. Según Balaguera (2012), los procesos se componen de fases o etapas que se realizan de forma transversal al interior de cada organización en la cual participan diferentes áreas.

Del mismo modo, la Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2010) afirma que un proceso está conformado por un “conjunto de fases o etapas secuenciales e interdependientes que agregan valor a unos elementos de entrada para suministrar un resultado a un usuario externo o interno. Secuencia de pasos necesarios para realizar una actividad” (pág. 171).

Y asimismo, Liliana de los Ríos y Cristina Londoño (2010) establecen como componentes o características de un proceso:

Sobre los procesos se hace necesario realizar un desarrollo que permita su despliegue, el diseño de los parámetros que garanticen su ejecución y la mejor forma de asegurar la operación de la entidad, lo cual debe contemplar la definición del objetivo, la base legal que soporta cada proceso y la definición de actividades y tareas que garantizan su ejecución. (pág. 28).

Para buenos resultados en la descripción del proceso de APS, en segunda instancia se hace fundamental definir el concepto de programa, el cual según el Plan de Desarrollo de la E.S.E. Metrosalud 2012-2020, hace referencia a “un conjunto organizado de proyectos o acciones

orientados a la consecución de un objetivo común” (pág. 13). Asimismo, es de rescatar cómo al hablar de programas generalmente se hace alusión a acciones diseñadas para largos periodos de tiempo.

En tercera instancia se hace importante delimitar el concepto de proyecto, el cual según el “Plan de Desarrollo Metrosalud, 2012-2020”, es definido como “la unidad operacional que vincula recursos, actividades y componentes durante un período determinado, con el fin de solucionar un problema o satisfacer una necesidad a una población objetivo. Los proyectos se financian con recursos de inversión.” (Metrosalud, 2012, pág. 13).

A modo de complementar, el texto “Lineamientos para la promoción de la salud con sentido humano en Antioquia” (Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2010), define proyecto como:

Un conjunto coherente e integral de actividades tendientes a alcanzar objetivos específicos que contribuyen al logro de un objetivo general o de desarrollo, en un período de tiempo determinado, con unos insumos y costos definidos. Todo proyecto busca mejorar una situación, solucionar una necesidad sentida o un problema existente. Por ello, es necesario tener en cuenta que la formulación de un proyecto debe partir de una adecuada identificación de la necesidad o problema y contar con el respectivo diseño de las condiciones necesarias para su óptima solución. (pág. 127).

Finalmente en cuanto al referente conceptual, con el objetivo de describir cómo se llevan a cabo tales proyectos de acuerdo con la estrategia de APS, se recoge el concepto de metodología, el cual en un primer momento se definirá de manera general:

Metodología es aquella que regula y ordena la actividad científica proponiendo orientaciones y procedimientos que aseguren la realización de las acciones, en correspondencia con los supuestos establecidos en las matrices teóricas que las rigen (...) Es una dinámica relación entre acción y reflexión (...) adentrándose en la comprensión fundamental de lo real, visualizando las múltiples vías de aproximación al mismo y estableciendo determinaciones esenciales, actividades y tareas. (Vélez, 2003, págs. 57-58).

Siguiendo a Vélez (2003), la metodología está conformada respectivamente por unos momentos, los cuales son: Supuestos, lineamientos, pautas de acción, métodos y técnicas (pág. 60). Ahora bien, lo anterior es una aproximación realizada desde las Ciencias Sociales

y por ello, en búsqueda de una mayor precisión, se retoma lo propuesto por metodología con base en salud en el texto “Manual para el Diseño de Proyectos de Salud” (2006) por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual, es definida como una herramienta fundamental en todos los momentos de un proyecto y comprende diseño, ejecución y evaluación, elementos que a su vez son interdependientes (pág. 8). En este punto, la OPS señala que la metodología facilita:

El diseño de un proyecto porque establece los criterios y brinda los instrumentos para analizar el problema abordado y de este modo, planificar la forma de intervenir. Facilita la ejecución de un proyecto, ya que en el diseño del mismo se establecen claramente los resultados que debe alcanzar, al igual que las actividades que se deben realizar; el equipo de gestión del proyecto tiene todos los elementos para saber qué debe hacerse y por qué. Por último, facilita la evaluación de un proyecto, ya que desde su diseño identifica los elementos necesarios para determinar el éxito del mismo, pero también establece cuales son los factores que pueden incidir de manera positiva o negativa en la ejecución y en el logro de los objetivos perseguidos (2006, pág. 18).

Asimismo, cabe resaltar cómo en este caso la OPS toma como referencia en cuanto al diseño de los proyectos en salud lo propuesto por una metodología específica, denominada “Marco Lógico”, la cual servirá en este punto como una guía. Ésta es definida como:

El Marco Lógico (ML) es una metodología que permite, a partir de una necesidad o problema identificado, diseñar una “intervención” –sea ésta un proyecto, programa o plan – y facilitar su implementación, seguimiento y evaluación. El ML brinda un conjunto de lineamientos, pautas e instrumentos que permiten gestionar todos los momentos de una intervención en el ámbito de la Salud Pública (...) En síntesis, el Marco Lógico es una metodología útil para encarar la gestión integral de una intervención concreta que busca transformar, en algún aspecto o en todos, una situación actual, que no es satisfactoria, en otra deseada (Organización Panamericana de la Salud, 2006, pág. 8).

Consecutivamente, el diseño de esta metodología va a comprender dos etapas (Organización Panamericana de la Salud, 2006): En primera instancia, una etapa analítica centrada en el “análisis de la realidad y/o problema que ha motivado el proceso de diseño de un proyecto y que, a través de distintos momentos e instrumentos permite ir delineando y delimitando las unidad/es y los mecanismos de intervención posibles” (pág. 18) y que va componerse de

cinco elementos que son la identificación y descripción del problema central, el análisis de involucrados, el análisis de problemas, el análisis de objetivos y el análisis de alternativas. En segunda instancia, una etapa denominada de planificación, centrada en la “planificación de los elementos de un proyecto que definen con precisión el tipo de intervención por la que se ha optado a partir del análisis previo” (pág. 18) y que va a incluir tres elementos, los cuales son la elaboración de matrices, la elaboración de un plan de ejecución y verificación de la planificación del proyecto.

3. PRESENTACIÓN, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

3.1. Proceso de Atención de Primaria en Salud (APS) en la E.S.E. Metrosalud, sede Villa del Socorro

Para dar un acercamiento inicial al problema de investigación anteriormente planteado, es importante ubicar el concepto de Atención Primaria en Salud, el cual tiene una de sus más importantes acepciones con la Declaración de Alma Ata en 1972, esto reconociendo a su vez la diversidad de definiciones que tiene el mismo de acuerdo a su evolución histórica. De ahí se define la APS como:

(...) la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud (...) como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto

de los individuos, la familia y la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud. (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2007, pág. 17)

Siguiendo lo anterior, la APS se configura como una importante estrategia para la organización de los sistemas de atención en salud en torno a la promoción de la misma, no obstante, para el año 2007 según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), surge la necesidad de redefinir el concepto reconociendo los múltiples cambios contextuales, por lo cual, se comienza a hablar de Atención Primaria en Salud Renovada (APS.R).

De este modo, el concepto en esencia continuó siendo el mismo, sin embargo, la nueva definición incorporó otros principios además de la equidad y la solidaridad, tales como sostenibilidad y la orientación a servicios de calidad. Por consiguiente, la APS.R se centró en “el sistema de salud en su conjunto; incluye a los sectores público, privado y sin fines de lucro, y es aplicable para todos los países” (2007, pág. 21), esto, desde el reconocimiento de que la Atención Primaria en Salud va más allá de la prestación de servicios de salud, pues su éxito “depende de otras funciones del sistema de salud y de otros procesos sociales.” (pág. 21).

Asimismo, es de resaltar que la concepción renovada de la APS busca no enmarcarse a un paquete de servicios de salud, sino que, como lo plantea la OPS, “esta estrategia está destinada a guiar la transformación de los sistemas de salud de manera que puedan alcanzar sus objetivos y ser suficientemente flexibles como para adaptarse a los nuevos desafíos que vayan surgiendo con el transcurso del tiempo.” (2007, pág. 21)

De este modo, la APS.R es caracterizada por elementos como la atención integral, integrada y apropiada de servicios a lo largo del tiempo, los cuales buscan garantizar el primer encuentro de los usuarios/as con la institución siendo estos, la base de la planificación y acción de la misma. Igualmente, trae entre sus modificaciones un marco legal sólido, institucional y organizativo, recursos económicos, humanos y tecnológicos apropiados que garanticen una sostenibilidad del proceso, prácticas adecuadas de organización, trabajo integrado enfocado en efectividad y eficiencia en todos los niveles de atención del sistema,

en los cuales, la atención debe ser especializada tanto en los niveles, entre otras. (2007, pág. 21)

Para el caso de la ciudad de Medellín, una de las instituciones que desarrolla la estrategia de APS es la E.S.E. Metrosalud, la cual, es una entidad de carácter público cuyo origen remonta al año 1940 con el nacimiento de la Secretaría de Higiene y Seguridad Social. Esta institución surge con el compromiso de generar y promover una cultura de vida sana en la ciudad, en pro de valores como respeto, compromiso, calidad y equidad.

Esta institución cuenta con diez Unidades Hospitalarias y cuarenta y tres Centros de Salud, la diferencia entre estos, radica en los horarios de atención, los niveles de complejidad (medios y bajos respectivamente) y consecuentemente, la prestación de algunos servicios. Es de resaltar que en las Unidades Hospitalarias la atención se brinda durante las veinticuatro horas, mientras que en los centros de salud, la atención es de lunes a sábado en horarios específicos.

De este modo, Metrosalud “brinda servicios de salud integrales y competitivos a través de una amplia y moderna red hospitalaria; un talento humano con vocación de servicio, altamente calificado, cimentado en los valores institucionales y en armonía con el medio ambiente” (Metrosalud, s.f., pág. 1).

En esta dirección, es de resaltar que Metrosalud implementa en su quehacer un Modelo de Prestación de Servicios de Salud (MPSS) basado en la Atención Primaria en Salud, es decir, un modelo de atención con miras a la promoción y prevención de la enfermedad teniendo en cuenta el contexto donde se desarrolla la vida de las personas, por lo que la institución está comprometida a:

Prestar servicios de salud eficientes, accesibles, seguros, humanizados y con calidad a la población usuaria y a sus familias de acuerdo a la integración de su Modelo de Prestación de Servicios con enfoque en Atención Primaria en Salud y de su Modelo de Seguridad del paciente con enfoque en humanización, mediante la identificación de las necesidades y expectativas de la comunidad, la optimización de su capacidad de oferta y la modelación permanente de la red de acuerdo a los cambios normativos y del perfil epidemiológico con el

objetivo de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.
(Metrosalud, s.f., pág. 1)

La noción de APS en la que se enmarca este MPSS está conformada por tres elementos, iniciando con una red integrada de prestación de servicios de salud que tiene el fin de garantizar el cuidado completo de la salud de las personas, en segundo lugar, el MPSS ubica la prestación de servicios de salud integrales, seguros, continuos, efectivos y centrados en la persona y por último, un conjunto de principios éticos para el desarrollo de servicios con orientación pública para así asegurar el acceso, eficiencia, equidad y sustentabilidad de servicios y sistemas de salud. (Metrosalud, pág. 11)

Por lo anterior, el MPSS está dirigido a la obtención de resultados en cuanto al desarrollo y bienestar humano de los usuarios/as participantes de los servicios de Metrosalud en sus respectivos territorios. Por ende, las estrategias definidas para el desarrollo del MPSS son la “Gestión del Cuidado de la Salud, la Gestión de la Red de prestación de Servicios de Salud, la Gestión Territorial de la Salud y, el Monitoreo y Evaluación del Modelo”. (Metrosalud, pág. 11)

A inicios del año 2014, la Gerencia y la Subgerencia de Metrosalud puso en marcha una prueba piloto con base al Modelo de Prestación de Servicios en Salud basado en APS definido por la institución, la cual, para el caso específico de la sede Villa del Socorro, se inició formalmente el 15 de Mayo del mismo año con la finalidad de conocer a profundidad el contexto o territorio bajo el cual la institución realizaría su intervención y de este modo, identificar tanto los factores de riesgo que afectaban a las comunidades, como los factores protectores para suplir las necesidades de la comunidad en cuanto a salud. En esta dirección, la ejecución de la prueba piloto fue un paso de gran importancia en torno a la materialización de la estrategia en APS, de hecho, tuvo importantes resultados. Así mismo la prueba piloto fue implementada en el centro de salud Santa Elena.

Por otro lado, para su quehacer la institución propone un plan estratégico basado en cuatro líneas que permiten optimizar su labor con la comunidad (Metrosalud, s.f.): La primera línea estratégica apunta a “La prestación de servicios de salud integrales, con calidad y centrados en el usuario y su familia”, con un componente referido a la búsqueda del liderazgo y a la

consolidación de la red de servicios; la segunda, se encuentra orientada a “la competitividad, fuente de sostenibilidad”, con un componente que incluye la armonía de la institución con el entorno y la inclusión de la comunidad.

En cuanto a la tercera línea estratégica, se denomina “La eficiencia administrativa y financiera”, con un componente dirigido a la gestión financiera y administrativa y por último, la cuarta línea estratégica se centra en “El conocimiento y la innovación para potencializar el desarrollo y el cambio institucional” con un componente que apunta al aprendizaje y la innovación.

Entre los centros de salud con los cuales cuenta la E.S.E. Metrosalud, se ubica la sede donde se centró la presente investigación, Villa del Socorro, la cual está ubicada en la comuna dos de la ciudad. Esta cuenta por una lado con la Casa de Justicia de Villa del Socorro y del mismo modo, con una cancha de fútbol y basquetbol del INDER; al frente, se ubica la Institución Educativa Villa del Socorro y finalmente, al otro lado cuenta con pequeño parque infantil que consta de toboganes y columpios. (Diario de campo #2, A.V. pág. 1).

El centro de salud Villa del Socorro cuenta con una infraestructura de dos niveles conformada, en el primero, por consultorios médicos en donde cada médico está encargado de una especialidad a atender, pero a su vez, todos están capacitados para múltiples casos. También, la sede cuenta con una zona de odontología a cargo de la odontóloga y una auxiliar, con una zona de toma de muestras y vacunación, una farmacia, una zona de recepción a la comunidad y archivo a cargo de una auxiliar administrativa, una sala de espera para uso de la comunidad, un auditorio dotado con sillas, televisor, camillas, sillas de ruedas, una cafetería para el uso exclusivo de los empleados y una zona de baños. (Diario de campo #1, L.L. pág. 1).

En el segundo nivel, la institución cuenta con dos gimnasios utilizados para el desarrollo del programa Buen Comienzo, los cuales, están dotados y adecuados para el uso de los niños y niñas que hacen parte del mismo y están a cargo de profesionales responsables de diferentes áreas como nutricional, pedagógica, psicosocial y de educación física. Al mismo tiempo en dicho nivel, hay un consultorio empleado para el desarrollo del proyecto Servicios de Salud

Amigables para Adolescentes y Jóvenes, utilizado por una psicóloga y una enfermera quienes son responsables del proyecto en la sede. (Diario de campo #1, L.L. pág. 1).

Para cumplir con sus objetivos, la E.S.E implementa algunos programas y proyectos diseñados según las necesidades de la población, tales como: Atención extramural a habitante de calle y Unidad de Niñez, Estrategia Cultural del Cuidado en el Entorno Educativo (escuelas y colegios saludables), Vigilancia epidemiológica, Familia Medellín: Medellín Solidaria, Atención Prehospitalaria para Medellín (APH), Ser Capaz en Casa, Salud en el Hogar, Buen comienzo (Entorno familiar) y Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

Es de rescatar que dentro de su Modelo de Prestación de Servicios en Salud y los diferentes programas y proyectos que la institución desarrolla, Metrosalud tiene contempladas tanto actividades de corte intramural, es decir, que se llevan a cabo al interior de la institución, como actividades de corte extramural, donde los programas y proyectos se acercan al contexto inmediato donde se desarrolla la vida de las personas.

Por un lado, está el proyecto de Atención extramural a habitante de calle y Unidad de Niñez, el cual está dirigido a:

Niños, niñas y adolescentes en alto riesgo de situación de calle o en situación de calle, entre los 0 y los 17 años de edad, que presenten perfiles como: explotación sexual, abuso sexual, explotación laboral, mendicidad, maltrato, habitantes de calle, y en general con características psicosociales que los/as ubique como población en alto riesgo de llegar a situación de calle. (Alcaldía de Medellín, Unidad de Niñez., s.f., pág. 10)

Dentro de las actividades que se realizan dentro de éste proyecto están: La atención médica en modalidad extramural, el acompañamiento a usuarios y usuarias con diagnóstico de VIH, Sífilis y Tuberculosis, la captación y acompañamiento de gestantes a ingreso de control prenatal, la articulación con la red de servicios de Metrosalud para la realización de jornadas de salud y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con las unidades móviles, la atención odontológica en Centro de Salud el Salvador y actividades educativas en salud oral. (Metrosalud, s.f.)

La Estrategia Cultural del Cuidado en el Entorno Educativo (escuelas y colegios saludables) está dirigida a la comunidad educativa de instituciones de preescolar, básica primaria, secundaria, técnica e instituciones de educación superior (especialmente universidades), es decir, todos los que estén matriculados en las sedes educativas priorizadas por la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación y en calidad de docentes o directivos y personal de apoyo, aquellos que presten sus servicios oficialmente en dichas sedes. A grandes rasgos, esta se concibe como:

(...) una estrategia de promoción de la salud en el entorno escolar que busca el bienestar de las comunidades educativas y el fomento de una cultura de la salud, que potencie las dimensiones del desarrollo humano integral, a través de la articulación y coordinación de acciones enmarcadas en apuestas políticas de la salud pública, la intervención psicosocial, la educación para la salud, la participación y la reorientación de servicios en salud. (Alcaldía de Medellín, s.f., pág. 2).

A grandes rasgos, en tal estrategia se llevan a cabo actividades en pro de fomentar la gestión de riesgos físicos y ambientales, gestión para el restablecimiento de derechos, la Promoción de la Salud Bucal (Información, educación, comunicación y movilización), el acompañamiento psicosocial individual, el apoyo y atención a eventualidades relacionadas con la salud y convivencia escolar, festivales para el cuidado de la salud y promoción de la convivencia escolar, entre otros.

El proyecto de Vigilancia Epidemiológica, el cual es dirigido a todos los habitantes de la ciudad de Medellín indistintamente de su régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene como objetivo:

Controlar la ocurrencia de eventos de interés en salud pública (brotes, sarampión, tosferina, dengue, entre otros) con el fin de reducir los riesgos de enfermedad y muerte, mediante acciones de vigilancia epidemiológica, garantizando una atención integral a las personas. (Metrosalud, s.f.)

Dentro de este, se llevan a cabo actividades tales como la realización de visitas de seguimiento a pacientes con tuberculosis, niños con bajo peso, personas con tendencia suicida, entre otros, a modo de verificar el cumplimiento de los tratamientos. También se

hace cargo de la atención en situaciones relacionadas con intoxicaciones alimentarias, enfermedad diarreica, varicela, parotiditis (paperas), entre otras, la búsqueda en los barrios y comunidades de los criaderos del mosquito transmisores del virus del dengue para eliminarlos, búsqueda de niños con esquemas de vacunación incompletos para completar su vacunación, también informar y promover en la comunidad los derechos y deberes en salud, informar y promover en la comunidad las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad a las que tienen derecho, así mismo entregar medicamentos en casa para pacientes con tuberculosis, recolección de las muestras de laboratorio de personas con enfermedades que son de interés en salud pública y que han sido encontradas en las actividades de campo, realización vigilancia a las personas con infecciones asociadas a la atención en salud en hospitales y Unidades de Cuidados Intensivos, suministro de medicamentos y biológicos (vacunas) en eventos de interés en salud pública estudiados, vigilancia intensificada del uso de la pólvora en épocas especiales y demás. (Metrosalud, s.f.)

Dentro de los programas implementados por la E.S.E. Metrosalud, también se encuentra el programa Unidad Familia Medellín, el cual tiene como propósito fortalecer el papel que juega la familia como sistema fundamental en la formación de los seres humanos. De este modo:

Desarrollamos estrategias de promoción, prevención, atención, protección y realizamos acercamiento de oportunidades para transformar a la familia independiente de sus características condiciones o grupo poblacional. Trabajamos con más de 600 personas que se encuentran distribuidas en nueve Centros Integrales para la Familia ubicados en toda la ciudad (Alcaldía de Medellín, s.f., pág. 2).

Del anterior programa se desprenden tres proyectos: El primero de ellos se denomina proyecto Medellín Solidaria, el cual, tiene como objetivo:

Acompañar los hogares más vulnerables de la ciudad para contribuir a la mejora de sus condiciones de vida, por medio del acceso preferente a los programas de salud, educación, bienestar y desarrollo, promocionando su autonomía y ayudando a mejores formas de convivencia familiar y social. (Alcaldía de Medellín, s.f., pág. 3)

Es de resaltar que para participar en este proyecto es necesario pertenecer a la población del municipio de Medellín con un puntaje igual o inferior a 32,20 en la versión 3 del SISBÉN. En segundo lugar, se ubica el proyecto Volver a casa, el cual busca:

Facilitar el restablecimiento de vínculos familiares de personas en situación de vulnerabilidad social, que los haya llevado al desarraigo de sus núcleos familiares, en enlace con las Unidades de la Secretaría de Inclusión Social y Familia y las demás Secretarías de la Alcaldía de Medellín. (Metrosalud, s.f.)

En tercer y último lugar se ubica el proyecto Centros Integrales para la Familia, el cual, según la página web oficial de Metrosalud busca:

Brindar acompañamiento familiar y comunitario, acercamiento de oportunidades, acciones de innovación ciudadana para la familia, redes de apoyo social, pedagogía en cultura ciudadana y acciones alrededor de la estrategia de cuidadoras y cuidadores en enlace con las Unidades de Adulto Mayor y Discapacidad. Igualmente, se realizan acciones de acompañamiento psicosocial individual, familiar, grupal, y de promoción y prevención de problemáticas psicosociales como violencia social, violencia intrafamiliar, violencias sexuales, consumo de sustancias psicoactivas, embarazo en niñas y adolescentes, entre otros. (Metrosalud, s.f.)

Este se encuentra dirigido en general a las familias de Medellín, esto considerando los diferentes grupos poblacionales y cursos de vida (niñez y adolescencia, juventud, adultos y adultos mayores); asimismo, incluye a la población condición de discapacidad, los diferentes grupos étnicos, la comunidad LGTBI, personas en situación de desplazamiento, entre otros.

Otro de los proyectos implementados en Metrosalud es el de Atención Prehospitalaria, cuya labor se ubica en el primer servicio que ofrecen los paramédicos en la ambulancia, en el lugar del accidente o cuando a una persona requiere de primeros auxilios. Lo anterior, debido al gran número de accidentes, a las emergencias, a la violencia y los desastres que a diario ocurren en la ciudad, por lo que a finales del 2004:

El Concejo de Medellín creó la Red de Urgencias y Emergencias para el Municipio de Medellín, que era operada por el Cuerpo Oficial de Bomberos de Medellín, con el fin de

garantizar el acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud y mejorar la atención prehospitalaria en la ciudad. (Ingeniería Hospitalaria s.a.s, 2013)

Actualmente, el programa de Atención prehospitalaria es operado por la Secretaría de Salud a través de Metrosalud en coordinación con la línea 123, atiende las 24 horas del día y sus vehículos recorren las calles de la ciudad para dar una atención más oportuna a la ciudadanía.

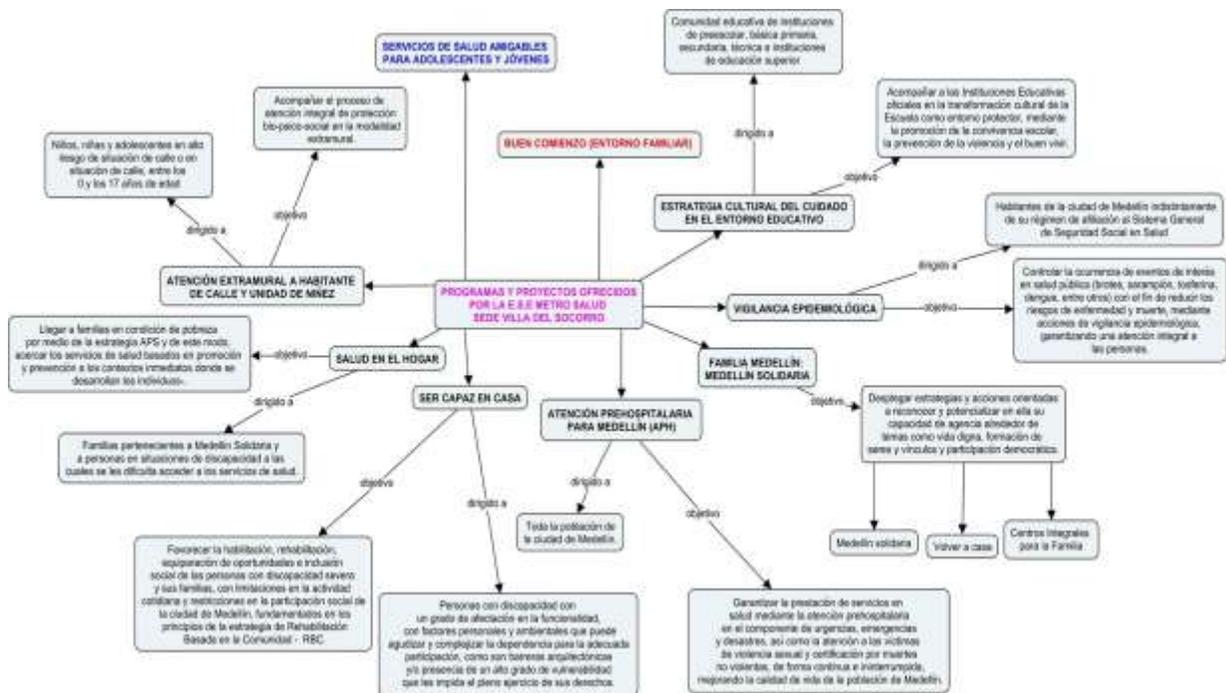
Por otro lado, el proyecto Ser Capaz en Casa, según la página de la E.S.E Metrosalud, busca:

Favorecer la habilitación, rehabilitación, equiparación de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad severa y sus familias, con limitaciones en la actividad cotidiana y restricciones en la participación social de la ciudad de Medellín, fundamentados en los principios de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad - RBC. (Metrosalud, s.f.)

Este, es dirigido a “personas con discapacidad, con un grado de afectación en la funcionalidad, con factores personales y ambientales que pueden agudizar y complejizar la dependencia para la adecuada participación y factores que les impida el pleno ejercicio de sus derechos”. (Metrosalud, s.f.)

También hace parte de APS de la E.S.E Metrosalud, el proyecto Salud en el Hogar el cual, según la página Medellín cómo vamos, está dirigido a familias pertenecientes a Medellín Solidaria y a personas en situaciones de discapacidad a las cuales se les dificulta acceder a los servicios de salud, de igual manera el proyecto busca llegar a 75.000 familias en condición de pobreza por medio de la estrategia APS y de este modo, acercar los servicios de salud basados en promoción y prevención a los contextos inmediatos donde se desarrollan los individuos. (2014, pág. 1)

A modo de sintetizar los diferentes programas que desarrolla la institución con base a la APS, se ubica el siguiente mapa:



Mapa elaborado por el grupo de investigación

3.2. Descripción del programa Buen Comienzo.

En el caso de la presente investigación, como se mencionó con anterioridad, se propone caracterizar en un primer momento el programa Buen Comienzo y asimismo, los y las usuarios/as involucrados/as y la metodología utilizada para el desarrollo del mismo.

A modo de introducción, en un primer momento se ubica una breve descripción del programa, en un segundo momento, se ubica la información generada alrededor de las caracterizaciones realizadas en este caso, a las usuarias del programa, destacando así características básicas y en un tercer momento, se ubica la descripción de la metodología empleada por Buen Comienzo, incluyendo elementos básicos como su diseño, ejecución y evaluación; es de aclarar que la presente información unifica tanto lo señalado por parte del personal administrativo-asistencial, como la percepción de las y los usuarios.

Para iniciar, Buen Comienzo es un programa educativo desarrollado por la Alcaldía de Medellín y que a grandes rasgos, busca proporcionar una atención de carácter integral a la primera infancia, esto, mediante a una atención que privilegia a los sectores y familias en mayor condición de vulnerabilidad presentes en la ciudad. Dicho programa se viene implementando desde el año 2004 alrededor de la ciudad de Medellín, esto con el objetivo central de:

Garantizar que los niños y las niñas, desde la gestación hasta los cinco años de edad, puedan disfrutar de un desarrollo adecuado, integral, diverso e incluyente, desarrollando estrategias y acciones para el acceso a la educación inicial, en el marco de la atención integral. (Alcaldía de Medellín, s.f., pág. 2)

En tal dirección, busca apoyar desde múltiples áreas a las familias en cuanto a lo que el personal administrativo-asistencial denomina una “crianza humanizada” (Entrevista #1, pág. 1) y de este modo, promover tanto el desarrollo físico, como emocional-cognitivo de los niños y niñas, propósitos desarrollados a través de la profundización en elementos como salud, nutrición, recreación, estimulación, educación y atención psicosocial; lo anterior, se desenvuelve mediante una actuación interinstitucional e intersectorial, “liderada por la Secretaría de Educación, con las Secretarías de Inclusión Social y Familia y Salud, también con el Inder, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la E.S.E Metrosalud, el Ministerio de Educación Nacional y la empresa privada” (Alcaldía de Medellín, s.f., pág. 3).

Con base a las condiciones para ingresar al programa, se ubican requisitos tales como ser madre gestante, niño o niña de cero a veintidós meses en la zona urbana de Medellín y de cero a cinco años en zona rural, al igual que tener SISBÉN de la ciudad de Medellín (versión tres), con puntaje no mayor a sesenta, esto sin importar el régimen (contributivo o subsidiado) en el cual se encuentren las familias. Es de resaltar que existen casos particulares o especiales, es decir, familias que tienen puntaje mayor pero que cumplen con determinadas condiciones por las cuales ingresan, por ejemplo familias en situación de desplazamiento, familias en proceso administrativo de restablecimiento de derechos, minorías étnicas, hijos e hijas de actores desvinculados o desmovilizados del conflicto armado, entre otros, reconociendo desde esta perspectiva otras condiciones que hacen necesaria la intervención inmediata desde el programa.

En cuanto a su surgimiento, el programa Buen Comienzo se plantea por primera vez en el Plan de Desarrollo 2004-2007 Medellín la Más Educada, línea estratégica dos, Medellín Social e Incluyente. Más tarde, el programa pasa a convertirse en política pública mediante el Acuerdo 058 de 2011 Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia Buen Comienzo, esto reglamentado a partir del Decreto 01277 del 5 de julio de 2013 con el propósito de garantizar que los niños y niñas del Municipio de Medellín, desde el momento de la gestación hasta los cinco años de edad, pudieran disfrutar como se mencionaba anteriormente, de un desarrollo integral, convirtiendo así a la ciudad de Medellín en un referente fundamental en términos de atención a primera infancia a nivel nacional. (Ministerio de Educación & Centro Virtual de Noticias de Educación, 2013)

Dentro de las situaciones problemáticas que se identifican desde el programa Buen Comienzo, tanto por parte del personal administrativo-asistencial como de los usuarios y usuarias involucrados/as, se ubican elementos como los problemas de peso o alteraciones nutricionales, es decir obesidad o desnutrición tanto en las madres como en los niños y niñas, los diferentes riesgos presentes en el contexto donde cada una de las familias desarrolla su cotidianidad tales como violencia y maltrato, también se ubica el abuso infantil, la violencia intrafamiliar, los procesos de duelo, la repetición de ciclos familiares tales como embarazos adolescentes no deseados, la soledad y desatención a la cual están expuestos algunos niños y niñas, el uso indiscriminado de nuevas tecnologías e igualmente, la ausencia mayoritaria de proyectos de vida en las familias.

Teniendo en cuenta dichas problemáticas, se construye desde una acción conjunta una metodología que permita abarcar las mismas, no obstante, se podría decir que en el accionar cotidiano se encuentran situaciones potenciadoras o dificultades según las diferentes perspectivas, como lo son la presencia de múltiples responsabilidades en las familias, lo cual no permite una llegada puntual y constante a los encuentros realizados en el mes, también la multiplicidad de creencias y/o cosmovisiones que tiene cada una de las familias y que, en ocasiones, puede generar conflictos con lo trabajado en los encuentros como sucede en el caso de la promoción de algunos hábitos alimentarios y pautas de crianza humanizada, además, dificultades relacionadas al acompañamiento del sistema de salud en general versus el acompañamiento de Buen Comienzo, pues a veces se presentan diferentes versiones que

generan confusiones en las familias, entre otros elementos, siendo una dificultad mayoritaria la inasistencia a los encuentros debido a las múltiples labores especialmente de las madres, las cuales generalmente tienen a cargo más de un menor en su hogar lo cual exige el cumplimiento de diferentes tareas.

Ahora bien, en cuanto al desarrollo y/o funcionamiento del programa, se podría mencionar que este posee unas particularidades específicas de acuerdo a la etapa que atraviese cada familia; en caso de estas cumplir los requisitos, primeramente ingresan a Buen Comienzo como familia gestante (es decir, cuando la madre se encuentra en periodo de gestación), momento en que se habilita un espacio en el cual se les proporciona información a las familias y se realiza un acompañamiento constante alrededor de temas prioritarios tales como salud, nutrición, estimulación y atención psicosocial, lo cual, va transversalizado por un seguimiento continuo por parte de los grupos de trabajo desde el hogar de cada una de las familias; posteriormente, con el nacimiento de él o la menor, se continúa dicho acompañamiento con la familia lactante y de este modo, ambos (madre e hijo) continúan su proceso en un entorno, por el momento, de carácter familiar, alrededor de los temas ya mencionados, no obstante, como se había nombrado anteriormente, la atención del programa va modificándose de acuerdo a la etapa en la cual se encuentre él o la menor.

De ahí, se desprende que el programa precisamente, esté dividido en tres entornos de acuerdo a las necesidades singulares que presentan las familias: El entorno familiar, el entorno institucional y el entorno comunitario. En primera instancia, el entorno familiar se encarga de proporcionar una atención integral a las familias gestantes, las familias lactantes y los niños o niñas menores de dos años, esto resaltando cómo la familia “es el primer agente educador del niño y la niña, por eso, el proceso continúa hasta los dos años, donde reciben atención en sus hogares que les permite un estímulo mayor y un afianzamiento en el vínculo afectivo con sus personas significativas” (Alcaldía de Medellín, s.f., pág. 6). Es de resaltar que cuando los menores cumplen los dos años, el equipo de Buen Comienzo se encarga de realizar un seguimiento a modo de verificar que este continúe el proceso en el entorno institucional y, en caso de no existir cupos, permiten que el niño o niña permanezca en el entorno familiar hasta que se materialice la matrícula o hasta que cumpla máximo veintisiete meses.

En segunda instancia se ubica el entorno institucional, el cual opera para niños y niñas entre los dos y los cinco años de edad y desde el cual, se busca el desarrollo de experiencias educativas alrededor de los menores, siendo el ingreso a centros educativos y jardines infantiles el eje central. Para los centros y jardines infantiles se destinan ocho horas al día por cinco días de la semana y para las ludotecas y hogares infantiles, cinco horas diarias a la semana.

Finalmente, en tercera instancia se ubica el entorno comunitario en el cual, Buen Comienzo “trabaja con las Madres Comunitarias del ICBF en las Unidades Pedagógicas de Apoyo - UPA, donde reciben acompañamiento por parte de profesionales del Programa, con el propósito de garantizar atención de calidad a la Primera Infancia de la ciudad.” (Alcaldía de Medellín y Secretaría de Educación, s.f., pág. 7)

Ahora bien, en el caso del Centro de Salud Villa del Socorro perteneciente a la E.S.E Metrosalud, el programa Buen Comienzo se ubica en la “Unidad de Salud Amigable”¹ existente en el segundo piso de la sede; dicho espacio cuenta con una sala principal, la cual está cercada por un corral hecho de madera, con dos salones o gimnasios infantiles, (uno al lado izquierdo de la sala principal y otro al lado derecho), con un baño para los niños y niñas y finalmente, con un salón denominado de preparación de alimentos, que a su vez, sirve para guardar el material que se utiliza en las sesiones o encuentros.

De los entornos mencionados con anterioridad, en este caso, en la sede Villa del Socorro se desarrolla el entorno familiar, el cual va desde la gestación hasta los dos años del menor; de este modo, son entonces cuatro áreas profesionales las cuales acompañan a las familias: Área nutricional, pedagógica, psicosocial (Psicología y/o Trabajo Social) y educación física, para su óptimo desarrollo.

Paralelamente, desde dicho entorno se desarrollan cuatro encuentros educativos al mes aproximadamente: El primero de ellos se denomina encuentro educativo de nutrición y en este caso, como su nombre lo indica, se le proporciona un acompañamiento nutricional tanto

¹ Es un espacio que comparte infraestructura con el servicio/centro de salud, pero que a su vez, se constituye como un espacio exclusivo generalmente para el uso de adolescentes. Para la identificación de este, se ubican señales visibles los cuales dan la bienvenida a los usuarios y usuarias. (Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008, pág. 108)

a la madre como al menor, donde se posibilite un seguimiento constante a la salud de ambos; así mismo, durante este encuentro la educadora participa y realiza todo el acompañamiento pedagógico debido a cada una de las familias.

El segundo, se denomina encuentro educativo de estimulación y en este, un/a educador/a físico/a y un/a profesional del área psicosocial, ya sea desde Psicología o Trabajo Social, desarrolla un acompañamiento a nivel integral, es decir, a nivel afectivo, emocional, físico y motriz tanto en los menores como en sus respectivas familias.

El tercer encuentro se denomina creciendo en familia y a partir de este, se realiza seguimiento al desarrollo de los niños y niñas desde áreas específicas que al interior del grupo de trabajo se definen previamente, incluyendo un seguimiento al tema de garantía de derechos, tales como crecimiento y desarrollo, control prenatal, vacunación, afiliación al sistema de salud, entre otros.

Y finalmente, se ubica el encuentro educativo en el hogar, donde las familias en un contexto más íntimo, reciben aproximadamente una visita al mes por parte de un/a profesional quien los/as acompaña y asesora de acuerdo a su respectiva área, identificando de este modo tanto las fortalezas como las dificultades, al igual que posibles acciones a emprender.

Entre las necesidades más comunes identificadas tanto por parte del personal administrativo-asistencial, como de los usuarios y usuarias participantes, se ubica la necesidad de orientación con respecto a una nutrición adecuada alrededor de las diferentes etapas que atraviesan los niños y niñas. Otras de las necesidades son la asistencia alimenticia debido a los escasos recursos presentes en algunas de las familias, asimismo, la orientación en torno a las diferentes problemáticas que se presentan en la vida familiar, la guía alrededor de pautas de cuidado y crianza para los menores y la necesidad de involucrar a todo el sistema familiar en el crecimiento y desarrollo del menor.

Como respuesta a lo anterior, de acuerdo a las diferentes perspectivas se han ubicado como resultados o satisfactores ante dichas necesidades elementos como el fortalecimiento de una lactancia materna exclusiva que radica en un mayor nivel de bienestar para el menor, la asistencia nutricional mediante complementos alimentarios para la madre y el/la menor que

se convierte en un elemento muy importante especialmente cuando se atraviesa por complejas situaciones económicas como lo manifiestan algunas de las madres, la asesoría y ayuda en cuanto a las problemáticas en el hogar, que radica en la construcción de un ambiente sano para el óptimo desenvolvimiento de los y las menores e igualmente, el fortalecimiento de las dinámicas y valores familiares tales como la unidad, pues desde el programa se van vinculando los y las diferentes miembros.

3.2.1. Caracterización de las y los usuarios del programa Buen Comienzo

Para el caso de las caracterizaciones, se encuentra que las personas que participan son mujeres en su totalidad y se ubican en un rango de edad entre los 17 a los 50 años, siendo el rango de entre 20 y 30 años el mayoritario (15/21), seguido por el de 31 a 38 años (4/21) y finalizando con una mujer de 17 años (1/21) y otra de 50 (1/21).

Con base a los lugares de residencia, se ubican sectores o barrios como Santa Cruz (5/21), Villa del Socorro (8/21), Andalucía La Francia (3/21), Andalucía (2/21), Popular 1 (2/21) y Villa Niza (1/21); paralelamente, las usuarias se ubican en sectores con estratos uno, dos y tres, siendo dos el estrato predominante (15/21), seguido del estrato uno (4/21) y del estrato tres, con sólo un caso registrado (1/21); es de destacar que una de las mujeres señala no tener conocimiento acerca de su estrato (1/21).

Con respecto al estado civil, las mujeres señalan encontrarse solteras, casadas y en unión libre, siendo este último el estado civil más común (11/21), seguido de la soltería (7/21) y finalmente, por el matrimonio (3/21). Adicionalmente, con relación al grupo étnico, dos de las mujeres señalan reconocerse como afrodescendientes (2/21), el resto de ellas indica no pertenecer a una etnia en específico (19/21).

Tomando en cuenta la ocupación, diecisiete de las mujeres que participaron en las caracterizaciones señalan ser amas de casa (17/21), una de ellas ama de casa y estudiante (1/21) y otra de ellas ama de casa y dueña de un negocio o tienda en su hogar (1/21). Asimismo, una de ellas indica sólo desempeñarse como estudiante (1/21) y otra, encontrarse en situación de desempleo (1/21).

Con base a las personas con las cuales las mujeres viven, diez de las mujeres indican ser parte de una familia nuclear conformada por su conyugue e hijo/as (10/21). Paralelamente, seis mujeres señalan hacer parte de familias extensas que incluyen a su madre, padre, hermano/as e hijo/as (6/21) y finalmente, cinco de ellas indican que pertenecen a familias de tipología ampliada (5/21), donde se incluye madrastra, padrastro, sobrino/as y familiares de más de dos generaciones.

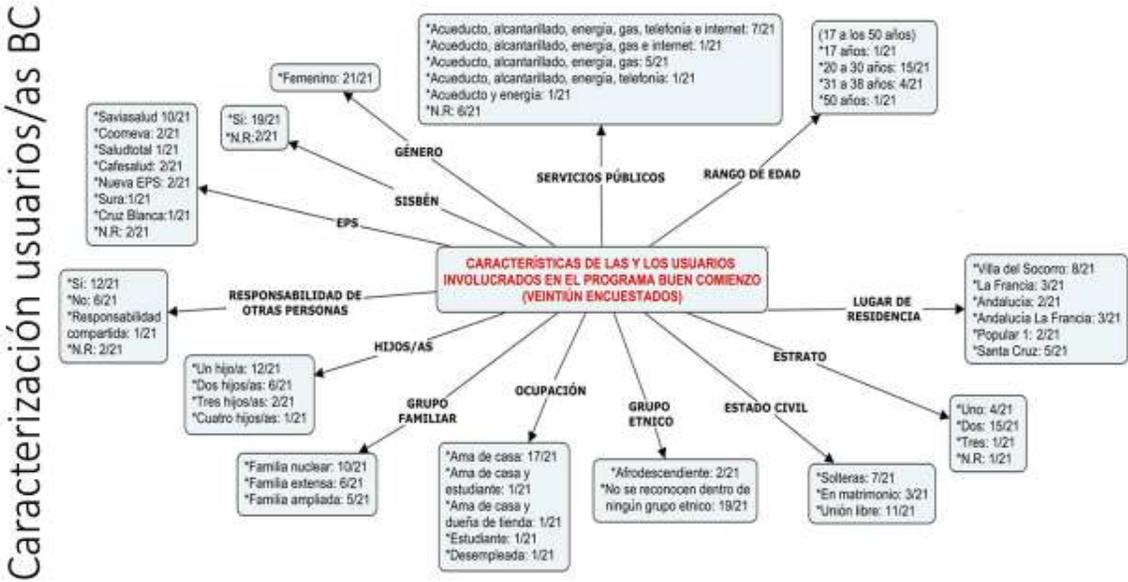
En el caso del número de hijos e hijas por parte de las mujeres participantes, doce de ellas señalan tener un/a único/a hijo/a (12/21). Seis mujeres indican tener dos hijo/as (6/21), dos mujeres tres hijo/as (2/21) y finalmente una de ellas, cuatro hijo/as (1/21).

Con respecto al SISBEN, diecinueve de las mujeres expresan disponer del mismo (19/21) y dos mujeres indican no tener conocimiento acerca de ello (2/21). Asimismo, con relación a la EPS, se ubica Savia Salud (10/21), Coomeva (2/21), Cafesalud (2/21), Nueva EPS (2/21), Salud Total (1/21), Sura (1/21), Cruz Blanca (1/21) y es de resaltar, que dos de ellas no responden al no tener conocimiento alrededor de ello.

Con base a las responsabilidades que poseen las usuarias participantes con otras personas, la mayoría de estas (12/21), señalan sí tenerlas; de estas doce mujeres, ocho responden por sus hijos e hijas (8/12), una por su madre que padece de una enfermedad degenerativa (1/12), otra por su sobrina (1/12), otra por una persona dos personas de las cuales no hace énfasis en particular (1/12) y otra, que responde por una persona pero que igualmente, no especifica quien es (1/12). Consecutivamente, cinco mujeres (5/21) indican que no se responsabilizan por otras personas, una de ellas (1/21) indica que no se responsabiliza de ninguna persona y enfatiza en que su cónyuge es quien responde económicamente por todos los miembros de la familia, otra que de manera conjunta, su cónyuge y ella responden por sus hijos/as (1/21) y finalmente, dos mujeres no responden a la pregunta (2/21).

Finalmente, con base a los servicios públicos a los cuales tienen acceso las mujeres, siete de ellas señalan tener acceso a todos los servicios públicos (acueducto, energía, alcantarillado, gas, teléfono e internet) (7/21), una de ellas acceso a todos los anteriores exceptuando telefonía (1/21), cinco de ellas a acueducto, alcantarillado, energía y gas (5/21), una de ellas a acueducto, alcantarillado, energía y telefonía (1/21), otra de ellas a acueducto,

alcantarillado y energía (1/21), otra a acueducto y energía, la cual enfatiza que es prepagada (1/21) y finalmente, seis mujeres no responden (5/21) A continuación, se ubica una síntesis de lo generado a partir de las caracterizaciones realizadas:



Cuadro elaborado por el grupo de investigación

3.2.2. Descripción de la metodología empleada por el programa Buen Comienzo

Como se mencionó en la descripción del programa, desde Buen Comienzo-Entorno familiar se realizan cuatro encuentros educativos mensuales, los cuales son organizados por el equipo de trabajo que incluye profesionales del área nutricional, psicosocial, educativa y física; desde el marco normativo, se establece que existe un límite en cuanto al número de familias atendidas, siendo de 260 por mes. No obstante, en el caso de Buen Comienzo sede Villa del Socorro éste límite se ve rebasado, lo que conlleva, a la constitución de no sólo uno, sino dos equipos de trabajo, cada uno conformado por cuatro profesionales para el óptimo desarrollo de los encuentros y el fortalecimiento de su acogida por parte de la comunidad.

En cuanto a los encuentros educativos, cada uno de ellos es diseñado de tal manera que tanto el personal administrativo-asistencial de Buen Comienzo, como los usuarios y usuarias que

participan, tengan la oportunidad de manifestar y consecuentemente, participar en torno a las temáticas o actividades que consideran deben ser abordadas, todo esto en el marco de la lúdica, el juego y la música, elementos considerados transversales por parte del programa.

De este modo, se constituye como eje fundamental la relación que se entabla o construye, en este caso, entre las profesionales pertenecientes a las diferentes áreas y los usuarios y usuarias participantes, esto desde una escucha activa frente a las necesidades que manifiestan los/as mismos/as y lo indirecta o implícitamente evidenciado en los encuentros, lo cual se constituye como una estrategia que posibilita el acercamiento o abordaje de temas significativos para las familias, es decir, como una de las profesionales lo mencionó en una de las entrevistas, “que les pasen por la piel” (Entrevista #1, pág. 8).

Ahora bien, lo anterior no significa la ausencia de determinadas precisiones o lineamientos de carácter general por parte del programa Buen Comienzo, pues de hecho, para el caso de algunos meses se determinan de antemano temas fundamentales que deben ser abordados y profundizados, tales como el de la lactancia materna exclusiva (que generalmente se trabaja en agosto), abuso infantil, garantía de derechos, entre otros.

Con mayor precisión, lo anterior se denomina de manera global por parte del programa como planeaciones educativas, en las cuales los y las profesionales (dúos del trabajo) se reúnen a dialogar alrededor de las necesidades y temáticas que se van a abordar mensualmente.

Posterior a dichas reuniones y de acuerdo a unas fechas preestablecidas, esta planeación pasa a manos de la coordinadora pedagógica, quien la revisa, en caso de ser necesario realiza sugerencias y/o devoluciones para que el equipo realice los cambios pertinentes y nuevamente, la reenvíe; es preciso aclarar que las planeaciones son elaboradas para cada uno de los encuentros educativos grupales que se desarrollan cada mes, es decir, los encuentros de nutrición, estimulación y creciendo en familia, cuenta cada uno de ellos con una planeación específica por parte del equipo de trabajo, aunque el encuentro de creciendo en familia tiene una particularidad en este ámbito y es que su planeación educativa se puede proyectar a dos meses.

Como se mencionó anteriormente, los encuentros educativos se desarrollan teniendo como base el juego, la lúdica y la música, de ahí, a que los espacios y diferentes instrumentos utilizados en los encuentros, tengan relación al tema. En este sentido, la Unidad de Salud Amigable en la cual se ubica Buen Comienzo (Metrosalud, Villa del Socorro), cuenta con dos gimnasios infantiles, uno de ellos destinado al encuentro de nutrición y el otro, al encuentro de estimulación.

En el caso del gimnasio o salón de nutrición, este cuenta en primer lugar con una mesa principal en la cual, se ubican los instrumentos con los cuales la nutricionista pesa y mide al menor, al mismo tiempo en que la educadora le ayuda a registrar los datos en un computador; asimismo, al lado de tal mesa se ubica una pesa para registrar también la información referente a la madre del menor.

Dicho salón cuenta además con pequeñas cunas, sillas mecedoras, muebles y colchonetas para que los y las participantes se ubiquen; en el caso de las paredes, se configuran diferentes carteles que en su mayoría hacen alusión a las letras de las múltiples canciones que se realizan en el encuentro, al igual que con información y/o consejos alrededor de cuidados necesarios para un sano crecimiento de los y las menores.

En el caso de las actividades que pueden desarrollarse a lo largo del encuentro, se destaca que el programa cuenta con múltiples materiales para la expresión de los y las participantes tales como pinturas, papel foami, plumas, tela, lana y demás; igualmente es de resaltar cómo el salón modifica su decoración de manera casi permanente, posibilitando así un cambio de espacios para las familias.

Un instrumento fundamental que se desprende a partir del presente encuentro, es el suplemento nutricional que ofrece la Alcaldía de Medellín y que a grandes rasgos, busca mejorar el estado nutricional de las familias a partir de la entrega de tres suplementos diferentes, los cuales dependen del ciclo vital en el cual se encuentre la familia. El primer complemento está dirigido a gestantes y lactantes y contiene diferentes alimentos de la canasta familiar, el segundo es un complemento que se enfoca en niños y niñas de siete a doce meses donde se hace entrega de compotas fortificadas las cuales contienen nutrientes básicos para dicha etapa del ciclo vital y el tercero, es un complemento para niños y niñas de

trece a veinticuatro meses, el cual consta de leche y galletas fortificadas de acuerdo a los nutrientes necesarios para dicha etapa.

Por otro lado, el segundo gimnasio corresponde al encuentro de estimulación este, en su mayoría está conformado por colchonetas, cojines, pelotas y demás juguetes con los cuales los niños y niñas pueden jugar libremente. Antes de iniciar cada encuentro, las profesionales se encargan de desplazar todos los materiales necesarios para el desarrollo de la actividad; primeramente, se lleva la grabadora y el tambor los cuales son utilizados en las rondas infantiles y del mismo modo, se pegan en los diferentes espacios del salón algunas letras de las canciones. Posteriormente, se trasladan diferentes materiales de acuerdo a las actividades, tales como pinturas, hojas, marcadores, plumas, colores e incluso juegos elaborados por las mismas profesionales.

En general, el salón de estimulación es un espacio en el cual se conjugan múltiples instrumentos, los cuales son fundamentales para activar las expresiones de los y las participantes y además, captar su atención; igualmente como sucede en el salón de nutrición, este es decorado de múltiples formas y ello, es una fuente de entretenimiento y diversión para los y las menores.

Con base a la ejecución de la metodología, se podría decir que cada uno de los encuentros se desarrolla de acuerdo a unos momentos de carácter general; por un lado, en el caso del encuentro de nutrición, en un primer momento se inicia con la presentación del programa Buen Comienzo como tal y del encuentro del cual se está participando, seguido de la socialización del cronograma preparado para dicha sesión, algunos protocolos en caso de presentarse determinada emergencia y posteriormente, se da paso a la presentación al interior del grupo en donde cada uno/a de los/las participantes dice su nombre, el de su hijo o hija e igualmente, los avances o dificultades presentes en cuanto al desarrollo del menor, es decir, una breve descripción de cada uno/a acompañado de rondas infantiles; a modo de paréntesis, en el desarrollo de este encuentro (nutrición) se visualiza un amplio número de familias.

Reconociendo cómo a partir de este encuentro se realiza un seguimiento a la situación nutricional, tanto de cada uno de los y las menores como de sus respectivas madres, el segundo momento consta precisamente en medir y pesar a cada uno de los niños y niñas

presentes en el encuentro y paralelamente, a cada una de las madres, para lo cual el salón o gimnasio infantil cuenta con los instrumentos idóneos. En esta dirección, las madres desvisten a sus respectivos hijos e hijas, le realizan el proceso de manera individualizada y mientras la nutricionista encabeza la actividad, la educadora apoya a esta última con el registro de la información.

El anterior momento, se da de manera paralela a una actividad que es planeada por parte del dúo de trabajo a modo que se vea utilizado el tiempo en el cual ambas (nutricionista y educadora) se encargan del proceso de medir y pesar a los y las menores con sus respectivas madres.

En un tercer momento, el encuentro aborda una temática específica considerada de interés general, generando así una reflexión de carácter grupal y posteriormente, incitando a la generación de aportes, inquietudes y demás, en caso de que existan en el grupo. Finalmente, en un cuarto momento se realiza el cierre del encuentro, se les pregunta a las madres cómo se sintieron, si tienen alguna inquietud y se realizan algunos recordatorios con base en la puesta en práctica de lo aprendido y también, alrededor de compromisos para próximas sesiones, esto, teniendo como culminación una canción de despedida.

Para el caso del encuentro de estimulación, en un primer momento se configura un conversatorio entre las profesionales (psicosocial y educadora física) y las participantes acerca del programa Buen Comienzo, del encuentro de estimulación y temas de carácter general, tales como los requisitos básicos para asistir al encuentro (carné de vacunación y cartilla de Buen Comienzo), el protocolo en caso de emergencia e igualmente, como también sucede en el encuentro de nutrición, se presentan cada una de las participantes con los/las respectivos menores a los cuales acompaña y de igual modo, los avances de cada uno y cada una. A modo de precisión, este encuentro cuenta con una asistencia menor a la del encuentro de nutrición.

En un segundo momento, se da una breve explicación alrededor de las actividades a realizar y posteriormente, comienzan a desarrollarse; generalmente dichas actividades se relacionan directamente al tema específico que se va a abordar a lo largo del encuentro. Mientras la actividad se desarrolla, las profesionales realizan las labores administrativas del encuentro.

En un tercer momento, habiendo finalizando las actividades (las cuales pueden ser dos o más), se realiza un cierre y se evalúa la sesión, esto, indagando alrededor de aprendizajes, sentimientos que suscitó el encuentro, inquietudes, sugerencias y demás, terminando así nuevamente con una ronda infantil en la cual todos y todas se despiden. Es importante mencionar que el grupo de investigación no estuvo presente en ninguno de los encuentros de creciendo en familia, no obstante, cabe resaltar que este se desarrolla de una manera similar a lo planteado al encuentro de estimulación, desde temáticas y actividades diferentes.

En cuanto al encuentro educativo en el hogar, este se realiza cada mes o cada dos meses y de este modo, asiste al hogar una de los profesionales pertenecientes al equipo para trabajar con cada familia desde su respectivo énfasis. En este encuentro, se podría decir que se configura un primer momento en el cual, se programa y concerta con cada una de las familias el horario y fecha de la visita, esto generalmente mediante vía telefónica. El segundo momento, es cuando se desarrolla de manera más específica el encuentro de acuerdo a las necesidades presentes en las familias, donde los diferentes actores (profesional y grupo familiar), tienen la oportunidad de dialogar en un ambiente de mayor confiabilidad y comodidad, involucrando así al sistema familiar en general, pues es común que a los demás encuentros sólo asista la madre y el menor, lo cual es algo que precisamente se intenta fortalecer: Una activa participación de toda la familia.

Los anteriores momentos, se constituyen como rasgos generales en cuanto a la ejecución del programa Buen Comienzo y sus encuentros, ahora bien, de manera más específica se desarrollan determinadas actividades al interior de la misma, las cuales como ya se mencionó, responden a los múltiples intereses de los actores participantes, los/as cuales fueron incluidos para el diseño de las planeaciones educativas. Por ejemplo, en el caso del encuentro de nutrición, de manera general se realiza un pesaje y medición de él o la menor, lo mismo que ocurre con la madre, también, se realizan otras actividades tales como elaboración de títeres para jugar con los niños y niñas, pintura corporal, sensibilización alrededor de temas como la lactancia materna exclusiva, la Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia, entre muchas otras actividades transversalizadas por el componente lúdico como se ha mencionado en reiteradas ocasiones.

Por otro lado, desde el encuentro de estimulación se realizan diversas actividades alrededor de diferentes temáticas, tales como rondas infantiles, actividades con pintura corporal, elaboración de juguetes con diferentes materiales a modo de captar la atención de los niños y niñas, lectura de cuentos o anécdotas a las familias como herramienta para la reflexión, realización de títeres, dibujos, “carruseles” donde de manera conjunta se construyen alrededor de determinados temas, visualización de videos, entre otras actividades a las cuales no tuvimos acceso y por ende, no se nombran en este apartado.

A modo de ejemplificar la variedad de actividades que pueden realizarse en un encuentro, en una de las ocasiones a las cuales se asistió y que tuvo como eje central el tema de las emociones, se realizaron las siguientes actividades:

En un primer momento, las madres realizaron monstruos con múltiples materiales mientras que los niños y niñas jugaban entre ellos para más tarde socializarlos con todos/as y de este modo trabajar la importancia del juego y la creatividad con los y las menores; en un segundo momento se hizo lectura de un cuento llamado el “monstruo de colores” y que, a medida que se narraban diferentes emociones (lo cual era precisamente el motivo de la sesión) se pintaba al niño/a de acuerdo a colores que suscitaban dicha emoción. En un tercer momento se realizó un conversatorio alrededor de diferentes emociones situadas en diferentes partes del gimnasio, posteriormente se realizó una dinámica en la cual, por medio de un tapete con diferentes texturas tales como lija, algodón, papel celofán, hierba y demás, los actores participantes caminaban para observar las diferentes emociones que dichas texturas provocaban, especialmente en el caso de los niños/as y finalmente, se realizó un juego en el cual, por medio de una caja con un pequeño orificio, los niños y niñas ingresaban sus manos para identificar los diferentes objetos allí insertos al igual que las emociones o actitudes que esto provocaba; esto, como reflejo de las actividades realizadas. (Diario de campo #5. A.V. págs. 3-6).

En este punto, es de resaltar que las acciones o actividades emprendidas por el programa no se limitan exclusivamente a lo realizado en los gimnasios infantiles (lo intramural), sino que va más allá y se extiende a lo realizado a las afueras, comunitariamente, es decir a lo extramural; en este caso, se destaca la realización de movilizaciones sociales alrededor de diferentes temas tales como la lactancia materna exclusiva, los derechos de los niños y niñas, entre otras cuestiones de gran relevancia. Igualmente, se ubican la realización de actividades

articuladas con redes hospitalarias, centros de salud y demás, uniendo por ejemplo los diferentes entornos (familiar, institucional y comunitario) para la intervención acerca de múltiples contenidos y finalmente, se resalta como el evento más grande realizado a nivel de ciudad es el Festival Buen Comienzo el cual, vincula todas las acciones emprendidas por el programa y las socializa generalmente durante una semana en un escenario donde puede acudir cualquier persona y es de carácter gratuito.

Para finalizar en cuanto a diseño y ejecución, tanto por parte del personal administrativo-asistencial como de las y los usuarios, se ubican unas metas o propósitos centrales, entre las cuales resaltan: Mejorar la situación nutricional de los niños y niñas, fortalecer la lactancia materna exclusiva, acompañar a las familias en el proceso de una crianza humanizada, empoderar a las familias con base a su rol como agentes educativos, sensibilizar a las familias alrededor de la importancia de que los niños y niñas continúen el proceso educativo, involucrar a todos los miembros de las familias en el desarrollo integral de los y las menores, fomentar el juego libre con los niños y niñas a partir de estrategias creativas, sensibilizar a las familias alrededor de la importancia de que los niños y niñas socialicen con otros pares, reflexionar con las familias alrededor de los factores de riesgos a los cuales están propensos los niños y niñas para estar atentos, promover la autoestima, el auto-reconocimiento y la creatividad en los y las menores, entre otros.

Para la evaluación del proceso llevado por el programa, desde Buen Comienzo administrativo se establece como herramienta central una interventoría, la cual, se encuentra dividida en dos partes: Por un lado, se ubica una interventoría pedagógica que está conformada por un componente de salud, un componente psicosocial y un componente pedagógico y en la cual, a partir del análisis y observación de los encuentros educativos, se evalúan diferentes temas tales como la aplicación de protocolos de seguridad, las planeaciones educativas elaboradas por los equipos de trabajo, las relaciones entre los profesionales y las familias, las actividades desarrolladas en los encuentros y demás ejes centrales.

Por otro lado, se ubica la interventoría nutricional la cual, es realizada mensualmente para evaluar de manera específica la labor de él o la profesional en nutrición, es decir, se supervisa el correcto seguimiento de la situación nutricional de las familias por parte del área de

nutrición al igual que la atención oportuna a las dudas e inquietudes de las familias en los encuentros educativos.

Adicional a la anterior evaluación, se podría decir que a un nivel micro se realiza otra evaluación, esta vez, por parte de la coordinadora pedagógica hacia cada uno de los equipos, donde se analiza y observa cada uno de los encuentros educativos que realizan los mismos y de acuerdo a lo hallado, se hacen recomendaciones y/o sugerencias para fortalecer los encuentros, esto a partir de un formato con unos ítems ya preestablecidos que recogen los diferentes componentes a tener en cuenta para cada uno de los encuentros.

Si bien el programa cuenta con una evaluación y seguimiento del proceso que lleva a cabo, en este punto es de resaltar las opiniones o percepciones de algunas de las personas que participan de este, entre los cuales, se ubica a grandes rasgos una alta satisfacción con la atención que proporciona el programa, con las actividades que se realizan en los encuentros por considerarse “muy completas”, con las profesionales que lo apoyan debido a su atención, de hecho, como lo señala una de las madres participantes: “Son muy buenas, activas, buena gente, siempre están pendientes, se preocupan por todas y no hay preferencias: Todas las mamás somos iguales” (Caracterización #10. Buen Comienzo, pág. 3).

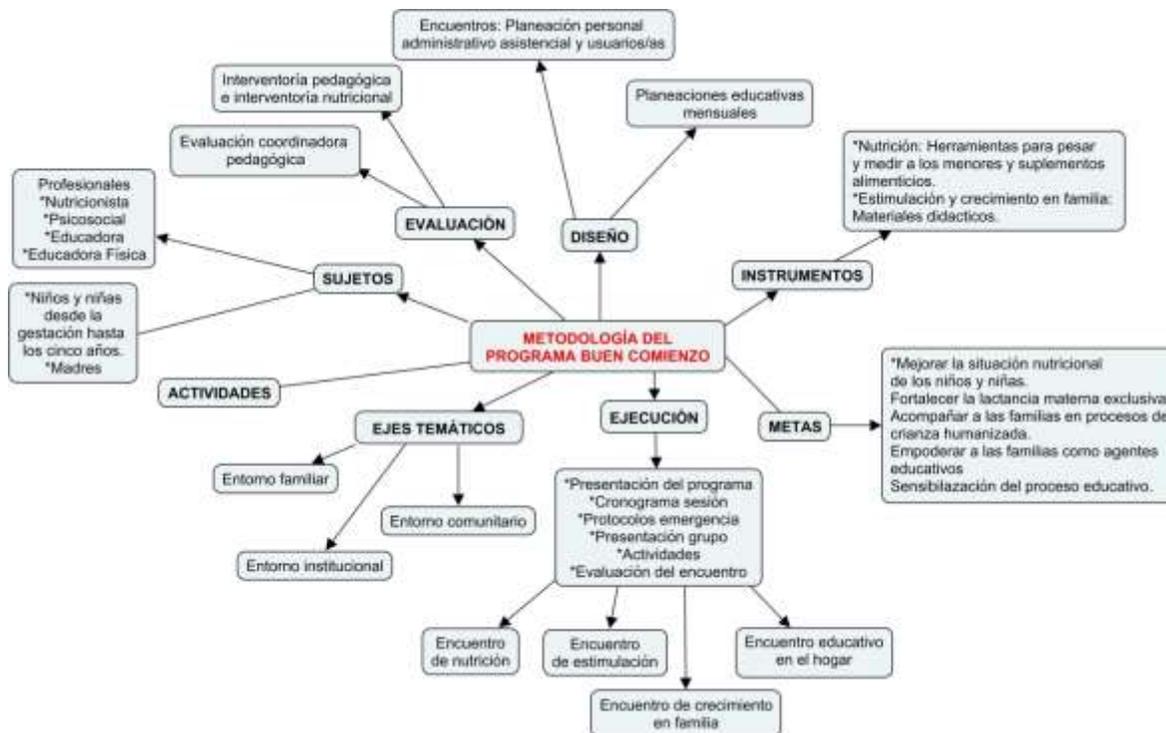
También se considera que el programa es un espacio muy importante en cuanto al disfrute propio, que sirve para “desestresar” a las familias de lo cotidiano y apropiarse de nuevos conocimientos, a pesar de algunas dificultades como la inasistencia pues en algunas ocasiones los y las participantes señalan que se encuentran muy ocupados, hay un consenso en el tema de la importancia y la calidad del programa.

Además, haciendo énfasis en la relación entablada entre el personal administrativo-asistencial con los y las participantes, se manifiestan elementos tales como comodidad con el ambiente y grupo de trabajo, satisfacción con las actitudes y actividades que proponen las profesionales, ánimo para dialogar conjuntamente, sentimientos de confianza y seguridad, sentimiento de apoyo e interés continuo, trato con equidad para todos y todas por parte de las profesionales, accesibilidad de las profesionales para concertar con las familias siendo conscientes de sus problemáticas, necesidades y los inconvenientes que pueden presentar, aprendizaje continuo, escucha activa hacia las familias, entre otras percepciones en las cuales

a grandes rasgos, las madres manifiestan estar muy contentas con la ejecución de los encuentros educativos e igualmente, con el talento humano que los lleva a cabo.

Como resultado de lo anterior, dicha metodología de trabajo trae consigo unos resultados e impactos en las vidas de las familias, entre los cuales se resaltan: Avances en el ámbito materno de algunos menores que presentaban dificultades, fortalecimiento de múltiples habilidades maternas, hijos e hijas más sociables, retorno de familias las cuales después de haber culminado proceso con alguno de sus hijos o hijas regresan y comparten con la comunidad la información del programa.

También se evidencia dentro de los impactos un amplio reconocimiento del programa a nivel municipal, integración a nivel familiar a través de las actividades y compromisos que plantea el programa, replanteamiento y fortalecimiento del proyecto de vida de algunas de las familias, disfrute de la maternidad con todo lo que ella implica, fortalecimiento de valores como la tolerancia y la paciencia, madres más empoderadas, resolución de dudas e inquietudes generando confianza y seguridad en las familias, mejora de habilidades y pautas para la crianza, creatividad, comprender las diferentes necesidades que requieren los hijos e hijas, mejoramiento de las dinámicas familiares y toma de decisiones adecuadas; esto, sólo por nombrar algunos de los impactos mencionados por las familias. Finalmente, el siguiente mapa resume lo planteado metodológicamente por el programa Buen Comienzo:



Mapa elaborado por el grupo de investigación.

3.3. Descripción del proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes

A modo de introducción, en un primer momento se ubica una breve descripción del proyecto, seguido de la información generada alrededor de las caracterizaciones realizadas a las y los usuarios del proyecto y finalmente, se ubica la descripción de la metodología empleada por el mismo; es de resaltar que la presente información reúne tanto lo señalado por parte del personal administrativo-asistencial, como la percepción de las y los usuarios.

El Proyecto de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ) es una iniciativa del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia implementada a nivel nacional desde el año 2007, con el fin de facilitar el acceso y la atención integral de la población adolescente y joven, en el marco de los derechos de la salud, la salud sexual y la salud reproductiva.

Dicha iniciativa busca que las instituciones de salud se vuelvan amigables para los y las adolescentes y jóvenes, que se conviertan en espacios de información, orientación y atención

de calidad, a través del uso de estrategias que se ajusten a las realidades, vivencias y expectativas de cada joven, ya que esto favorece la participación de los y las adolescentes y jóvenes y de la comunidad en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades.

Asimismo este proyecto está orientado a la realización de “actividades colectivas e individuales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad” (Metrosalud, s.f.) en las cuales se les enseña a los y las adolescentes y jóvenes a ser responsables con su salud. Igualmente el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, y la Organización Panamericana de la Salud, OPS, definen los servicios amigables como:

Aquellos servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera sea su demanda, para ellos(as) y sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones. (2008, pág. 17)

Por otra parte, la población participante de este proyecto son los y las adolescentes y jóvenes de Medellín con edades comprendidas entre los 10 y 29 años, residentes en las dieciséis comunas y los cinco corregimientos de Medellín, además de los padres, cuidadores y otras personas pertenecientes al núcleo familiar del o la adolescente o joven atendido, también son participes los y las profesionales y líderes y lideresas que trabajan con jóvenes.

En la sede Villa del Socorro se encuentra ubicada una de las cuatro Unidades de Salud Amigables de la ciudad, allí este proyecto cuenta con dos profesionales: una Enfermera, que es la encargada de los métodos anticonceptivos, y una Psicóloga que se encarga de la parte de salud mental. Es importante aclarar que para poder acceder a los métodos anticonceptivos con la Enfermera es necesario que el o la joven o adolescente cuente con SISBÉN. Con la Psicóloga se trabajan diez sesiones en las cuales se tratan diferentes temas como habilidades para vida, proyecto de vida, desempeño académico, autoconocimiento, autocuidado, salud sexual y reproductiva, responsabilidad sexual, Derechos Sexuales y Reproductivos, Interrupción Voluntaria del Embarazo, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, prevención del suicidio, relaciones familiares, entre otros, esto de acuerdo a las necesidades de cada adolescente o joven.

También dependiendo del caso se puede remitir al adolescente o joven a otros especialistas de la salud como médico general, nutricionista, ginecólogo o psiquiatra. Igualmente “Un profesional óptimo, en el contexto de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, es aquel con experiencia en el tema de salud sexual y reproductiva, capaz de interactuar con adolescentes y jóvenes en un entorno de respeto, confidencialidad y confianza”. (Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008, pág. 65)

En cuanto a los recursos físicos la Unidad de Salud Amigable del centro de salud de Villa del Socorro, esta cuenta con una sala de espera en la cual hay un dispensador de condones, un mural en el cual las personas pueden escribir y un revistero con contenido de salud sexual y reproductiva. Además se ubican dos consultorios, el 201 que es de medicina general y en cual en ocasiones también se encuentra la enfermera y el 202 el cual pertenece a la psicóloga y que cuenta con un ventanal, un escritorio con sillas, un computador, archivadores, un baño, además de tener pegados en la puerta y al interior de este carteles y afiches con información sobre cómo acceder al proyecto y frases sobre el autocuidado (Diario de Campo #1.DJM.Pág.2)

En el caso de las profesionales, se les proporciona una dotación que incluye un chaleco y un morral para utilizarlos en caso de tener que realizar actividades de corte extramural. En cuanto a la enfermera a esta le entregan un suministro de preservativos y anticonceptivos para que los entregue a los jóvenes y adolescentes con una sensibilización previa. (Entrevista profesional #3. SSAAJ. Pág.11).

Con respecto a los recursos económicos, una de las ventajas que proporciona el proyecto según un informe del Ministerio de Protección Social y el UNFPA “la implementación de servicios amigables en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes requiere bajas inversiones de dinero y ofrece grandes beneficios para la salud de este grupo poblacional”. (2008, pág. 65)

Acerca de los recursos sociales en ocasiones las acciones realizadas desde el proyecto se SSAAJ se complementan con el accionar de corporaciones tales como “ELEVO” que trabaja con adolescentes y jóvenes, el Telecentro donde se le enseña a la población en general el manejo de un computador, grupos teatrales, entre otros. (Entrevista profesional #3. SSAAJ. Pág.9)

En lo que se refiere a las metas y propósitos del presente proyecto, este se enfoca en orientar y apoyar a los adolescentes y jóvenes, teniendo en cuenta la realidad local y los recursos disponibles en su medio con el fin de promover hábitos saludables en dicha población, con la intencionalidad de que estos tomen decisiones acertadas a futuro en sus vidas.

De igual forma, los servicios amigables promueven programas de prevención, motivan grupos de discusión sobre derechos en el Sistema, asesoran en SSR, eliminan barreras de acceso, desarrollan acciones de demanda inducida, priorizan y definen acciones para los adolescentes y jóvenes con enfoque de riesgo y capacitan a los profesionales para que puedan prestar los servicios que demandan e identificar sus necesidades en salud de manera integral. (Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008, pág. 55)

El proyecto de SSAAJ esta normativizado mediante la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva la cual tiene como base los Derechos Humanos y los Derechos Sexuales y Reproductivos y tiene como fin:

Mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la disminución de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas (Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008, pág. 54).

Por otro lado según el personal administrativo y asistencial dentro de las principales problemáticas que viven los adolescentes y jóvenes del sector están el “cutting”, las ideaciones y conductas suicidas, el consumo de sustancias psicoactivas como la marihuana, el perico, el Popper y demás, la violencia intrafamiliar y el desacato hacia las normas de los padres o cuidadores; una de las causas atribuidas por parte de los diferentes actores ante dichas problemáticas podría ser la soledad, a partir de la cual se podrían desarrollar “autonomías no adecuadas” debido a la ausencia de redes de apoyo, que son una influencia fundamental especialmente en la etapa de la adolescencia. (Entrevista #3P.SSAAJ.Págs.5-6)

Asimismo, algunos de los factores que potencian dichas problemáticas según el personal administrativo-asistencial y las y los usuarios, podría ser el uso inadecuado de las tecnologías,

influencias del entorno tales como adicciones, habitar en contextos violentos, difícil acceso a oportunidades recreativas, deportivas, laborales, entre otras.

Acerca de las alternativas al problema, el personal administrativo y asistencial se trabaja la parte de deshabitación, la cual consiste en suprimir una costumbre (que afecta la salud de la persona, en este caso), desde varios ámbitos y la habituación que consiste en adquirir un nuevo hábito (que trae beneficios para el bienestar de la persona) por ejemplo la práctica de un deporte. (Entrevista profesional #3. SSAAJ. Pág.7)

También se les brinda orientación y sensibilización a las y los adolescentes y jóvenes en temas como salud sexual y reproductiva, el buen uso del tiempo libre, comunicación asertiva y acertada, se hace fortalecimiento de potencialidades, se les enseña la ruta de acceso a la justicia en casos de violencia intrafamiliar y se remiten a otros especialistas en caso de ser necesario

En cuanto a las necesidades encontradas en algunos usuarios/as pertenecientes al proyecto SSAAJ están el madre-solterismo que conlleva en ocasiones a dejar los hijos e hijas al cuidado de otras personas las cuales no pertenecen a la familia, y en otros casos dejarlos solos(as). Otra de las necesidades es la aceptación de reglas y normas que asignan los padres, madres y las instituciones educativas por parte de los y las adolescentes y jóvenes y por ultimo esta la demora en el reinicio del proyecto ya que es un periodo de tiempo en cual los jóvenes y adolescentes están sin orientación en determinados temas y aralelamente, con base a los satisfactores encontrados en estap misma población está la solución a determinadas dudas y la obtención de una mejor comunicación entre padres e hijos. (Entrevista usuario #1.SSAAJ. Pág.4)

3.3.1. Caracterización de las y los usuarios del proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes

En cuanto a las caracterizaciones, se encuentra que la mayoría de usuarios y usuarias (8/9), son mujeres y el otro, hombre (1/9), con un rango de edad que va desde los 18 a los 34 años. Específicamente, dos usuarios/as tienen 18 años (2/9), dos de veinte años (2/9), uno/a de 21 (1/9), dos personas de 22 (2/9), uno/a de 29 (1/9) y uno/a de 34 (1/9)

Residen en barrios cercanos a Metrosalud Villa del Socorro, los cuales son Andalucía (4/9), La Francia (4/9) y Villa del Socorro (1/9). Los usuarios y usuarias pertenecen a los estratos socioeconómicos uno (4/9) y dos (5/9), asimismo se halló que la mayoría de usuarios y usuarias (5/9) viven en unión libre o son solteros o solteras (3/9) y una (1/9) se encuentra en matrimonio, igualmente la totalidad de personas entrevistadas (9/9) manifiestan que no se reconocen dentro de ningún grupo étnico.

En cuanto a la ocupación, la que más destaca entre los usuarios y usuarias del proyecto SSAAJ es ser ama de casa (6/9) mientras que los/las demás manifestaron, uno/a estar desempleado/a (1/9), otro/a ser estudiante (1/9) y el/la otro/a se negó a responder (1/9). También se encontró que la mayoría de los/as usuarios y usuarias entrevistados/as ya no viven con sus padres sino con su pareja (5/9), otros/as (3/9) con su pareja e hijos y finalmente uno/a usuario/a vive con sus padres y su hijo (1/9).

La mayoría de los y las participantes del proyecto (5/9) dice no tener hijos, mientras que los/as cuatro restantes sí (4/9). Paralelamente la mayoría de los usuarios y usuarias expresan no tener bajo su responsabilidad el cuidado de alguna persona (7/9), mientras que uno/a indica ser responsable de su madre (1/9) y otro/a de su madre e hija (1/9).

Por otro lado la totalidad de las y los usuarios entrevistados manifestaron tener SISBÉN y con base a la EPS siete mencionan pertenecer a Savia Salud (7/9) y de los/as dos restantes uno/a pertenece a Coomeva (1/9) y otro/a a Salud Total (1/9). Finalmente con base a las caracterizaciones, la totalidad de los usuarios y usuarias (9/9) señalan contar en sus casas con los servicios de acueducto, alcantarillado y energía, además la mayoría cuenta con el servicio de gas (8/9) y de internet (6 de 9), mientras que una minoría cuenta con el servicio de telefonía (4 de 9). El siguiente mapa, expresa lo generado a partir de las presentes caracterizaciones a los/las adolescentes y jóvenes pertenecientes al proyecto SSAAJ:



Mapa elaborado por el grupo de investigación.

3.3.2. Descripción de la metodología empleada por el proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes

Por otra parte el diseño de la metodología del proyecto está basado en el ciclo de calidad “el cual desarrolla el proceso administrativo en cuatro fases: Planear, Hacer, Verificar y Actuar (P.H.V.A.) Las fases facilitan el análisis institucional permanente para mantenerse a la par con los constantes cambios en el entorno económico y social.” (Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008, pág. 64) Dicho ciclo busca el mejoramiento continuo de la institución mediante la aplicación de cuatro conceptos, planear, hacer, verificar y actuar y “en el proceso de su aplicación se logran dos aspectos fundamentales en la calidad de los servicios: el aprendizaje para mejorar y la sostenibilidad de los procesos.” (Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008, pág. 68)

Por lo que se refiere a las metas de la metodología implementada lo que se quiere es promover factores protectores para disminuir los factores de riesgo, asimismo según una usuaria, “lo que se busca es que los niños crezcan sanos para que sean adultos sanos con una vida social

en paz”. (Entrevista usuario #1.SSAAJ.Pág.2) En este punto se hace importante los vínculos y relaciones que se construyen entre los usuarios y usuarias y los y las profesionales la cual desde la perspectiva los usuarios y usuarias es positiva gracias a la escucha, dedicación y comprensión por parte de los y las profesionales. (Entrevista usuario #1.SSAAJ.Pág3)

Con respecto a los instrumentos utilizados para llevar a cabo la metodología esta una agenda la cual se entrega en la tercera sesión, y que contiene los temas que se trabajan en el proyecto de manera que el y la adolescente y joven pueda recordar los temas abordados. También al final de la primera sesión se hace entrega de unas manillas que contienen mensajes sobre el autocuidado, el respeto a la diferencia y la salud sexual, además en la sala de espera hay un revistero con material que tiene información sobre los diferentes temas que se trabajan. (Entrevista profesional #3.SSAAJ)

En cuanto a las alternativas de la metodología cuando una persona termina las diez sesiones y necesita continuar el proceso esto se soporta en la historia clínica para que se continúe el proceso hasta que el adolescente o joven este estable. (Entrevista profesional #3.SSAAJ.Pág. 3) De otro lado cuando se trabaja con la familia se atiende de manera separada a cada persona y solo en ocasiones se trabaja al mismo tiempo a los padres con el hijo o hija para observar las relaciones entre ellos y el estado de salud mental. (Entrevista profesional #3.SSAAJ.Pág. 6)

Acerca de la ejecución de la metodología se encuentra que:

Este tipo de servicios parten de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y promueve alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. También ofrece otros servicios que los adolescentes requieren y logra mantenerlos como usuarios continuos. (Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008, pág. 86)

Por lo que se refiere a las actividades de la metodología se llevan a cabo actividades intramurales, que son las que se hacen al interior de la unidad amigable, y extramurales para las cuales es necesario desplazarse a una institución educativa o un grupo organizado que tenga población joven por atender. En las instituciones educativas se trabajan temas de interés común planteados por la institución y los encuentros tienen una duración de dos horas.

Asimismo, se realizan foros a los que asisten máximo 70 personas, donde se explican diferentes temas y se hace entrega de refrigerios. También se realizan capacitaciones de 20 horas y se trabajan diversas temáticas. (Entrevista profesional #3.SSAAJ.Págs.9-10)

Además en las asesorías con la psicóloga se hace un trabajo teórico-práctico en el cual se aborda un tema desde lo teórico y se dejan pequeñas tareas al adolescente o joven, para la cita posterior. (Entrevista profesional #3.SSAAJ.Pág.14)

En cuanto al seguimiento de la metodología este se realiza mediante un cronograma de procesos administrativos en el cual se puede ver qué se está haciendo, cómo va el alcance de las metas, qué hay que corregir, entre otros aspectos. (Entrevista profesional #3.SSAAJ.Pág. 11)

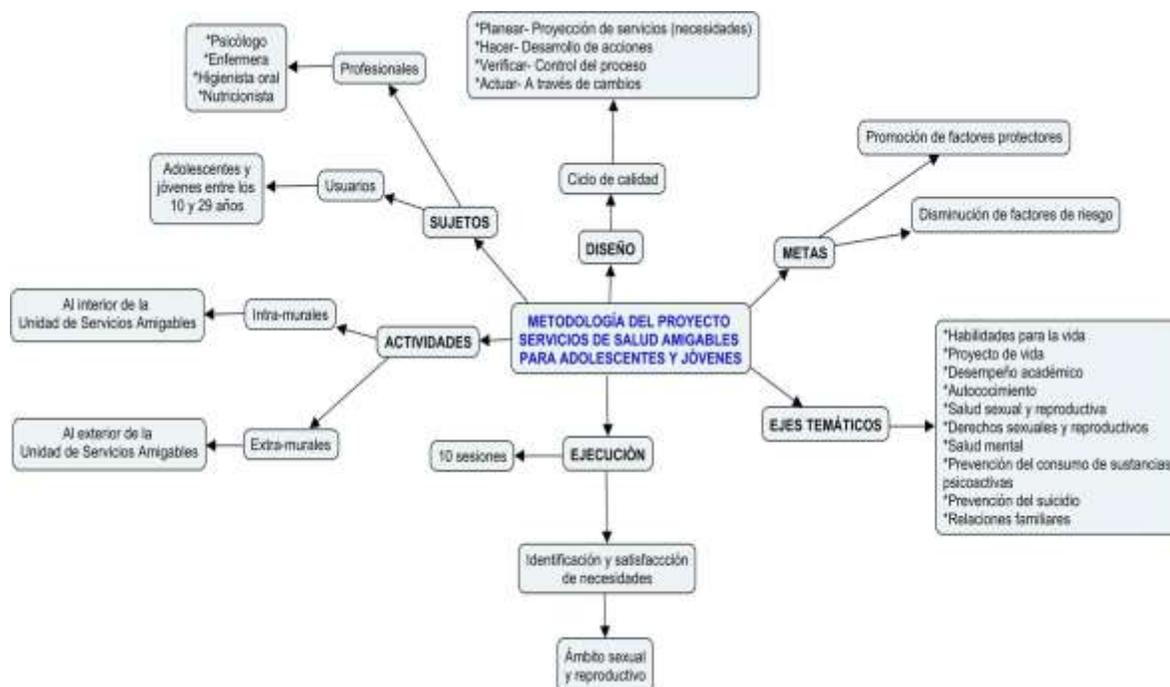
En lo que a la evaluación de la metodología se refiere, una de las usuarias del proyecto resalta la calidad de la atención. (Entrevista usuario #1.SSAAJ.Pág.5) Por otra parte el personal administrativo y asistencial hace la observación de que a pesar de que el proyecto de SSAAJ ha tenido buenos resultados el proceso de reinicio tardío al comenzar el año está generando una ruptura en los logros alcanzados, contrario a lo que sucedía en gobiernos anteriores, donde había un proceso continuo. (Entrevista profesional #3.SSAAJ.Págs. 4-5)

Con respecto a los resultados de la metodología una de las usuarias dice haber aprendido a ser más paciente desde que asiste a consulta (Entrevista usuario #1.SSAAJ.Pág.4), por su parte el personal administrativo y asistencial dice que la mayoría de jóvenes y adolescentes realizan todo el proceso y que se han obtenido casos exitosos, por ejemplo personas que no habían estudiado comienzan a hacerlo para iniciar a realizar su proyecto de vida. (Entrevista profesional #3.SSAAJ.Pág. 13)

Acerca de las sugerencias una de las usuarias dice que debería haber otra profesional en psicología en la unidad amigable ya que son demasiados adolescentes y jóvenes para ser atendidos por una sola profesional, igualmente recomienda que no cambien a la psicóloga que está actualmente porque el hecho de establecer un nuevo vínculo de confianza con otro profesional es muy difícil (Entrevista usuario #1.SSAAJ.Págs.4-5). Por su parte, el personal administrativo y asistencial recomienda que el tiempo de reinicio a comienzos del año sea más rápido, para que los logros obtenidos con los diferentes procesos no paren o retrocedan,

y para que en ese lapso de tiempo no surjan nuevas problemáticas a raíz de la falta de orientación y suministro de anticonceptivos y preservativos. (Entrevista profesional #3.SSAAJ.Pág. 14)

A grandes rasgos, el siguiente mapa manifiesta lo planteado metodológicamente en el proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes:



Mapa elaborado por el grupo de investigación.

3.4. Fortalezas y obstáculos del proceso de Atención Primaria en Salud en la E.S.E Metrosalud, sede Villa del Socorro

En cuanto fortalezas, los programas y proyectos implementados, la metodología y el personal administrativo-asistencial en la E.S.E. Metrosalud Villa del Socorro, tienen relación con lo planteado por el modelo atención de la institución basado en APS, es decir, responden a las demandas del contexto/comunidad y reúnen importantes elementos con base a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, prestando así un servicio integral a la población que se beneficia de las diferentes acciones que emprende la institución.

Por otro lado, la institución utiliza diversos instrumentos de carácter visual con la finalidad de que los usuarios y usuarias hagan uso de los diferentes servicios y actividades que allí se ofrecen, facilitando a su vez la participación y apropiación de diferentes conocimientos por parte de la población ya que mucha de la información socializada a través de medios como afiches, carteles y demás, se convierten en un insumo importante para el auto-cuidado de la salud.

En el caso de los espacios empleados por la institución para la realización de los programas y proyectos, se destaca que se hacen propicios para el desarrollo de las diferentes actividades que proponen los mismos, lo cual, facilita que las acciones se desarrollen en un medio cómodo y agradable para las personas participantes, con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos.

Con respecto a los obstáculos presentados en el proceso de APS en la institución, se ubica el tema de las diferentes percepciones que se tiene alrededor de este. Por un lado, la APS según la Subgerencia de Red de Servicios Metrosalud (s.f.) es tomada como una opción para:

(...) asegurar continuidad del cuidado de la salud a lo largo de los ciclos de vida y la mejor forma de re-orientar la atención en salud de su actual práctica costosa, basada en la clínica-medica, centrada en el diagnóstico y tratamiento (...) a un enfoque más costo-efectivo y orientado a la prevención. Los servicios de salud orientados por la estrategia de Atención Primaria proporcionarán cuidado integral, realizando al mismo tiempo acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud (pág. 11).

No obstante, si vamos a las percepciones que se tienen alrededor de la misma por parte del personal administrativo-asistencial y los/las usuarios/as, se ubican variedad de respuestas, en cierto modo alejadas a lo propuesto anteriormente.

En el caso del personal administrativo asistencial, se realizaron un total de seis encuestas de carácter anónimo en las cuales, todo el personal manifiesta haber escuchado sobre APS (6/6).

En este punto, se expresan ideas como:

- La Atención Primaria en Salud se basa en la ley 1616, con su respectiva población objeto; en el caso de los beneficios, esta tiene acceso a especialidades como optometría, odontología y demás; según la ley 412, a la cual todos tienen acceso, en

cualquier momento, por ejemplo en entidades de salud como Metrosalud y otras. (Encuesta #1 profesional, pág. 1)

- La APS es la atención que se brinda en el hogar para las familias con menos ingresos para prevenir y detectar factores de riesgo, trae beneficios como evitar enfermedades y brindar educación en el hogar; se puede recurrir a esta en cualquier momento, se lleva a cabo en instituciones como Metrosalud y se materializa mediante actividades como visitas en el hogar y remisiones a instituciones de salud de mayor complejidad. (Encuesta #2 profesional, pág. 2)
- La APS se basa en aquellos servicios de prevención alrededor de temas como crecimiento y desarrollo, vacunas, hipertensión, entre otros. Trae beneficios como la prevención de enfermedades y la orientación de los usuarios en cuanto a esta, todos tienen acceso a la APS en caso de requerir alguna atención, se lleva a cabo en instituciones como Buen Comienzo e instituciones educativas. (Encuesta #3 profesional, pág. 1)
- La APS consiste en atender a los usuarios desde el hogar y la orientación de servicios, trae beneficios en cuanto al costo de hospitalización, el desplazamiento de los pacientes y la priorización de necesidades, siendo la población de los estratos que tienen SISBÉN 1, 2 y 3 la beneficiada. En cuanto a las instituciones en que se lleva a cabo, se encuentra Metrosalud. (Encuesta #4 profesional, pág. 1).
- La APS se basa en aquellos programas intra y extramurales que llegan a la comunidad a través de los centros de salud con sus programas y otros que van a los hogares. Trae beneficios como el acercamiento a los ciudadanos a la garantía de sus derechos de salud en todas sus etapas, teniendo acceso todos los habitantes de la ciudad y de los corregimientos. En cuanto al acceso a esta, se puede hacer por medio de asistencia médica y de la promoción y prevención, desarrollándose en todas las entidades de salud y varios programas de Metrosalud, acercando así a la comunidad al acceso y conocimiento de los diversos programas. (Encuesta #5 profesional, pág. 1)
- La APS es la atención que se debe brindar a cada uno de los individuos que conforma la población de un país ya que es promovida por el gobierno para que sea una prioridad; tiene beneficios al ser la atención prioritaria que se le brinda a cada persona para de esta manera determinar qué proceso debe seguir. En cuanto al acceso, todos

pueden hacerlo, pero tiene como prioridad a las personas de bajos recursos que no pueden acudir ante una entidad privada que preste un mayor nivel de atención; se utiliza principalmente ante la necesidad de acudir a la atención prioritaria, es decir, una situación de quebrantamiento de la salud, prestándose así en las entidades de salud que son las principales instituciones donde acuden las personas para ser atendidos y solucionar así sus necesidades. (Encuesta #6 profesional, pág. 1).

Desde lo anterior, es posible observar que si bien hay un reconocimiento acerca de haber escuchado el concepto de APS, la definición del mismo está algo alejada a lo propuesto por el Modelo de Atención en Salud de la E.S.E. y de otras conceptualizaciones en general; sin embargo, hay un consenso en algunas de las percepciones, por ejemplo, en cuanto al factor educativo de la misma, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; en este punto es necesario aclarar que la APS no se limita dichos factores.

Entre otros elementos con los cuales coincide de manera general el personal administrativo-asistencial, se ubica que la población beneficiada por parte de la APS es la sociedad en general, siendo priorizados en este caso, las personas de bajos recursos, especialmente de los estratos 1, 2 y 3 y con SISBÉN; así mismo, se destaca que las actividades que se desarrollan alrededor de dicho modelo de atención, son de carácter intra y extramural, lo cual se relaciona con lo propuesto por la APS reconociendo que este no debe limitarse a una atención médica estrictamente curativa. Por último, en cuanto a las percepciones del personal administrativo-asistencial, se destaca que hay un reconocimiento de la E.S.E. Metrosalud como una de las instituciones que implementa la presente estrategia (APS).

En el caso de los usuarios y usuarias, se realizaron un total de ocho encuestas de carácter anónimo en las cuales, todos y todas manifestaron nunca haber escuchado sobre APS (8/8). En este punto, se expresan ideas como:

- La APS es aquella que está enfocada en los bebés, las enfermedades que tienen, determinar si están enfermos o no, en qué se les puede ayudar en el centro de salud, etc. En cuanto al acceso, todos son beneficiarios, especialmente las personas más pobres las cuales no tendrían como pagar, pues desde la APS no es necesario tener EPS, siendo así todos los niños atendidos. En cuanto a los momentos de acceso, puede ser cada vez que un niño se encuentre enfermo y no se sepa por qué, también en el

caso de madres primerizas, contribuyendo así a conocimientos y aprendizajes. (Encuesta #1 usuario/a, pág. 1)

- La APS es la salud enfocada principalmente a los niños, donde revisan su estado de salud y también trata de cosas que se puedan hacer rápido y con cualquiera, por ejemplo como lo hacen los servicios de urgencias. (Encuesta #2 usuario/a, pág. 1)
- “No me acuerdo”, pero en Medellín Solidaria se daban clases sobre eso. (Encuesta #3 usuario/a, pág. 1)
- La APS se da cuando uno está estudiando en primaria. (Encuesta #4 usuario/a, pág. 1)
- La APS se basa en primeros auxilios, tiene beneficios como prevenir enfermedades especialmente en niños y jóvenes, al igual que cuando se siente mal. (Encuesta #5 usuario/a, pág. 1)
- “La verdad no se me ocurre nada” (Encuesta #6 usuario/a, pág. 1)
- “Ni idea, ni idea” (Encuesta #7 usuario/a, pág. 1)
- “No, no sé. Pueden acceder no sé, ¿nosotros?” (Encuesta #8 usuario/a, pág. 1)

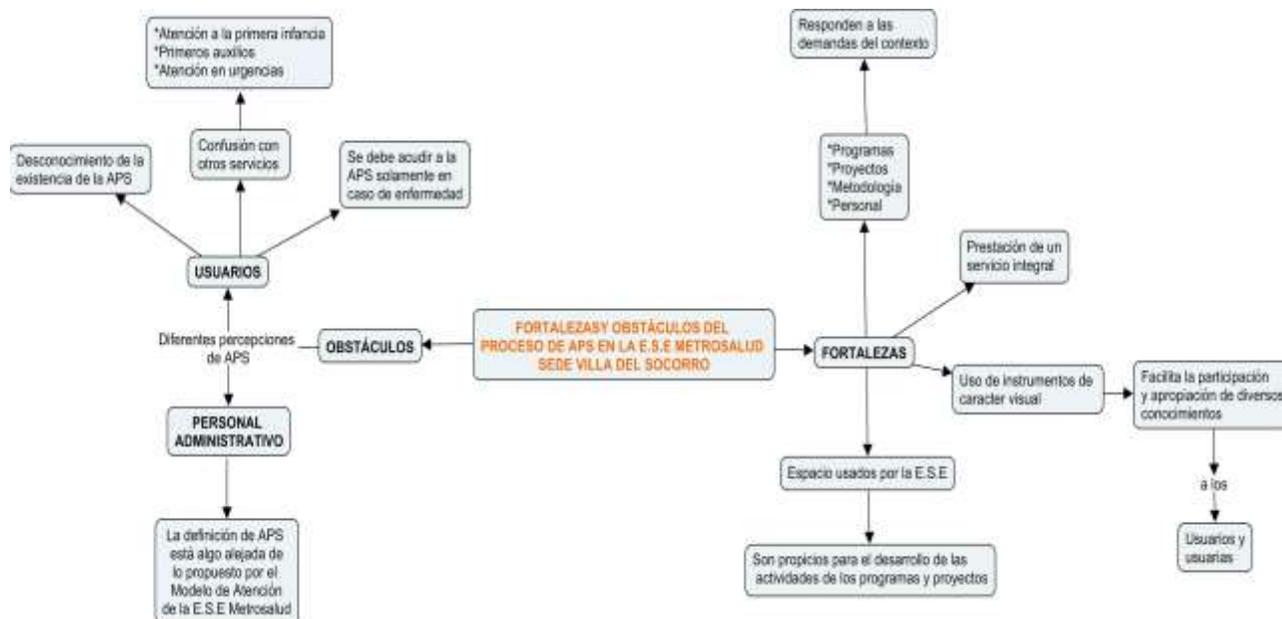
A grandes rasgos, en cuanto a los usuarios y usuarias de la E.S.E. Metrosalud que participan del programa Buen Comienzo y del proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, se encuentra que hay un alto desconocimiento (8/8) en cuanto a la existencia de la APS y por ende, en su definición y características. Uno de los factores predominantes en las encuestas, es la asociación de la APS con la atención a la primera infancia, siendo Buen Comienzo un programa clave en la institución, se posibilita que los/las usuarios/as la asocien a este; si bien es muy importante lo señalado por las voces de los/las usuarios/as participantes, es importante incorporar el tema de que la APS no sólo se enfoca en los niños y niñas, sino que incluye a la población en general, reconociendo los múltiples ciclos vitales por los cuales atraviesa una persona.

Igualmente, como sucede en el caso de las percepciones planteadas por el personal administrativo-asistencial, los usuarios y usuarias consideran que toda la población puede acceder a la APS, no obstante, resaltan la participación de personas con bajos recursos.

Por otra parte, se puede evidenciar que el término APS es asociado o confundido con la atención de urgencias hospitalarias, lo cual, es uno de los obstáculos que se ubica desde dicha

estrategia. También se encuentra que el acceso a la APS se hace generalmente cuando la persona “se siente mal”, es decir, cuando se ubica una enfermedad, sin embargo, este es precisamente uno de los factores que se pretende evitar desde la estrategia por medio de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

A continuación, se ubica un mapa que sintetiza las diferentes fortalezas y obstáculos anteriormente mencionados con base al proceso de APS en la institución:



Mapa elaborado por el grupo de investigación

4. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Como se mencionó en el diseño metodológico, en el momento de interpretación se busca vincular los datos analizados y los conceptos propuestos en el referente teórico con el fin de recrear la construcción de conocimiento.

A grandes rasgos, la Atención Primaria en Salud es una estrategia que posibilita definir y comprender la salud de una manera más integral, es decir, teniendo en cuenta factores sociales, económicos, ambientales, psicológicos, entre otros, y no sólo la ausencia de enfermedad como históricamente se ha concebido; tomando en cuenta la información

generada a partir de la presente investigación, se ubican diferentes percepciones donde si bien predominan aquellas que unen el tema de la salud y lo curativo, también existen ideas que vinculan la salud como un todo integral.

Es de aclarar que si bien la APS es una apuesta en términos de salud que viene debatiéndose desde el siglo pasado, específicamente en los años setenta, en el caso de Colombia se podría decir que esta ha tenido un diseño e implementación incipiente, pues sólo se normativiza con la ley 1438 de 2011 y aunque no ha sido puesta en práctica a cabalidad, se han registrado importantes esfuerzos como el caso de Metrosalud Villa del Socorro para su desarrollo.

Si bien, unas de las características principales de la estrategia de Atención Primaria en Salud son la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfocadas en el contexto inmediato en el cual se desarrolla la vida de todas las personas, se identifica por parte de los diferentes actores involucrados en esta institución (personal administrativo-asistencial y usuarios/as) un desconocimiento significativo en lo que se refiere a la APS, su conceptualización, componentes y población que puede beneficiarse de ésta. Este desconocimiento, puede tener relación con la reciente implementación de la misma en el contexto colombiano.

Como uno de los reflejos de dicho desconocimiento, múltiples usuarios y usuarias relacionan de manera directa la APS con servicios de salud como atención a la primera infancia, urgencias, primeros auxilios, entre otros, lo cual, encasilla el uso de la APS en situaciones donde el usuario/a se siente enfermo e imposibilita el reconocimiento de las potencialidades presentes en dicha estrategia. Asimismo, es de resaltar que los usuarios/as no asocian directamente los programas y proyectos de los que hacen parte con la APS, de hecho en muchos de los casos manifiestan nunca haber escuchado dicho concepto, sin embargo, paralelamente reconocen componentes claves de esta como promoción, prevención, autocuidado, etc.

Por otro lado, para el desarrollo del proceso de APS se plantea que existe una ruta lógica en cuanto a la jerarquización de los conceptos utilizados en el diseño de una política: Primero se ubica la política, de ella se desprende el plan, el plan se materializa en una serie de programas que a su vez, están compuestos por un conjunto de proyectos de los cuales, se desprenden actividades. Así mismo, la E.S.E Metrosalud señala que los programas tienen un

factor característico y es que estos son considerados como acciones que están pensadas para largos periodos de tiempo; de modo más específico, Metrosalud cuenta con un Plan de Desarrollo (2012-2020) que está en esencia conformado por programas, caracterizados además de acciones, por recursos disponibles, actividades y demás, todo esto en el marco de las políticas constitucionales. No obstante, se evidencia una confusión y uso indiscriminado de dichos conceptos por parte de los usuarios/as y del personal asistencial de las instituciones.

Si bien lo anterior se plantea desde un plano teórico, lo que sucede en la realidad difiere ampliamente, ya que en su mayoría, la aplicación de dichos conceptos, por ejemplo en el caso de Antioquia, va a depender de la relevancia que le atribuye a determinado tema el gobierno de turno, lo que conlleva a una confusión en la definición de dichos conceptos; otro tema que contribuye a dicha confusión es que muchas de las personas que construyen dichos planes, programas proyectos y demás, no son expertos o técnicos en la materia, lo cual dificulta dicha división.

Finalmente, lo anterior, conlleva a diferentes resultados: En algunos casos se decide no continuar con estos, en otros se realizan diferentes modificaciones al interior de los mismos, de hecho su nombre puede variar pero su esencia seguiría siendo la misma y en otros, sólo se introducen modificaciones para su mejora.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este apartado busca sintetizar algunos de los puntos centrales desarrollados en el presente informe de investigación al igual, que las recomendaciones que se desprenden del mismo.

En un primer punto, se ubican las conclusiones:

- Tomando en cuenta que el presente modelo de atención basado en Atención Primaria en Salud (APS) de la E.S.E Metrosalud es de aplicación reciente, para el caso concreto de la sede Villa del Socorro, es de resaltar que se han configurado importantes avances con base a la implementación de programas y proyectos que buscan materializar los principios de dicha estrategia, tales como equidad, promoción, prevención y autocuidado.

- Con base a los conocimientos alrededor de APS, se ubica cierto grado de desconocimiento de la estrategia tanto en el personal administrativo-asistencial, como en los/las usuarios/as, evidenciado mayormente en el caso de estos últimos, lo cual, puede estar relacionado a la reciente incorporación del modelo en la institución; no obstante, es muy importante rescatar cómo desde la ejecución, en este caso del programa Buen Comienzo y el proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, las y los usuarios han logrado identificar importantes elementos propios de la estrategia, lo cual muestra cómo al interior de dichas acciones se encuentran implícitos dichos valores.
- La implementación de actividades al interior y exterior de la E.S.E. Metrosalud, para el caso concreto de la sede Villa del Socorro, constituye un factor clave para el desarrollo de la estrategia de APS, ya que al llegar a los lugares donde las personas habitan cotidianamente, se hace más realizable el cumplimiento de los objetivos propuestos y se hace más factible la detección de factores de riesgo que pueden afectar la salud de las y los usuarios, al mismo tiempo, que se pueden incorporar nuevas líneas de acción al interior de los programas y proyectos para potenciarlos.
- Los convenios que se establecen entre la E.S.E. Metrosalud y otras instituciones se constituyen en un elemento fundamental para la intervención de diferentes situaciones problema, ya que estas se pueden intervenir desde diferentes perspectivas, es decir, una acción intersectorial e interinstitucional.
- Para el caso de la relación entre el personal administrativo-asistencial y los y las usuarias del programa Buen Comienzo y el proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, se visualiza la construcción de un importante vínculo que se convierte en un factor clave para la permanencia de los usuarios y usuarias en los mismos y que a su vez, fortalecen y motivan el cumplimiento de metas que allí se tienen. Asimismo, las y los usuarios manifiestan en múltiples ocasiones estar muy satisfechos tanto con el desarrollo de los programas y proyectos, como con los y las profesionales que los desarrollan.
- La voz de los y las usuarias se convierte en un factor fundamental para la divulgación de los programas y proyectos a los cuales asisten, ya que de esta manera despiertan el interés de otras personas para su posterior participación, lo cual se vio evidenciado

en momentos en los cuales los/las participantes manifestaron llegar a los programas y proyectos debido a recomendaciones de familiares, amigos/as y vecinos/as; en este sentido se hace fundamental seguir fortaleciendo la comunicación entre la institución y la comunidad.

- En cuanto a la metodología de los programas y proyectos, se considera que tienen relación con las situaciones problema a las cuales interviene, las características de la población y sus necesidades. Asimismo, los encuentros en el programa y proyecto seleccionados, se configuran como espacios significativos de aprendizaje para los usuarios y usuarias.

En un segundo punto, se ubican las recomendaciones. A continuación las del grupo de investigación:

- Se considera necesario fortalecer los aspectos comunicativos entre la institución- usuarios/ usuarias, en los cuales se dé a conocer de manera más detallada los programas y proyectos que se llevan a cabo en la institución, pues en ocasiones, los usuarios y usuarias desconocen las acciones que se desarrollan en la sede y que pueden contribuir a la satisfacción de sus necesidades. De este modo, se hace necesario seguir impulsando la relación existente entre la institución y la comunidad, a modo que la información circule en el contexto donde se desarrolla la vida cotidiana de las personas que están vinculadas a la sede, de manera que dicha información funcione como un factor protector y no permanezca exclusivamente en la institución, es decir, que trascienda lo intra-mural.
- Se configura como una de las barreras centrales para la implementación del modelo de atención de la E.S.E. Metrosalud el desconocimiento de la estrategia de APS por parte de los diferentes actores (personal administrativo-asistencial, usuarios/as), lo cual, exige que al interior de la institución se busquen estrategias por medio de las cuales se fortalezca la fundamentación y apropiación alrededor de dicha estrategia, ya que esto podría influir en la mejora del desarrollo de todo el proceso; es de rescatar que incluso en medio de dichas dificultades, el proceso de APS se desarrolla activamente en la sede, es un reto de la institución estar en constante retroalimentación y mejora del mismo. Como sugerencia, sería interesante el uso de

estrategias visuales en la institución para el reconocimiento del concepto y la capacitación de los diversos actores/as alrededor del tema.

A continuación, las recomendaciones y/o sugerencias de los usuarios/as:

- Es fundamental que se de apertura a procesos que incluyan diferentes grupos poblaciones, por ejemplo para los adultos mayores.
- Se hace necesario que la institución trabaje a mayor profundidad el tema del consumo de drogas (especialmente alrededor de los colegios), pues es un tema que genera preocupación a diversas familias del sector ya que les inquieta el constante contacto de los niños y niñas con dicha problemática, considerada como un alto factor de riesgo.
- Otra de recomendación manifestada por una de las madres de Buen Comienzo, es que se realicen actividades para niños mayores a los rangos de edad propuestos por el programa y de este modo, trabajar el entorno familiar de una manera más amplia para compartir un mayor tiempo entre los mismos.
- Otra sugerencia propuesta es este caso desde una madre del proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, es que existan diferentes profesionales en el área de psicología, pues si bien se encuentra muy satisfecha con la profesional existente, considera que son muchos jóvenes para ser atendidos por una sola persona; adicionalmente, sugiere que debería existir mayor continuidad con base a los proyectos y sus profesionales, pues en primera instancia, al suspender el proceso se pueden perder algunos de los logros alcanzados y posibilitar el acercamiento a factores de riesgos y en segunda instancia, la constante rotación del personal impide la creación de vínculos y confianza entre los profesionales y las y los usuarios, lo cual puede conllevar a la inasistencia de los usuarios y usuarias al proyecto debido a que muchas veces, no se sienten con la disposición de volver a contarle su situación a otra persona.

Finalmente, resultado de esta investigación, se encontró que hay temas en los cuales es importante profundizar y que por motivos de estructura, no son de interés específico para el presente proyecto de investigación, entre los cuales se ubica las percepciones que los diferentes grupos poblacionales tienen sobre el sistema de salud, la diferenciación entre

conceptos como proceso, programa y proyecto, las fortalezas y obstáculos del uso de las nuevas tecnologías en el sistema de salud, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, la influencia de las nuevas tecnologías en el sistema familiar, la influencia del contexto en la salud, la percepción que se construye alrededor de conceptos como salud y enfermedades, el papel de los hombres en la crianza de los hijos, el papel de Trabajo Social con base a la APS, la mercantilización de los servicios de salud, entre otros.

Bibliografía

- Agudelo, A., & García, Á. (2013). *Propuesta de plan de acción para la implementación del programa Atención Primaria en Salud Municipio de El Peñol*. . Medellín: Universidad de Antioquia.
- Agudelo, L. M. (2008). El Municipio de Medellín busca consolidar un modelo de cuidado integral de la salud basado en la atención primaria en salud renovada (APS). *In Memoriam U-253*, 2(3), 4.
- Agudelo, L. M. (2012). *Antioquia la más educada es una Antioquia sana*. Obtenido de http://www.concejodemedellin.gov.co/concejo/concejo/file_downloader.php?id_file=18140-concejo-cf8def05ec9ee2d6afe9ec770b9e723f
- Alcaldía de Medellín. (s.f.). *Escuelas y colegios saludables. Atención Primaria en Salud en el Entorno Escolar*. Obtenido de <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%2>

0Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/Escuelas%20y%20Colegios%20Saludables/Portafolio%20Escuelas%20Saludables.pdf

Alcaldía de Medellín. (s.f.). *Programa Medellín Solidaria: Atención a población en situación de extrema pobreza*. Obtenido de http://mirror.unhabitat.org/downloads/docs/9116_90807_ProgramaMedell-CADnSolidaria_COLOMBIA.pdf

Alcaldía de Medellín. (s.f.). *Somos Buen Comienzo*. Obtenido de <http://medellin.edu.co/programas-y-proyectos/buen-comienzo>

Alcaldía de Medellín. (s.f.). *Unidad Familia Medellín*. Obtenido de http://www.familiamedellin.com.co/unidadfamiliamedellin/index.php/c_quienessomos/fc_quienessomos

Alcaldía de Medellín y Secretaría de Educación. (s.f.). *Modalidades de Atención Programa Buen Comienzo*. Obtenido de <http://medellin.edu.co/programas-y-proyectos/buen-comienzo/281-general/buen-comienzo/300-modalidades-de-atencion-del-programa-buen-comienzo>

Alcaldía de Medellín, Unidad de Niñez. (s.f.). *Unidad de Niñez*. Obtenido de <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=navurl://a43a9e758b9f6b51b239546d104120df>

Balaguera, L. F. (2012). *Manual de procesos y procedimientos*. Obtenido de http://www.esesuba.gov.co/joomla/portal/images/stories/Documentos/procesos_y_procedimientos/Manual_procesos_procedimientos.pdf

Benguría, S., Martín, B., Valdés, M. V., Pastellides, P., & Gómez, L. (2010). *Observación: Métodos de investigación en educación especial*. Obtenido de https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Observacion_trabajo.pdf

Bonilla, E., & Rodríguez, P. (2005). *Más allá del dilema de los métodos*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/26062421/Mas-alla-del-dilema-de-los-metodos>

Cadavid, D. (2013). *Caracterizar el proceso de implementación, resultados, logros y dificultades de la estrategia de Atención Primaria en Salud, a través de un estudio descriptivo en el municipio de Barbosa, Antioquia, en los años 2010 – 2013*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

Chaves, B. M. (2014). *Gobernanza y Atención Primaria en Salud en Colombia, Costa Rica y Brasil*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Obtenido de http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/t.3_corbetta_metodologia_y_tecnicas_3ra_parte_cap.10.pdf

- De los Ríos, L., & Londoño, C. (2010). *Diseño del manual general de procesos y procedimientos de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social del Municipio de Ebéjico 2010*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- E.S.E Metrosalud. (s.f.). *Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes*. Obtenido de <http://www.metrosalud.gov.co/>: <http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/pyp/74-jovenes-por-la-vida-fortalecimiento-a-la-estrategia-de-servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-y-jovenes-ssaaj>
- Echeverry, O. (2011). *Atención primaria en salud APS: Una nueva oportunidad*. (U. d. Valle, Editor) Obtenido de http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/aps_documento_previo_al_foro.pdf
- Fenández, M. A., Cantin, S., López, N., & Rodríguez, M. (s.f.). *Encuestas por Estudio*. Obtenido de https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/ENCUESTA_Trabajo.pdf: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/ENCUESTA_Trabajo.pdf
- Galeano, E. (2004). *Estrategias de investigación cualitativa: El giro en la mirada*. Medellín, Colombia: La carreta.
- Galeano, M. E. (2001). *Registro y sistematización de información cualitativa*. Obtenido de http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/pluginfile.php/104877/mod_resource/content/0/Registro_y_sistematizacion_de_informacion_cualitativa.pdf
- Ingeniería Hospitalaria s.a.s. (2013). *Atención Prehospitalaria*. Obtenido de <http://inghospitalaria.com/atencion-prehospitalaria/>
- López, J. M. (2012). *Desarrollos y experiencias de la Atención Primaria en Salud (APS) en el contexto de la reforma en salud, Colombia, 1994-2010*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Medellín cómo vamos. (2014). *Mesa de Trabajo sobre Experiencia en la Implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud*. Obtenido de <http://www.medellincomovamos.org/mesa-de-trabajo-sobre-experiencia-en-la-implementaci-n-de-la-estrategia-de-atenci-n-primaria-en-salu/>
- Metrosalud. (2012). *Plan de desarrollo Metrosalud 2012-2020*. Obtenido de <http://www.metrosalud.gov.co/recursos/plan-de-desarrollo>
- Metrosalud. (2016). *Modelo de Prestación de Servicios con enfoque en Atención Primaria en Salud*.
- Metrosalud. (s.f.). <http://www.metrosalud.gov.co/>. Recuperado el 17 de 11 de 2016, de <http://www.metrosalud.gov.co/>: <http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/pyp/74->

jovenes-por-la-vida-fortalecimiento-a-la-estrategia-de-servicios-de-salud-
amigables-para-adolescentes-y-jovenes-ssaaj

Metrosalud. (s.f.). *Acerca de Metrosalud*. Obtenido de <http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud>

Metrosalud: Subgerencia de Red de Servicios, Oficina Mercadeo, Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Institucional, Dirección de Gestión Clínica y Promoción y Prevención. (s.f.). *Modelo de Prestación de Servicios con Enfoque en Atención Primaria en Salud*. Obtenido de www.metrosalud.gov.co/intranet/index.php/documentos/.../298-modelo-aps?...mpss

Ministerio de Educación & Centro Virtual de Noticias de Educación. (2013). *En Medellín, programa Buen Comienzo fortalece la Atención Integral a la primera infancia*. Obtenido de <http://medellin.edu.co/programas-y-proyectos/buen-comienzo>

Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2008). *Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Protección Social. (2009). *Resolución número 2335 de 2009. Salud pública*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n%202335%20de%202009.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Molina, G., Ramírez, A. A., & Ruíz, A. M. (2014). *Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el Sistema de Salud Colombiano: El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Medellín, Colombia: Pulso y letra editores.

Navarro, V. (1998). Concepto actual de salud pública. En V. Navarro, *Salud pública* (págs. 49-59). Mexico: Mc Graw Hill.

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2007). *La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Americas*. Obtenido de http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/renovacion_aps_americas.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Manual para el diseño de proyectos de salud*. Obtenido de http://www.disaster-info.net/lideres/spanish/peru2006/Docs/materialprevio/03_Manual%20Dise%F1o%20Proyectos%20de%20Salud.pdf

Pineda, B. (2014). *Informe anual: Atención primaria en salud avances y retos en Colombia*. Obtenido de

<http://www.asivamosensalud.org/media/santafe/publicacion/5a4bc77feb8133688ba9b35b249f662b.pdf>

- Puentes, Y. S., & Torres, Y. M. (2012). *Atención Primaria en Salud en Latinoamérica. Revisión temática*. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/7592/1/jeimysenaidapuentesvacca.2012.pdf>
- Ramírez, L. E., Arcila, A., Buriticá, L. E., & Castrillón, J. (2004). *Paradigmas y modelos de investigación: Guía didáctica y módulo*. Obtenido de <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2011/02/0008paradigmasymodelos.771.pdf>
- Rico, R. (2011). *Explorando el desarrollo de la Atención Primaria en Salud por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas en una localidad de Bogotá*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2010). *Lineamientos para la promoción de la salud con sentido humano en Antioquia*. Obtenido de <https://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/733-libro-lineamientos-promocion-salud/file>
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2015). *Salud contigo, llegamos lejos para estar más cerca*. Medellín, Colombia: Gobernación de Antioquia.
- Subgerencia de Red de Servicios, O. M. (s.f.). *Modelo de Prestación de Servicios con enfoque en Atención Primaria en salud, Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional & Dirección de Gestión Clínica y Promoción y Prevención METROSALUD*. Obtenido de www.metrosalud.gov.co/intranet/index.php/documentos/.../298-modelo-aps?...mpss
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Obtenido de <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
- Tójar, J. C. (2006). *Investigación cualitativa: Comprender y actuar*. Madrid, España: La muralla.
- Torres Carrillo, A. (1998). El análisis. En *Estrategias y técnicas de investigación cualitativa*. Bogotá: Universidad Nacional Abierta y a Distancia Colombia, UNAD.
- Vasco, C. (1990). *Tres estilos de trabajo en las Ciencias Sociales*. Bogotá, Colombia: CINEP.
- Vélez, O. L. (2003). La cuestión metodológica: Convergencias operativas o especificidad funcional. En O. L. Velez, *Reconfigurando el trabajo socia*. Medellín, Colombia: Espacio.

Zapata, V., Rey, N., & Vargas, M. (1985). *Programa de desarrollo educacional con enfoque en atención primaria: La investigación participativa*. Obtenido de <http://search.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-130409>

6. ANEXOS

Anexo 1. Sistema categorial previo a campo

CATEGORÍA (CONCEPTO DEFINIDO)	SUBCATEGORÍAS	DESCRIPTORES- OBSERVABLES	TÉCNICAS
PROCESO	Acciones formativas	Talleres educativos. Actividades al interior de las instituciones. Actividades con la comunidad.	Revisión documental. Entrevista. Observación participante.
	Objetivos	Misión y visión de los proyectos.	Revisión documental
	Actitudes y comportamientos	Relación institución-usuarios. Intenciones de los profesionales. Intenciones de los usuarios.	Observación participante. Entrevista.

	Referentes institucionales, disciplinares y comunitarios	Construcción de conocimiento. Lo que sabe el profesional. Lo que sabe la comunidad.	Entrevista. Revisión documental.
	Fases o etapas	Diseño. Ejecución. Evaluación.	Revisión documental. Observación no participante. Observación participante. Entrevista.
	Evaluación	Comparación objetivos. Resultados. Nuevos aportes. Retroalimentación. Fortalezas y obstáculos.	Revisión documental. Entrevista.
PROYECTO	Recursos	Humanos. Físicos. Económicos. Sociales. (Comunidad).	Observación participante. Revisión documental.
	Población	Caracterización sujetos.	Revisión documental. Observación participante.
	Objetivos	Metas y propósitos.	Revisión documental.
	Componentes	Ejes temáticos de los proyectos.	Revisión documental.
	Solución problema	Actores involucrados. Antecedentes problema. Causas. Potenciadores. Delimitación problemas. Alternativas.	Observación no participante. Observación participante. Entrevista.
	Satisfacción necesidades	Actores involucrados. Necesidades. Satisfactores.	Observación participante. Entrevista.
	Metodología	Diseño. Conceptualización. Metas. Instrumentos. Planificación. Alternativas. Ejecución Actividades. Seguimiento. Evaluación. Comparación. Resultados (satisfacción de necesidades). Impactos.	Revisión documental. Observación participante. Entrevista.

Anexo 2. Sistema categorial posterior a campo.

CATEGORÍA (CONCEPTO DEFINIDO)	SUBCATEGORÍAS	DESCRIPTORES- OBSERVABLES	TÉCNICAS
PROCESO	Acciones formativas	Talleres y actividades intramurales Talleres y actividades extramurales	Revisión documental. Entrevista. Observación participante.
	Programas y proyectos	Descripción de los programas y proyectos Misión y visión de los programas proyectos.	Revisión documental
	Actitudes y comportamientos	Relación personal asistencial-usuarios Intenciones del personal asistencial Intenciones de los usuarios.	Observación participante. Entrevista.
	Referentes institucionales	Información general de la E.S.E. Metrosalud Lo que sabe el profesional. Lo que sabe la comunidad.	Entrevista. Revisión documental.
	Fases o etapas	Diseño. Ejecución. Evaluación.	Revisión documental. Observación no participante. Observación participante. Entrevista.
	Nuevos aportes	Fortalezas y obstáculos.	Revisión documental. Entrevista.
	PROGRAMA- PROYECTO	Recursos	Humanos. Físicos. Económicos. Sociales. (Comunidad).
Población		Caracterización usuarios pertenecientes al programa Buen Comienzo y al proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.	Revisión documental. Observación participante.
Objetivos		Metas y propósitos.	Revisión documental.
Componentes		Ejes temáticos del programa y el proyecto.	Revisión documental.
Situación problema		Situaciones problema problemas. Antecedentes y causas del problema. Potenciadores. Delimitación problemas. Alternativas.	Observación no participante. Observación participante. Entrevista.

	Satisfacción necesidades	Necesidades. Satisfactoras.	Observación participante. Entrevista.
	Metodología	Diseño. Conceptualización. Metas. Instrumentos. Planificación. Alternativas. Ejecución Actividades. Seguimiento. Evaluación. Comparación. Resultados e impactos	Revisión documental. Observación participante. Entrevista.

Anexo 3. Categorización y codificación

OBSERVABLES	COLORES
PROCESO	
1. Talleres y actividades intra-murales	
2. Talleres y actividades extra-murales	
3. Descripción de los programas y proyectos implementados (excepto BC y SSAAJ).	
4. Relación personal asistencial-usuarios.	
5. Intenciones del personal asistencial	
6. Intenciones de los usuarios.	
7. Información general de la E.S.E Metrosalud	
8. Lo que sabe el profesional alrededor de APS	
9. Lo que sabe la comunidad alrededor de APS	
10. Diseño.	
11. Ejecución.	
12. Evaluación.	
13. Resultados.	
14. Fortalezas y obstáculos.	
PROGRAMA Y PROYECTO	
15. Recursos Humanos.	
16. Recursos Físicos.	
17. Recursos Económicos.	
18. Recursos Sociales. (Comunidad).	

Guía #1	Semana: 2/08	Dirigida a: Personal administrativo.
Tema: Programas y proyectos implementados		GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA.

19. Caracterización sujetos.	
20. Metas y propósitos proyectos.	
21. Normatividad del programa/proyecto	
22. Ejes temáticos de los proyectos.	
23. Antecedentes y causas del problema.	
24. Potenciadores del problema.	
25. Situaciones problema.	
26. Alternativas ante el problema.	
27. Necesidades.	
28. Satisfactores.	
29. Diseño metodología.	
30. Conceptualización metodología.	
31. Metas metodología.	
32. Instrumentos metodología.	
33. Planificación metodología.	
34. Alternativas metodología.	
35. Ejecución metodología.	
36. Actividades metodología.	
37. Seguimiento metodología.	
38. Evaluación metodología.	
39. Comparación metodología.	
40. Resultados e impactos metodología	
41. Sugerencias	
42. Miscelánea	

Anexo 4. Guía de entrevista programas y proyectos implementados.

PROGRAMAS Y PROYECTOS:

- A. Proyecto Cultura del Cuidado en el Entorno Educativo (escuelas y colegios saludables).

B. Atención Extramural a Habitante de Calle y Unidad de Niñez

C. Vigilancia Epidemiológica

D. Familia Medellín: Medellín Solidaria.

E. Buen Comienzo: Entorno familiar.

F. Atención Pre Hospitalaria para Medellín.

G. Ser Capaz en Casa.

H. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

I. “Salud en el hogar”

1. De manera general ¿Qué servicios ofrece la sede?
2. ¿Con qué profesionales cuenta la institución?
3. ¿Podría hablarnos un poco acerca del modelo de atención de la E.S.E Metrosalud (APS) y cómo este materializa en el accionar de la sede Villa del Socorro?
4. ¿Cómo fue el proceso del Plan Piloto en el cual participó la sede Villa del Socorro?
5. ¿Qué programas/proyectos se encuentra ejecutando actualmente la sede y en qué consiste brevemente cada uno de ellos?
6. ¿Qué tipo de problemáticas cree que en su mayoría intentan contrarrestar dichos programas y proyectos?
7. De acuerdo a los anteriores programas y proyectos, ¿qué actividades o talleres educativos se realizan en los mismos? Delimitación de lo extramural e intramural.
8. ¿Cuáles programas/proyectos cree que tienen mayor acogida?
9. ¿Existe participación de la comunidad en el diseño-ejecución y/o evaluación de los programas/proyectos o la configuración del modelo de atención con base a la APS en general?
10. ¿Cómo cree que es en general la relación de la institución con los usuarios?
11. ¿Cómo contribuye la aplicación de dicho modelo de atención a las necesidades de la población que asiste a la E.S.E?
12. ¿Cuál podría decir que es su intención como Coordinador en el desarrollo de dicho proceso marcado por la APS?
13. ¿Qué fortalezas y/o obstáculos resaltaría teniendo en cuenta los programas/proyectos y el proceso de APS en general?

Anexo 5. Guía de entrevista programa y proyecto seleccionados.

Guía #2	Semana: 2/08	Dirigida a: Personal administrativo-asistencial encargado de Buen Comienzo y Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.
Tema: Descripción de programas y proyectos.		GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

1. ¿En qué consiste el presente programa/proyecto, cuáles son sus objetivos, metas y/o propósitos?
2. ¿Contiene ejes temáticos el presente programa/proyecto? ¿Cuáles son?
3. ¿Cuáles son las situaciones problema en las cuales intervienen el programa/proyectos?
4. ¿Cuáles son los antecedentes de dichas situaciones problema?
5. ¿Qué tipo de población está involucrada en dichas situaciones problema?
6. ¿Cuál tipo de población es la más afectada y por cuál situación?
7. ¿Cuáles son las posibles causas de dicho problema?
8. ¿Cuáles son los posibles potenciadores de las situaciones problema?
9. ¿Cuáles son las alternativas planteadas ante dichas situaciones problema?
10. ¿Quiénes y cómo diseñaron el programa/proyecto?
11. ¿Quiénes y cómo ejecutan o implementan en este caso (E.S.E. Metrosalud Villa del Socorro) el programa/proyecto? ¿Cómo es el seguimiento al programa/proyecto?
12. ¿Qué actividades se realizan en el marco de este programa/proyecto? (Delimitación actividades intra y extra murales).
13. ¿Quiénes y cómo evalúan los alcances del programa/proyecto?
14. ¿Cuál es el tiempo establecido para la duración de este programa/proyecto?
15. ¿Qué tipo de población se ve involucrada y beneficiada con la realización de este programa/proyecto? ¿Quiénes son aquellos que más participan?
16. ¿Existió o existe participación de la comunidad en la construcción de este programa/proyecto? ¿Cómo contribuye la misma al mejoramiento de este?
17. ¿Cómo cree que es la relación en general de la institución con los usuarios?

18. ¿Existe una construcción de conocimiento (lo que sabe el profesional-lo que sabe el usuario) en el marco del programa/proyecto? En el caso de que si ¿Cómo se desarrolla esta?
19. ¿Cuál es su objetivo como profesional en el desarrollo de este programa/proyecto?
20. ¿Existen redes o alianzas con otras instituciones para la realización de este programa/proyecto?
21. ¿Qué tipos de recursos humanos (personal asistencial), físicos (infraestructura), económicos (presupuesto para los proyectos) y sociales (comunidad) están involucrados en la realización de este programa/proyecto?

Anexo 6. Programa y proyecto seleccionados/usuarios

Guía #3	Semana: 2/08	Dirigida a: Usuarios pertenecientes al programa Buen Comienzo y al proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes
Tema: Programas y proyectos implementados		GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

1. ¿De qué programa/proyecto hace parte y en qué consiste?
2. ¿Hace cuánto tiempo participa en este programa/proyecto? ¿Ha sido constante su participación en este? Sí, no, por qué.
3. ¿Qué situaciones problema cree que intenta resolver este programa/proyecto?

4. ¿Qué intenciones o propósitos tiene usted con la participación en este programa/proyecto?
5. ¿Cuáles cree que son las intenciones de los profesionales con la realización de dicho programa/proyecto?
6. ¿Qué tipo de actividades, talleres u otros se realizan durante el desarrollo del programa/proyecto? (Intra y extramuralmente/ Descripción momentos)
7. ¿Quiénes están a cargo o dirigen las actividades?
8. ¿Quiénes asisten a estas actividades?
9. ¿Cómo contribuyen dichos programa/proyectos a satisfacer sus necesidades? (Impactos).
10. ¿Cómo es la relación usuario-institución?
11. ¿Cómo se siente de manera general en la participación de este programa/proyecto?
12. ¿Qué aprendizajes ha obtenido desde dicho programa/proyecto?
13. ¿Ha cambiado algún aspecto de su vida desde que asiste a dicho programa/proyecto? ¿En qué consisten esos cambios?
14. ¿Qué actividades realiza desde dicho/s programas/proyectos y qué otras le gustaría realizar?
15. ¿Tiene alguna nueva propuesta para la realización de dicho programa/proyecto?
16. ¿Qué fortalezas y/o obstáculos resaltaría del programa/proyecto al cual asiste y de su relación con la E.S.E. Metrosalud en general? Comentarios finales.

Anexo 7. Guía observación metodología.

Guía #4	Semana:4/5	Dirigida a: Personal administrativo, asistencial y usuarios.
Tema: Metodología: ejecución, actividades e implementación de los programas y proyectos		GUÍA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

1. ¿Qué actividades se realizan?
2. ¿Quiénes asisten a las actividades?
3. ¿Quiénes dirigen a las actividades?

4. ¿En qué espacio se realizan las actividades?
5. ¿Cuál es el objetivo de las actividades?
6. ¿Qué momentos tiene la ejecución?
7. ¿Cómo se desarrollan esos momentos?
8. ¿Cuántos usuarios participan?
9. ¿Cómo es la disposición de los usuarios para realizar las actividades y talleres?
10. ¿Cuál es la intención de las actividades?
11. ¿Qué materiales se utilizan para la realización de las actividades?
12. ¿Qué temas se abordan en las actividades?
13. ¿Qué actitudes se visualizan en las actividades?

Anexo 8. Guía caracterización usuarios antigua.

Guía #5 (Antigua)	Semana:4/5	Dirigida a: Usuarios del programa Buen Comienzo y del proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes
Tema: Caracterización de los usuarios programas y proyectos		GUÍA ENTREVISTA ESTRUCTURADA



CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LA ENTIDAD SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD, SEDE VILLA DEL SOCORRO, MUNICIPIO DE MEDELLÍN (ANTIOQUIA), AÑO 2016.

Caracterización de los y las usuarios y usuarias

1. Nombre: _____ Apellido _____
2. Edad _____

3. Estado civil _____
4. Lugar de residencia (Barrio): _____
5. Estrato socioeconómico: _____
6. Género: F _____ M _____
7. ¿Se reconoce dentro de un grupo étnico?
SÍ _____ NO _____ ¿Cuál? _____
8. Ocupación: _____
9. ¿Con quienes vive actualmente?

10. ¿Tienes hijos? SÍ _____ NO _____ ¿Cuántos? _____
11. ¿Tiene personas a cargo? SÍ _____ NO _____ ¿Cuántos? _____
12. ¿Su hogar tiene acceso a todos los servicios públicos? SÍ _____ NO _____ ¿Cuáles?

13. SISBEN: _____
14. EPS: _____
15. ¿Cree que las condiciones del entorno donde vive afectan su salud? ¿De qué manera?

16. ¿Qué concibe usted por salud y qué concibe por enfermedad?

17. ¿En cuáles proyectos participa usted actualmente de la E.S.E. Metrosalud Villa del Socorro?

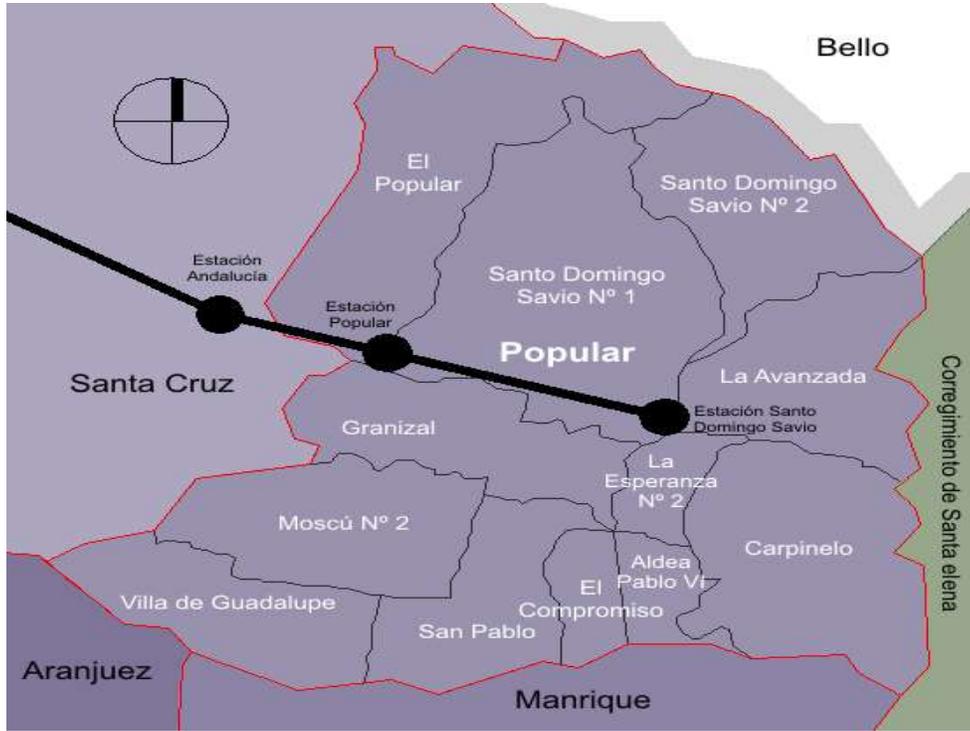
18. ¿Qué significa para usted la salud?

19. ¿De qué manera contribuye Metrosalud a la satisfacción de sus necesidades?

20. ¿Qué fortalezas y/o obstáculos resaltaría del proyecto al cual asiste y de su relación con la E.S.E. Metrosalud en general? Comentarios finales.

21. ¿Dónde podríamos contactarlo/la? (Vía telefónica ya sea fijo o celular, correo electrónico, red social, otros)

22. Hablemos un poco acerca del entorno en el cual vive:



OBSERVACIONES

Anexo 9. Guía caracterización usuarios nueva.

<p>Guía #6 (Nueva)</p>	<p>Dirigida a: Usuarios del programa Buen Comienzo y del proyecto Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes</p>
<p>Tema: Caracterización de los usuarios programas y proyectos</p>	<p>GUÍA ENTREVISTA ESTRUCTURADA</p>

15. ¿Qué problemáticas se desarrollan en el entorno o sector en el cual vive? Esto con el fin de relacionarlas a los programas y proyectos que desarrolla la sede.

16. ¿Cree que las problemáticas del entorno donde vive-trabaja, pueden afectar su salud?
¿Cómo?

17. ¿En cuáles programas-proyectos participa actualmente usted de la E.S.E. Metrosalud Villa del Socorro?

18. ¿Cómo es su relación con la E.S.E Metrosalud en general y con el programa/proyecto al cual asiste?

19. ¿De qué manera contribuye Metrosalud y el programa/proyecto al que asiste a la satisfacción de sus necesidades personales?

20. ¿Contribuye Metrosalud y el programa al que asiste a la satisfacción de necesidades de su familia en general?

21. ¿Ha cambiado algún aspecto de su vida desde que asiste a dichos proyectos? ¿En qué consisten esos cambios?

22. ¿Qué actividades realiza desde dicho/s proyecto/s y qué otras le gustaría realizar?

23. ¿Qué fortalezas y/o obstáculos resaltaría del programa/proyecto al cual asiste y de su relación con la E.S.E. Metrosalud en general? Sugerencias acerca de los programas/proyectos y de quienes los desarrollan.

24. ¿Aprueba usted que lo contactemos para hacerle determinada pregunta y/o invitarlo/la a la socialización final de nuestro proyecto de investigación?

SI _____ NO _____

25. ¿Dónde podríamos contactarlo/la? (Vía telefónica ya sea fijo o celular, correo electrónico, red social, otros)

OBSERVACIONES

Anexo 10. Guía encuesta sobre APS dirigida a usuarios.

Guía #7		Dirigida a: Usuarios de la E.S.E Metrosalud.	
Tema: Encuesta alrededor de conocimientos sobre APS		GUÍA ENCUESTA.	

**CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
EN LA ENTIDAD SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD, SEDE VILLA DEL
SOCORRO, MUNICIPIO DE MEDELLÍN (ANTIOQUIA), AÑO 2016.**

Encuesta a usuarios sobre conocimientos alrededor de la Atención Primaria en Salud

1. ¿Ha escuchado alguna vez sobre Atención Primaria en Salud (APS)?
Sí_____ No_____

2. ¿Sabe usted qué es la Atención Primaria en Salud?

3. ¿Cree usted que tiene beneficios la Atención Primaria en Salud? SÍ, NO ¿Cuáles?

4. ¿Quiénes cree que pueden acceder a la Atención Primaria en Salud?

5. ¿En qué momentos cree usted que se puede recurrir a la Atención Primaria en Salud?

Anexo 11. Guía encuesta sobre APS dirigida a profesionales.

Guía #8

**Dirigida a: Personal administrativo-asistencial de
la E.S.E Metrosalud.**

Tema: Encuesta alrededor de conocimientos sobre APS

GUÍA ENCUESTA.



**CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN PRIMARIA
EN SALUD EN LA ENTIDAD SOCIAL DEL ESTADO
METROSALUD, SEDE VILLA DEL SOCORRO, MUNICIPIO DE
MEDELLÍN (ANTIOQUIA), AÑO 2016.**

**Encuesta al personal administrativo-asistencial sobre conocimientos alrededor de la
Atención Primaria en Salud**

1. ¿Ha escuchado alguna vez sobre Atención Primaria en Salud (APS)?

Sí_____ No_____

2. ¿Sabe usted qué es la Atención Primaria en Salud?

3. ¿Cree usted que tiene beneficios la Atención Primaria Salud? SÍ, NO ¿Cuáles?

4. ¿Quiénes cree que pueden acceder a la Atención Primaria en Salud?

5. ¿En qué momentos cree usted que se puede recurrir a la Atención Primaria en Salud?

6. ¿En qué instituciones cree que se lleva a cabo la APS? ¿Conoce alguna?

7. ¿De qué manera piensa que se lleva a cabo la Atención Primaria en Salud?
