

**EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DE LOS ACTORES
INVOLUCRADOS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN
SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA, 2024**

Sonia Marcela Hormaza Urrego

**Universidad el Bosque
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública
Bogotá
2025**

**EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DE LOS ACTORES
INVOLUCRADOS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN
SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA, 2024**

Sonia Marcela Hormaza Urrego

**Directora: María Carolina Martínez Rodríguez
Socióloga, PhD**

Trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Salud Pública

**Universidad el Bosque
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública
Bogotá
2025**

NOTA DE SALVEDAD



La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por su fortaleza, sabiduría en el camino recorrido por cuanto me ha dado, me da y me dará para ser una mejor persona, una mejor profesional, una mejor compañera, una mejor mujer, una mejor madre, esposa e hija.

A mis padres y hermanos porque siempre han creído en mí, me han apoyado, me han alentado, me han dicho que querer es poder y son y serán siempre el andamio sobre el que he ido escalando peldaños de crecimiento personal.

A mi esposo, para mi compañero de vida, para mi cómplice y reemplazo en los asuntos de crianza en pareja, por su comprensión, apoyo y esfuerzo para mantener el orden en el hogar.

A mis hijos por su amor incondicional y motivación constante.

A mis amigas quienes, con su comprensión hicieron más llevadero este camino.

A la Gobernación de Cundinamarca por su respaldo para la culminación de esta meta
A la universidad que me acogió, me enriquecieron con nuevos conocimientos que se convertirán en destrezas, habilidades y me harán sobresalir con autoridad académica.

A mi directora de tesis, Dra. María Carolina Martínez por su valiosa orientación para el desarrollo de este trabajo.

Finalmente, quiero agradecer a todas las personas, que proporcionaron información, percepciones y experiencias para mi investigación.

DEDICATORIA

A mis padres, Bertha Urrego y Eduardo Hormaza, por ser mi mayor inspiración, por su amor incondicional. Gracias por su apoyo en cada paso de este camino.

A mis hermanos, Liliana Patricia y Luis Eduardo, por su compañía y por ser una columna fundamental en mi vida.

A mi esposo, Jorge Cifuentes por ser mi compañero de vida, mi apoyo incondicional. Gracias por tu paciencia, y amor en cada paso de este camino.

A mis hijos, Salome y Esteban por ser mi motor, mi inspiración y mi razón para seguir adelante.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido	
AGRADECIMIENTOS	4
DEDICATORIA	5
RESUMEN	8
ABSTRACT	8
1 INTRODUCCIÓN	10
1.1 Estado del Arte	13
1.2 Planteamiento Del Problema	17
1.2.1 Pregunta Problema	19
1.2 Objetivos	19
1.2.1. Objetivo general.....	19
1.2.2. Objetivos específicos	19
2. CONTEXTO	20
2.1 Contexto Geográfico	20
2.2 Contexto Normativo	26
3. MARCO TEÓRICO Y METODOLOGICO	32
3.1 Marco conceptual	32
3.1.1 Atención Primaria en Salud -APS.....	32
3.1.2 Planes de Intervenciones Colectivas (PIC)	34
3.1.3. Experiencias	34
3.1.4 Percepción.....	35
3.1.5. Territorialización.....	36
3.2 Metodología	36
3.2.1 Criterios de selección.	38
3.3 Aspectos Éticos y Legales	39
4. RESULTADOS	40
4.1. Experiencias	41
4.1.1. Articulación Institucional.....	42
4.1.2. Gobernanza de la Salud Pública.....	46
4.1.3. Experiencias Significativas	49
4.2. Percepciones	51
4.2.1. Implementación de la estrategia APS en los territorios	53

4.2.2. Desarrollo de capacidades del talento humano	55
4.2.3 Sistemas de información	58
5. DISCUSIÓN	61
6. CONCLUSIONES.....	70
7. RECOMENDACIONES.....	73
8. BIBLIOGRAFÍA.....	74
9. ANEXOS.....	83
Anexo 1 Consentimiento Informado.....	83
Anexo 2. Entrevistas.....	85

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación normativa que respalda el ejercicio de Atención Primaria en Salud (APS).....	29
Tabla 2. Relación de entrevistas y codificación de las personas entrevistadas.....	37

INDICE DE MAPA

Mapa 1 Ubicación geográfica de Departamento de Cundinamarca 2022.....	21
Mapa 2 División administrativa del departamento de Cundinamarca	25
Mapa 3 Regiones de salud del departamento de Cundinamarca.....	38

RESUMEN

Este documento se basa en un estudio de carácter cualitativo, que analiza experiencias y percepciones de los actores involucrados, asociadas al ejercicio de territorialización de la estrategia de atención primaria en salud (APS) y el plan de intervenciones colectivas (PIC) en el departamento de Cundinamarca durante el año 2024, en el marco de la normatividad vigente de Colombia Resolución 518 de 2015, Resolución 3280 de 2018, Resolución 295 de 2023, Ley 1438 de 2011, Ley 1438 de 2011. Como parte del proceso metodológico se realizaron entrevistas semiestructuradas a los actores involucrados que permitieron obtener información valiosa desde su experiencia y percepción con el fin de comprender los avances y posibles desafíos de la estrategia en cada uno de sus territorios, con el fin de garantizar el mejoramiento en la prestación de servicios para el cuidado integral de la salud. En el marco del desarrollo de la investigación se identificaron grandes fragmentaciones en la implementación de la estrategia APS en los territorios del departamento, que motivan una transformación del ejercicio de abordaje, incorporando acciones mucho más pertinentes que transversalicen los enfoques y que atiendan las necesidades de estos territorios de acuerdo con sus complejidades y particularidades.

Palabras claves: Atención Primaria en Salud, Plan de Intervenciones Colectivas, determinantes sociales en la salud, gobernanza, territorios, equipos básicos de salud, experiencias, percepciones, territorialización

ABSTRACT

This document is based on a qualitative study, which analyzes experiences and perceptions associated with the territorialization exercise of the primary health care (PHC) strategy and the collective intervention plan (PIC) in the department of Cundinamarca during the

year 2024, within the framework of current Colombian regulations Resolution 518 of 2015, Resolution 3280 of 2018, Resolution 295 of 2023, Law 1438 of 2011, Law 1438 of 2011.

Through the application of 15 semi-structured interviews with the health secretaries, PIC Coordinators or Managers of State Social Enterprises (E.S.E), one for each health region in the department of Cundinamarca, making contributions that allow improving territorial management in the territory, in order to guarantee the improvement in the provision of services for comprehensive health care. Within the framework of the research development, great fragmentations were identified in the implementation of the PHC strategy in the territories of the department, which motivate a transformation of the approach exercise, incorporating much more pertinent actions that transversalize the approaches and meet the needs of these territories according to their complexities and particularities.

Keywords: primary Health, primary health care, health care, social determinants of health, governance, territories, basic health teams, collective intervention plan, experiences, perceptions, territorialization

1 INTRODUCCIÓN

El concepto de Atención Primaria en Salud (en adelante APS) surge en el marco del desarrollo de la política en salud en 1978 con la Declaración de Alma-Ata

Donde, todos los países del mundo se comprometieron a alcanzar, para el año 2000, una salud para todos, basándose en una estrategia de atención que transversalizara el concepto integral de la salud con el cuidado de los enfermos, la lucha contra la desnutrición, el ejercicio de campañas de vacunación, la dotación de agua potable como elemento esencial para garantizar el saneamiento básico y el crecimiento de la capacidad de los sistemas de salud para ofrecer servicios de calidad adecuados para toda la población (Organización Mundial de la Salud & UNICEF, 1978).

La estrategia APS es el preámbulo a los servicios integrales de salud donde se identifican los determinantes sociales, ambientales y económicos que interfieren en el goce efectivo de la salud; de igual manera está inmersa en los PIC que generan planes de acción en salud que afectan estos determinantes, contando con la distribución de los recursos financieros, priorizando las acciones específicas individuales y colectivas en los individuos, familias, y comunidades de forma oportuna y con calidad a través de los servicios integrales.

Por tanto, al implementar la nueva adaptación de la estrategia APS se hace necesario comprender y revisar cómo se coordina el trabajo con las entidades territoriales y las empresas prestadoras de servicios de salud públicos, quienes tienen a cargo el desarrollo y seguimiento a los PIC, para promover, prevenir y gestionar el riesgo, permitiendo un mayor nivel de bienestar a través de la atención integral y de alcance para todos.

Según la organización Panamericana de la salud (2007) “en la Región de las Américas varios países han implementado políticas y programas enfocados en la estrategia APS.

Destacándose Cuba por su sistema nacional de salud (SNS) de acceso universal, centrado en los individuos, sus familias y la comunidad respondiendo a las necesidades de salud y sus determinantes sociales”.

En la búsqueda realizada, para el caso de México se evidencia una temprana implementación de la estrategia

Se tienen antecedentes de la atención primaria en salud como política y práctica desde el año 1936, cuando el doctor Gustavo Baz siendo director de la Escuela Nacional de Medicina lanzó el programa de servicio social de pasantes para las Escuelas de Medicina. Asimismo, describía el concepto y composición del equipo de salud y la necesidad imperiosa de que la comunidad participara en estos equipos de salud (Casas, Rodríguez, & Casas, 2013, p.1).

“En Chile la APS se implementa a través de diferentes mecanismos: **a)** Atención Primaria de Salud Municipal, **b)** Atención Primaria Dependiente de los propios Servicios de Salud, **c)** Organizaciones No Gubernamentales (ONG) ejecutan acciones del primer nivel de atención” (Cardemil, 2022, p.4).

En Colombia, la integración de la atención primaria en salud en los planes de intervenciones colectivas está respaldada por la normatividad vigente, que recientemente fue aprobada en busca de promover la equidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud en todo el país.

En este sentido, la estrategia APS se enfoca justamente en el abordaje del primer nivel de atención médica, donde se brindan servicios de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a la población. Esto, relacionado con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018, que define los planes de intervenciones colectivas (en adelante PIC) que son implementados por todos los territorios del país y que buscan abordar los determinantes sociales

de la salud y mejorar las condiciones de vida de la población, mediante intervenciones, estrategias y tecnologías de salud que son utilizadas para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la gestión del riesgo, son interdependientes, ya que la APS, como puerta de entrada al sistema de salud, le apunta al fortalecimiento de la salud pública, enfoca sus acciones hacia la atención integral, aporta a la reducción de inequidades y se apalanca en la participación social, comunitaria e intersectorial para aportar a la gobernanza por la salud.

Para el caso del Departamento de Cundinamarca, en el Plan de Desarrollo Departamental 2020- 2024: *región que progresa*”, se plantea para la estrategia APS dentro de la línea estratégica “*Más Bienestar*”, del programa “*Un buen vivir*”, cuyo objetivo se centra en reducir el índice de necesidades básicas insatisfechas; es así como, en el departamento de Cundinamarca se implementa el primer componente de este modelo. Este programa busca garantizar y aumentar la oferta de servicios de promoción y prevención en todo el territorio, de manera universal porque no dependerá de que las personas estén afiliadas a algún régimen o incluso que no lo estén y por tanto no dependerá de su capacidad de pago (Gobernación de Cundinamarca, 2020).

Su implementación es progresiva y busca instalarse como parte de la red integral e integrada de servicios de salud.

La normatividad vigente establece que los planes de intervenciones colectivas deben contemplar la integración de la atención primaria en salud como parte fundamental de su enfoque. Esto implica que los servicios de APS deben estar presentes en todas las acciones y programas diseñados para abordar las necesidades de salud de la población.

La presente investigación responde a un ejercicio cualitativo – fenomenológico que, a través del análisis del discurso abstraído de entrevistas semiestructuradas realizadas a actores

involucrados en la implementación de la estrategia APS en el territorio y desde los escenarios administrativos, se logró identificar cuáles eran las experiencias y percepciones relacionadas con sus diferentes roles, logrando un reconocimiento en términos de efectividad, eficiencia y resultados.

Con este trabajo se pretende entender como los diferentes actores de salud pública viven, sienten e interpretan la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud y el Plan de Intervenciones Colectivas en sus territorios en el departamento de Cundinamarca.

1.1 Estado del Arte

Con el fin de establecer el estado del arte el cual permita abordar, comprender y sintetizar los procesos realizados frente a la estrategia APS, se realizó un estudio documental, en el que se tuvo en cuenta los acercamientos que otros investigadores han llevado a cabo hasta el momento con relación al objetivo principal identificando los resultados obtenidos y saber qué hace falta por investigar o no se ha dicho en las investigaciones anteriores y que permita implementar en este proceso de investigación, es por eso que se revisaron investigaciones comprendidas entre los años 2012 a 2023 los cuales contienen conceptos relacionados con la estrategia.

A manera de síntesis, frente a los resultados obtenidos en el acercamiento a las investigaciones realizadas, entre los años 2012 al 2015, se encontró que esta estrategia da cuenta de la implementación y estrategias basadas en enfoque renovado, eje estructural y de interés actual para la gestión integral de la atención en los sistemas de salud, así mismo, sobre el enfoque por competencias para los equipos de atención primaria de salud, lo que puede ser excelente para los responsables políticos y los administradores en salud a la hora de implementar la estrategia de atención primaria de salud, destaca la necesidad de seguir desarrollando las

competencias de los miembros del equipo que desempeñan funciones directivas, lo que puede servir de base para los programas de formación y desarrollo profesional para los líderes de la salud en los entornos de atención primaria de salud. De la misma manera, se resalta que

La estrategia APS fue concebida en la década de los 70 como una estrategia política para lograr la meta social de “Salud para todos”. Respondió a importantes cambios en terrenos social, político y económico que ocurrieron a nivel global después de la segunda guerra mundial, y que siguen ocurriendo hasta la actualidad. Por una desafortunada mala traducción del inglés al español y una errada interpretación de términos, la atención primaria de la salud ha sido malentendida por muchos como “atención en el nivel primario de salud” o como la “dotación de un paquete de prestaciones básicas pero insuficientes a los más pobres”, conceptos erróneos que mantienen las inaceptables inequidades sociales y de salud que hoy seguimos sufriendo (Tejada de Rivero, 2013, p.1)

La estrategia APS debe ser vista como una estrategia integral para lograr salud para todos, disminuyendo las inequidades y desigualdades existentes en salud, teniendo en cuenta los determinantes sociales, promoviendo la equidad, la solidaridad y la justicia social de todas las personas sin importar su estrato socioeconómico, raza o religión.

Cabe resaltar que la estrategia APS, promulgada por la Declaración de Alma-Ata en 1978 como lo menciona Muñoz et al. (2012) “implica reconocerse como modelo para implementar acciones tomando como referencia el desarrollo territorial y en particular, la Atención Primaria en Salud como estrategia para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable para la población del país”.

Por otro lado, se evidencia la existencia de barreras en atención primaria en salud en los profesionales de enfermería del nivel de atención básico en Barranquilla, el nivel de

conocimiento demuestra la necesidad de capacitación, movilización y empoderamiento con respecto a la atención primaria en salud para los profesionales de enfermería. El desconocimiento de aspectos inherentes a política, planificación y gestión en APS dificulta la puesta en marcha en el territorio (3), los obstáculos en la implementación de la atención Primaria en Salud parten desde el desconocimiento de los profesionales de la salud que aún tienen a pesar que se habla de APS desde la declaración de Alma-Ata en 1978, es primordial la capacitación y el empoderamiento de los profesionales de la salud en la estrategia de APS recordando la importancia del acceso universal como elemento esencial de la atención primaria en salud, ayudando a eliminar las barreras geográficas, financieras, socioculturales y estructurales dentro del sistema de salud.

Frente a las investigaciones comprendidas entre los años 2018 y 2023, se relaciona la histórica Declaración de Alma-Ata de 1978 donde formalmente consolidó por primera vez una declaración política que consagra la salud como un derecho humano dentro del sistema sanitario mundial. agenda y enfatizó en que la estrategia constituye un mecanismo clave para lograr la salud para todos, es importante realizar mediciones para el desempeño de los trabajadores de salud a más de 40 año de haber realizado la declaración o de hablarse por primera vez de APS es importante mencionar que existe una debilidad en los sistemas de información digitalizados que se implementan con la estrategia y se hace necesario fortalecer la participación comunitaria para la implementación de la estrategia APS, sin dejar de lado las áreas rurales y rurales dispersas. De la misma forma, en áreas rurales y remotas, la atención primaria a la salud es esencial para enfrentar iniquidades que marcan estos territorios El concepto de ruralidad es son inexactas y las políticas dirigidas a la salud rural en Brasil son frágiles. la organización para abordar poblaciones rurales y rurales dispersas necesita una planeación diferente a la que se implementa en los cascos

urbanos de los municipios o de las ciudades se debe tener en cuenta que las problemáticas en salud son diferentes se debe analizar los desafíos que se puedan presentar para el personal de salud y los mismos usuarios en áreas geográficas de difícil acceso, garantizando el acceso a los servicios de salud, se debe contar con un equipo de profesional multidisciplinario aunar esfuerzos para garantizar satisfacer las necesidades en salud de las poblaciones; teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada territorio, fomentar la buena comunicación entre los miembros del equipo de salud y la comunidad, en cuanto sea posible también realizar una evaluación periódica de su eficiencia, APS debería ser una estrategia clave para disminuir las inequidades existentes en salud.

Finalmente, se puede concluir que la estrategia APS ha evolucionado a lo largo del tiempo en respuesta a las necesidades cambiantes de las comunidades, su implementación ha variado entre los países. En muchos sistemas de salud, ha pasado de un modelo centrado en el médico a uno más orientado hacia equipos territoriales básicos y complementarios brindando atención integral a los pacientes, Su enfoque está en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico temprano y el manejo integral de los problemas de salud. Se basa en principios claves que incluyen la accesibilidad, la integralidad, la coordinación y la persistencia de la atención. La accesibilidad se refiere a garantizar que los servicios de salud estén disponibles para todos, sin importar su ubicación geográfica o su situación socioeconómica; mientras que la continuidad, se refiere a un seguimiento adecuado de los pacientes y la coordinación de la atención entre diferentes niveles de atención. La Integralidad implica considerar los aspectos biopsicosociales de los individuos y las comunidades. La coordinación busca asegurar la conexión entre los diferentes niveles de atención y los distintos actores del sistema de salud. La continuidad se refiere a garantizar un seguimiento adecuado a lo

largo del tiempo, promoviendo una relación de confianza entre los pacientes y los equipos de atención o profesionales que les brindan la atención.

La estrategia APS es el eje de las acciones de salud en los territorios, pues involucra todos los entes encargados de velar por la salud de la población, y todos los profesionales de la salud deben conocer, capacitarse y apropiarse la estrategia con el fin de reducir las brechas existentes en salud, sin embargo, y a pesar que se habla de APS desde Alma-Ata existen vacíos en cuanto a la implementación de la estrategia a través de los planes de intervención Colectiva en los territorios porque aún en algunos territorios se da el inicio tardío de las intervenciones colectivas, la baja cobertura poblacional y duración inferior a 6 meses, cuando de la continuidad de la estrategia dependerá poder impactar positivamente los indicadores trazadores de salud pública, por último es importante tener en cuenta las revoluciones tecnológicas existentes con el fin de contribuir a mejorar el sistema de información que sean robustos y confiables en la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

1.2 Planteamiento Del Problema

De conformidad con la Constitución Política y con el artículo 2 de la Ley 1438 de 2011, corresponde al Estado garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud a todos los residentes en el territorio colombiano. Se debe garantizar el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad

Sin embargo, aunque la estrategia APS es un componente central del sistema de salud y proporciona servicios integrales individuales y colectivas en los diferentes entornos (hogar, comunitario, educativo, institucional, entre otros), así como también los planes de intervenciones colectivas permiten una atención centrada en las necesidades de las comunidades, hay que

reconocer que existen limitaciones en su implementación. Algunas de estas limitaciones tienen que ver con un déficit de recursos adecuados, financiación, falta de participación comunitaria, continuidad en los procesos y una gran necesidad de mejorar la coordinación entre diferentes actores del sistema de salud, para cumplir con las políticas en salud y los objetivos de desarrollo sostenible.

Llama la atención cómo desde el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo se establece que las Empresas Sociales del Estado y las entidades territoriales están llamadas a conformar y operar los programas de Equipos Básicos de Salud, de acuerdo con los lineamientos expedidos por las Direcciones de Promoción y Prevención, de Prestación de Servicios y de Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social; sin embargo, surge la duda, si estos procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios son eficientes en la garantía de las condiciones de atención con criterios de calidad y oportunidad, teniendo en cuenta que aún, existen vacíos en la implementación de los PIC, donde, no solo el proceso se limita en la identificación de riesgos y canalización a otros servicios, sino que no se logra dar continuidad a los diferentes niveles en la atención en salud, según la complejidad requerida y en articulación con los entes involucrados para lograr el goce efectivo de la salud.

Por ello es tan importante tener en cuenta las experiencias y percepciones de los diferentes actores involucrados en la estrategia de Atención Primaria en Salud ya que ellos tienen una visión integral de lo que realmente está pasando en sus territorios, qué aspectos están funcionando bien, cuáles desafíos tienen que enfrentar y qué posibles ajustes según su experiencia se podrían realizar para fortalecer la estrategia de Atención Primaria en Salud y el Plan de Intervenciones Colectivas.

1.2.1 Pregunta Problema

Para el desarrollo del documento de investigación se planteó la siguiente pregunta problema, que orientará el análisis: ¿Cuáles son las experiencias y percepciones de los diferentes actores involucrados en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y los Planes de Intervención Colectiva (PIC) en el Departamento de Cundinamarca durante el año 2024?

1.2 Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Realizar un análisis cualitativo de las experiencias y percepciones de los actores involucrados, en la estrategia Atención Primaria en Salud (APS) en el Departamento de Cundinamarca, Durante el año 2024.

1.2.2. Objetivos específicos

- Realizar una revisión normativa, en relación con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y los Planes de Intervención Colectiva (PIC)
- Reconocer las experiencias y percepciones de los diferentes actores involucrados la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y los Planes de Intervención Colectiva (PIC) y sus posibles desafíos
- Identificar oportunidades para el fortalecimiento de la estrategia de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y los Planes de Intervención Colectiva (PIC) en Cundinamarca.

La presente investigación esta organizada en 7 capítulos; en el capítulo 2 se hablará del contexto geográfico y normativo, en el capitulo 3 del marco teórico y metodológico, en el capítulo 4 se hablará de los resultados, en el capitulo 5 de la discusión, en el capítulo 6 las conclusiones y finalmente en el capítulo 7 las recomendaciones.

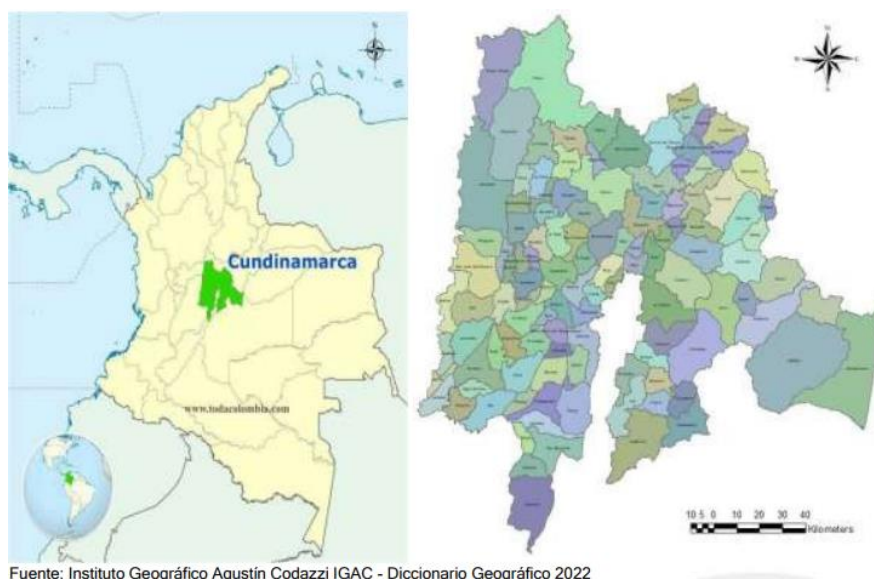
2. CONTEXTO

2.1 Contexto Geográfico

El contexto geográfico del departamento es fundamental para comprender las condiciones del territorio, es por ello que a continuación se mencionan algunos aspectos claves de su ubicación y geografía.

El Departamento de Cundinamarca Se localiza en el Centro del país, haciendo parte de la región Andina. Cuenta con una superficie 24.210 km² lo que representa el 2.12 % del territorio nacional. Su capital es la ciudad de Bogotá, D.C., aunque no hace parte del régimen administrativo de Cundinamarca, es su capital, limita con cinco (5) departamentos: al norte con el departamento de Boyacá; por el Este con los departamentos de Boyacá y Meta; por el Sur con los departamentos de Meta, Huila y Tolima, y por el Oeste con el río Magdalena, que lo separa de los departamentos de Tolima y Caldas El Departamento de Cundinamarca, es uno de los departamentos colombianos de mayor importancia, la actividad económica es variada y abarca casi todos los sectores, es uno de los treinta y tres departamentos que, junto con Bogotá, Distrito Capital, componen el territorio de la República de Colombia (Secretaria de Salud de Cundinamarca, 2022, p.26).

Mapa 1 Ubicación geográfica de Departamento de Cundinamarca 2022



División Administrativa Cundinamarca: El Departamento de Cundinamarca está dividido en 15 provincias (Almeidas, Alto Magdalena, Bajo Magdalena, Gualivá, Guavio, Magdalena Centro, Medina, Oriente, Rionegro, Sabana Centro, Sabana Occidente, Soacha, Sumapaz, Tequendama Ubaté), 116 municipios, 14 corregimientos, 177 inspecciones de policía, así como, numerosos caseríos y centros poblados. Según la asamblea Departamental de Cundinamarca en su ordenanza 07 (2020) “Cundinamarca está organizada en una red Integrada e Integral de servicios de salud a través de 14 regiones en salud con sus 116 municipios los cuales se agrupan así”

1. REGION EN SALUD SABANA CENTRO OCCIDENTE: Comprende los municipios de: Facatativá, Albán, Guayabal de Síquima, Subachoque, San Juan de Rioseco, Bituima, Beltrán, Pulí, Madrid, Zipacón, Bojacá, El Rosal, Funza, Mosquera y Vianí (Asamblea Departamental de Cundinamarca, 2022, p.1).

2. REGION EN SALUD MEDINA: Comprende los municipios de: Paratebuena, Medina y Ubalá B (Mambita y San Pedro de Jagua) (Asamblea Departamental de Cundinamarca, 2022, p.1).
3. REGION EN SALUD SOACHA: Comprende los municipios de: Soacha, Sibaté y Granada (Asamblea Departamental de Cundinamarca, 2022, p.1).
4. REGION EN SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS: Comprende los municipios de: Chocontá, Machetá, Manta, Suesca, Tibirita y Villa Pinzón (Asamblea Departamental de Cundinamarca, 2022, p.1).
5. REGION EN SALUD CENTRO: Comprende los municipios de: La Mesa, Cachipay, Anapoima, Tena, El Colegio, Anolaima, Quipile, San Antonio del Tequendama (Asamblea Departamental de Cundinamarca, 2022, p.1).
6. REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE GUAVIO: Comprende los municipios de: La Calera, Guasca, Gachetá, Ubalá A, Guatavita, Junín, Gachalá, Gama, Tocancipá y Sopo (Asamblea Departamental de Cundinamarca, 2022, p.1).
7. REGION EN SALUD NORTE: Comprende los municipios de: Pacho, Yacopí, La Palma, El Peñón, Paima, Supatá, Topaipí, Villa Gómez y San Cayetano B (Asamblea Departamental de Cundinamarca, 2022, p.3).
8. REGION EN SALUD NOR OCCIDENTE: Comprende los municipios de: Villeta, San Francisco, Sasaima, La Vega, Vergara, Nocaima, La Peña, Supatá, Quebrada Negra, Utica y Nimaima (Asamblea Departamental de Cundinamarca, 2022, p.3).
9. REGION EN SALUD BAJO MAGDALENA Comprende los municipios de: Guaduas, Puerto Salgar, Chaguaní y Caparrapí (Asamblea Departamental de Cundinamarca, 2022, p.3).

10. REGION EN SALUD NORORIENTE Comprende los municipios de: Carmen de Carupa, Cucunuba, Fúquene, Guachetá, Lenguazaque, Simijaca, Susa, Sutatausa, Tausa, Villas de San Diego de Ubaté (Asamblea Departamental de Cundinamarca, 2022, p.3).
11. REGION EN SALUD SABANA CENTRO Comprende los municipios de: Cajicá, chía, Cogua, Cota, Nemocón, San Cayetano A, Tabio, Tenjo, Zipaquirá, Sesquilé, y Gachancipá (Asamblea Departamental de Cundinamarca, 2022, p.3).
12. REGION EN SALUD REGION: Comprende los municipios de: Fusagasugá, Silvania, Arbeláez, Pasca, San Bernardo, Pandi, Cabrera, Tibacuy, Venecia (Asamblea Departamental de Cundinamarca, 2022, p.3).
13. REGION EN SALUD SUR ORIENTE: Comprende los municipios de: Cáqueza, Chipaque, Choachí, Fosca, Guayabetal, Gutiérrez, Quetame, Ubaque, Une, y Fomeque (Asamblea Departamental de Cundinamarca, 2022, p.1).
14. REGION EN SALUD SUROCCIDENTE Comprende los municipios de: Girardot, Tocaima, Ricaurte, Agua de Dios, Nilo, Guataquí, Nariño, Apulo, Viotá, Jerusalén y Beltrán (Asamblea Departamental de Cundinamarca, 2022, p.3).

Cundinamarca, al igual que Colombia, es un territorio diverso en su geografía, con una notable riqueza de recursos naturales, así como una compleja y vibrante realidad social y cultural. Su fuerte arraigo en la ruralidad y la vocación agropecuaria constituyen factores clave que posicionan sus territorios rurales como áreas con un gran potencial para el desarrollo productivo, competitivo, sostenible e inclusivo. En estos espacios, las estrategias de desarrollo deben enfocarse en mejorar el bienestar de las poblaciones rurales, buscando reducir las desigualdades y las brechas que persisten entre lo urbano y lo rural, especialmente en

Cundinamarca, donde los desafíos en la distribución equitativa de oportunidades y servicios siguen siendo una preocupación central. (ASIS Cundinamarca 2022)

Es así como, el enfoque territorial, aplicado al contexto del Departamento de Cundinamarca, implica un planteamiento de políticas públicas que reconoce la diversidad del territorio y las particularidades de sus poblaciones. Este enfoque debe ser integral y diferenciado, considerando las diversas dimensiones del territorio, como lo poblacional, espacial, económico, social, ambiental e institucional. Es fundamental reconocer las características específicas de cada región para garantizar que las políticas, planes, programas y proyectos respondan a las realidades locales de manera efectiva.

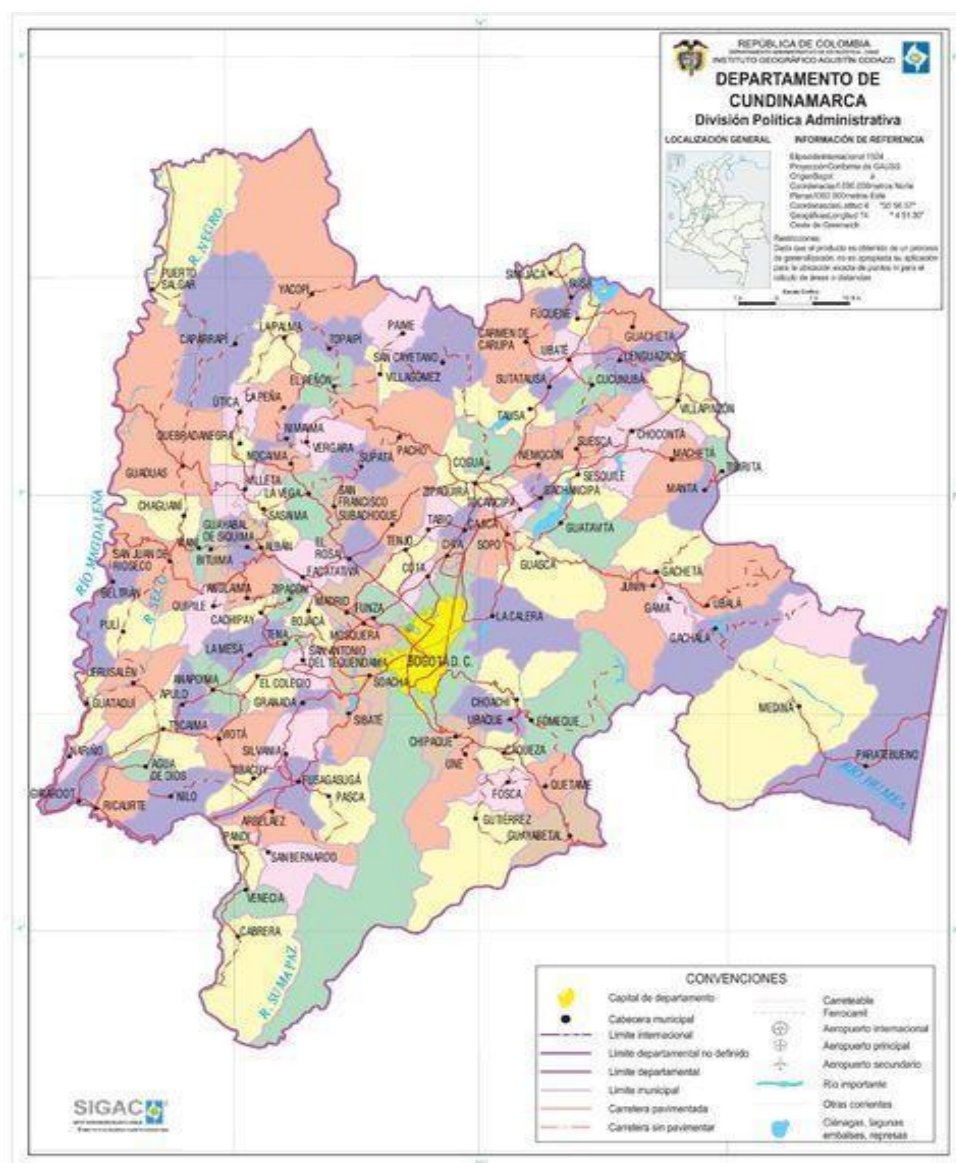
En este sentido, el enfoque territorial modifica la planificación tradicional, pasando de una visión sectorial o zonal a una perspectiva multidimensional, lo cual, permite considerar la interacción entre lo político, lo social, lo cultural, lo económico y lo ambiental, elementos que se entrelazan en la configuración del territorio. Uno de los beneficios clave de este enfoque es que reconoce a los actores sociales como portadores de derechos, conocimientos y acciones sobre su territorio. Así, los pobladores no solo son sujetos pasivos, sino que construyen activamente sus particularidades y gestionan las relaciones y conflictos inherentes a su territorio. Por ello, la responsabilidad por la garantía de derechos en el territorio se vuelve tanto individual como colectiva, y se extiende a quienes habitan en las áreas rurales y urbanas del Departamento.

El enfoque territorial debe trascender hacia la transversalización de estos actores, incorporando una mirada diferencial que responda a las necesidades de aquellos grupos históricamente marginados o vulnerados. Este proceso requiere de políticas públicas que se alejen de una planificación aislada y sectorial, y que busquen reducir las brechas sociales, económicas y culturales que afectan a las poblaciones más desprotegidas. En particular, el Departamento de

Cundinamarca necesita un enfoque inclusivo que permita la protección y promoción de derechos para todos sus habitantes, con especial atención a los grupos rurales, campesinos y otros actores sociales que habitan en territorios más vulnerables.

Por otro lado, los conceptos de territorialidad y territorialización son fundamentales para entender cómo los habitantes de Cundinamarca se relacionan con su territorio.

Mapa 2 División administrativa del departamento de Cundinamarca



Nota: La figura muestra la distribución geográfica del territorio cundinamarqués, en relación a la división administrativa. Fuente: Mapas de Cundinamarca (2021)

2.2 Contexto Normativo

Este marco normativo tiene como objetivo promover una atención equitativa, inclusiva y respetuosa de las particularidades de cada población, asegurando que todas las personas, sin distinción, puedan acceder a los derechos y servicios de manera adecuada, sin discriminación y con plena participación

En Colombia, la integración de la atención primaria en salud en los planes de intervenciones colectivas está respaldada por la normatividad vigente, que recientemente fue aprobada en busca de promover la equidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud en todo el país. La Resolución 518 de 2015, la Resolución 3280 de 2018, la Resolución 2206 de 2022 y la Resolución 295 de 2023, que establecen directrices y lineamientos para fortalecer la estrategia APS y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en su integralidad técnica y financiera, abordando la forma de distribución, contratación y ejecución de los recursos del Sistema General de Participación; Sin dejar a un lado la Ley 715 donde se establecen las normas orgánicas a seguir en la distribución de los recursos en salud que organiza la prestación de los servicios de salud

El nuevo plan decenal en el componente de “*Gestión integral de la atención primaria en salud*” donde las raíces de estrategia se encuentran en el compromiso con la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación.

La estrategia APS se plantea como uno de los ejes fundamentales del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (Resolución 1035 de 2022-Modificada por la Resolución 2367 de 2023), como un escenario de articulación entre la comunidad y los servicios de salud de primer nivel. La Resolución 518 de 2015 y la Resolución 3280 de 2018 proporcionan directrices y lineamientos importantes para la implementación de la estrategia APS y el PIC. Estas

resoluciones establecen las bases legales, normativas y financieras para promover una atención primaria de calidad, para garantizar la participación de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con la salud.

De otro modo, los PIC son instrumentos de política pública que buscan garantizar la atención integral a la salud de la población, mediante la implementación de acciones específicas para prevenir las enfermedades y promover la salud en la comunidad. La estrategia APS y el PIC constituyen componentes esenciales para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

La Gobernación de Cundinamarca, en respuesta a sus necesidades en salud y cumplimiento de la normatividad vigente ha venido implementando la atención primaria en salud mediante Asamblea Departamental de Cundinamarca (2012), “se aprueba el Plan Territorial de Salud *“Cundinamarca calidad de vida”*”; este Plan Territorial incorporó un enfoque territorial, poblacional, de curso de vida y de derechos, mediante un modelo de gestión en salud basado en Atención primaria, Durante el gobierno 2012-2016” se construyó y desarrolló un modelo de gestión en salud, que se denominó “Cundinamarca Saludable”, este articulaba un enfoque poblacional, territorial y diferencial, buscando generar un impacto positivo en la calidad de vida y el desarrollo integral del ser humano. Para el año 2016 la estrategia de APS es implementada a través de las Empresas Sociales del Estado del orden municipal, conllevando al mejoramiento del acceso a la prestación de los servicios para la población direccionada, Durante el gobierno departamento 2016 -2019 se implementó la estrategia Cundinamarca Familia Saludable y Feliz; para el año 2023 se logró la conformación de 159 equipos territoriales, que operan en los municipios categoría 4,5,6,.

Los equipos de atención primaria de salud, pueden ser excelente para los responsables políticos y los administradores en salud a la hora de implementar la estrategia de atención

primaria de salud, destacando la necesidad de seguir desarrollando las competencias de los miembros del equipo que desempeñan funciones directivas, La promoción de la salud que tiene como propósito disminuir las desigualdades existentes en un sistema de salud como el de Colombia, para lograr una salud óptima para todas la personas sin importar su estrato socio económico, es importante mencionar que los obstáculos en la implementación de la atención Primaria en Salud parten desde el desconocimiento de los profesionales de la salud que aún tienen a pesar que se habla de APS desde la declaración de Alma-Ata, debe ser vista como una estrategia integral para alcanzar salud para todos, disminuyendo las inequidades y desigualdades existentes en salud, teniendo en cuenta los determinantes sociales, promoviendo la equidad, la solidaridad y la justicia social de todas las personas sin importar su estrato socioeconómico, raza o religión.

Por lo tanto, la estrategia APS ha evolucionado a lo largo del tiempo en respuesta a las necesidades cambiantes de las comunidades, su implementación ha variado entre los países. En muchos sistemas de salud, ha pasado de un modelo centrado en el médico a uno más orientado hacia equipos territoriales básicos y complementarios brindando atención integral a los pacientes, Su enfoque está en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico temprano y el manejo integral de los problemas de salud. Se basa en principios claves que incluyen la accesibilidad, la integralidad, la coordinación y la permanencia de la atención.

La estrategia APS es el punto central de las acciones de salud en los territorios, pues involucra todos los entes encargados de velar por la salud de la población, y todos los profesionales de la salud deben conocer, capacitarse y apropiar la estrategia con el fin de reducir las brechas existentes en salud, sin embargo y a pesar que se habla de APS desde Alma-Ata existen vacíos en cuanto a la implementación de la estrategia a través de los planes de

intervención Colectiva en los territorios porque aún en la actualidad en algunos territorios se da el inicio tardío de las intervenciones colectivas, la baja cobertura poblacional y duración inferior a 6 meses, cuando de la continuidad de la estrategia dependerá poder impactar positivamente los indicadores trazadores de salud pública, por último es importante tener en cuenta las revoluciones tecnológicas existentes con el fin de contribuir a mejorar el sistema de información que sean robustos y confiables en la implementación de la estrategia de APS, porque, si se habla de APS desde 1978, su evolución después de más de 40 años no se ha logrado cumplir con los objetivos que se plantearon en la conferencia de Alma-Ata,

Por consiguiente, existen vacíos en cuanto a la implementación de la estrategia a través de los PIC en los territorios porque aún en algunos territorios se da el inicio tardío de las intervenciones colectivas, la disminución en cobertura poblacional y duración menor a 6 meses, cuando de la continuidad de la estrategia dependerá poder impactar positivamente los indicadores trazadores de salud pública, por último es importante tener en cuenta las revoluciones tecnológicas existentes con el fin de contribuir a mejorar el sistema de información que sean robustos y confiables en su ejecución.

Tabla 1. Relación normativa que respalda el ejercicio de Atención Primaria en Salud (APS).

<p>Ley 715 de 2001</p> <p>“Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”</p>	<p>Establece el marco normativo para la descentralización de los recursos en salud, determinando las competencias de la Nación, los departamentos y los municipios en la prestación de los servicios de salud. Su aplicación en la territorialización de la Atención Primaria en Salud (APS) y la implementación del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) radica en la asignación de recursos financieros que permiten la operatividad de estos programas en el nivel local. A través de esta ley, se definen los mecanismos de financiación y administración de los PIC, garantizando que las entidades territoriales cuenten con los insumos necesarios para desarrollar estrategias de promoción y prevención en salud, fundamentales en la APS.</p>
--	--

<p>Ley 1438 de 2011</p> <p>“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”</p>	<p>Reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, estableciendo la APS como el eje fundamental para la reorganización del modelo de atención. Su aplicación se refleja en el fortalecimiento de la atención en el primer nivel, promoviendo un enfoque preventivo y predictivo que permite la identificación temprana de riesgos en la población. En el marco de la territorialización de la APS, esta ley impulsa la conformación de Equipos Básicos de Salud que operan en el territorio, promoviendo la integración de acciones de salud pública con la atención individual y colectiva.</p>
<p>Ley 1751 de 2015</p> <p>“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”</p>	<p>Conocida como la Ley Estatutaria de Salud, reconoce la salud como un derecho fundamental autónomo, garantizando su acceso sin barreras geográficas, económicas o administrativas. En este contexto, la territorialización de la APS y la implementación del PIC deben responder a este principio, asegurando que todas las personas reciban atención en condiciones de equidad. La aplicación de esta ley en el ámbito territorial implica la necesidad de diseñar estrategias que permitan eliminar las brechas en el acceso a los servicios de salud, fortaleciendo la APS como un mecanismo de garantía del derecho a la salud.</p>
<p>Resolución 518 de 2015</p> <p>“Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC”</p>	<p>Establece las directrices para la gestión de la salud pública y la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Su ampliación en la territorialización de las APS se centra en la formulación de estrategias de promoción y prevención que respondan a las necesidades específicas de cada territorio. A través de esta resolución, se busca garantizar que los PIC no solo se enfoquen en la atención de enfermedades, sino que contribuyan a la mejora de los determinantes sociales de la salud, articulando acciones con diversos sectores para un abordaje integral.</p>
<p>Resolución 3280 de 2018</p> <p>“Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de atención en Salud</p>	<p>Adopta los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de la Atención en Salud (RIAS), estableciendo directrices para su operación. Su aplicación en el contexto territorial se traduce en la implementación de rutas de atención diferenciadas, que consideran las particularidades de cada población y territorio. De esta manera, se promueve un modelo de atención integral en el que la APS se convierte en el eje articulador de los servicios de salud, garantizando una atención continua y coordinada en todos los niveles del sistema</p>

<p>para la Población materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”</p>	
<p>Resolución 1035 de 2022</p> <p>“Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031”</p>	<p>Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, el cual define estrategias de largo plazo para mejorar la salud de la población colombiana. Su aplicación en la territorialización de la APS y el PIC se evidencia en la necesidad de diseñar políticas de salud adaptadas a las condiciones y particularidades de cada región. Este plan establece metas y líneas de acción que orientan la formulación e implementación de los PIC, asegurando que las intervenciones sean efectivas y sostenibles en el tiempo.</p>
<p>Resolución 2367 de 2023</p> <p>“Por la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031”</p>	<p>Se introducen modificaciones al Plan Decenal de Salud Pública, ajustando capítulos estratégicos para mejorar su implementación. En el contexto territorial, esta resolución permite la actualización de enfoques y estrategias de salud pública, asegurando que la APS y los PIC respondan de manera más efectiva a los cambios epidemiológicos y sociales del país.</p>
<p>Resolución 295 de 2023</p> <p>“Por la cual se modifican los artículos 3, 8, 11, 14,16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las condiciones para la ejecución”</p>	<p>Modifica la Resolución 518 de 2015, redefiniendo aspectos clave sobre la gestión del PIC y la participación de los entes territoriales en su ejecución. Su aplicación en la territorialización de la APS permite mejorar la planificación y ejecución de intervenciones colectivas, asegurando que las acciones en salud pública sean pertinentes y respondan a las necesidades específicas de cada comunidad.</p>
<p>Resolución 100 de 2024</p> <p>“Por la cual se dictan disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud y se deroga la Resolución número 1536 de 2015”</p>	<p>Establece disposiciones sobre la planeación integral para la salud, con el objetivo de optimizar la gestión de los recursos y la implementación de estrategias de salud pública. Su aplicación en la territorialización de la APS radica en la necesidad de articular las políticas de salud con los planes de desarrollo territorial, garantizando un abordaje integral y sostenible en la prestación de los servicios de salud.</p>

Fuente: Elaboración propia

3. MARCO TEÓRICO Y METODOLOGICO

3.1 Marco conceptual

En este capítulo se abordarán los fundamentos conceptuales que orientan esta investigación, incluyendo los principios de Atención Primaria en Salud, su evolución y aplicación en Colombia y especialmente en el Departamento de Cundinamarca, así como los principios teóricos de experiencias, percepciones y territorialización.

3.1.1 Atención Primaria en Salud -APS

El marco teórico de la Atención Primaria de Salud (APS) proporciona los fundamentos conceptuales y filosóficos que orientan su aplicación y ejercicio. De esta manera la Declaración de Alma-Ata (1978) estableció la estrategia APS como el enfoque fundamental para alcanzar la salud para todos, resaltando la equidad en salud, la participación comunitaria y la atención integral como pilares de esta estrategia.

APS se caracteriza por ser un modelo de atención centrado tanto en el individuo como en la comunidad, reconociendo sus necesidades individuales y sociales, y enfatizando la importancia de la participación comunitaria en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Priorizando la prevención y la promoción de la salud, la estrategia APS no solo trata enfermedades, sino que también fomenta actividades centradas en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, haciendo uso de escenarios como la vacunación, la educación sanitaria y la promoción de estilos de vida saludables. A partir de esto, busca brindar una atención integral y permanente a lo largo del ciclo vital; adicionalmente, la estrategia APS coordina diversos niveles de atención y aborda las necesidades de salud en todas las etapas de la vida, reconociendo el papel activo de la comunidad en la promoción de la salud y la toma de decisiones sobre su bienestar. En este sentido, la estrategia APS busca fortalecer la capacidad de

las comunidades para identificar y abordar sus propias necesidades de salud, basado en el modelo de determinantes sociales de la salud y entendiendo al engranaje social y comunitario como la base de la sostenibilidad de las acciones. Es así como, al considerar los determinantes sociales de la salud, la estrategia APS reconoce que factores como el entorno social, económico y ambiental influyen en la salud de las poblaciones, por lo que trabaja para abordar estos determinantes y mejorar la salud de manera integral, basada en el principio de equidad y acceso universal, y defiende el derecho de todas las personas a recibir atención sanitaria de calidad, sin importar su condición social, económica o geográfica.

La estrategia APS está originado en la Declaración de Alma-Ata de 1978, ha sido elaborado y perfeccionado a lo largo del tiempo por diversas organizaciones y expertos en salud pública. Proporciona una guía fundamental para la planificación, implementación y evaluación de programas y políticas de APS en todo el mundo. Esto constituye un abordaje desde un enfoque holístico a través del cual se consideran integralmente las carencias de salud de las personas, abordando aspectos físicos, mentales, sociales y emocionales. Esta estrategia pretende la accesibilidad universal ya que su objetivo es asegurar que todos tengan acceso equitativo a servicios de salud de calidad, sin importar su ubicación geográfica, situación socioeconómica u otras condiciones, busca la prevención y la promoción de la salud, donde se prioriza la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables mediante actividades educativas, de promoción y de prevención, es importante resaltar que tiene una atención centrada en el individuo, donde se enfoca en las necesidades particulares de cada paciente, reconociendo su autonomía, dignidad y contexto social, donde se cuenta con una participación comunitaria, la cual involucra activamente a la comunidad en la planificación, implementación y evaluación de los servicios de salud, reconociendo su papel en la promoción de la salud y la prevención de

enfermedades, a través de una coordinación y continuidad en la atención se busca facilitar la coordinación entre diferentes niveles de atención y garantiza una atención continua a lo largo del tiempo, promoviendo una gestión integral de la salud y por último y se parte desde el modelo de determinantes sociales de la salud donde, reconoce que los factores como el entorno social, económico y ambiental influyen significativamente en la salud de las personas, y busca abordar estos determinantes para mejorar los resultados de salud.

3.1.2 Planes de Intervenciones Colectivas (PIC)

Los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) son instrumentos de política pública que buscan garantizar la atención integral a la salud de la población, mediante la implementación de acciones específicas para prevenir las enfermedades y promover la salud en la comunidad. Los PIC abordan problemáticas de salud pública y desigualdades en el acceso y calidad de los servicios de salud, y promueven la participación comunitaria y la construcción de entornos más saludables.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) se define como “un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud -POS, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales, desarrolladas a lo largo del curso de vida” (art. 2).

3.1.3. Experiencias

Retomando a Denzin y Lincon (2018), hacen referencia a la experiencia como una construcción subjetiva e intersubjetiva que, cobra sentido de acuerdo, no sólo con el relato de los actores, sino también con la interacción con el contexto, la semiología y las propias vivencias y acciones que rodean el proceso; por tanto, estas experiencias no son meramente objetivas, pero aportan de manera significativa al ejercicio de análisis.

Desde esta perspectiva, la experiencia es en sí una fuente legítima de conocimiento, al permitir conocer diferentes dimensiones de los fenómenos estudiados, transversalizados por las emociones, valores, sistemas de creencias, prácticas y cultura de quien vive el ejercicio. Es en este sentido en el que Van Manen (1990) expone la relevancia del estudio de las experiencias como un ejercicio de acercamiento, no sólo fenomenológico sino también hermenéutico, en el que se abordan las interpretaciones de lo que significó el tránsito por estas experiencias por parte de los actores.

En el campo de la salud, propiamente, se hace imprescindible reconocer cómo los actores narran, dan significado y transmiten sus aprendizajes a partir del ejercicio en el terreno, ofreciendo claves determinantes para comprender cómo los procesos de intervención desde los escenarios asistenciales, colectivos y comunitarios (Flick, 2015).

En este sentido, el uso de entrevistas semiestructuradas en las que se exploren los relatos de estos actores involucrados permite comprender cómo experimentaron el proceso a partir de su propia voz, emociones y vivencias, lo cual, enriquece profundamente la comprensión del fenómeno estudiado y aporta a la construcción colectiva de conocimiento, tomando como referencia un contexto mucho más amplio y complejo (Taylor & Bogdan, 2013).

3.1.4 Percepción

Según Goldstein (2014), La percepción implica un procesamiento continuo de los estímulos recibidos a partir de los sentidos los cuales permiten construir ideas con significado.

Neisser (1967), el perceptor elabora esquemas mentales anticipados que le permiten interpretar los estímulos del entorno con base a experiencias y necesidades.

La percepción es fundamental para la interpretación de la realidad ya que se construyen significados a partir de los estímulos del entorno.

Para Fuenmayor y Villasmil (2010), La percepción en cada individuo es un proceso subjetivo ya que la información obtenida a través de un estímulo varía de un individuo a otro según las necesidades presentes en ese momento. La condición selectiva de la percepción es consecuencia de la subjetividad de cada persona y esta percepción es temporal ya que es un fenómeno a corto plazo.

3.1.5. Territorialización

Consiste en entender que existen diversos territorios y poblaciones en un departamento, permite atender las necesidades de salud de una población específica.

Entendiéndose el territorio no solo como el área geográfica sino también las relaciones que establecen sus habitantes, teniendo en cuenta las particularidades de cada territorio aspectos como: relaciones económicas, ambientales, la orientación sexual, la etnia o la cultura, sus necesidades y requerimientos, es el territorio con sus diferentes factores sociales

Lopez y Figueroa (2013) señalan que “la territorialización es asociada a un proceso en el cual un sujeto, comunidad o grupo social apropia y se vincula con un lugar físico”

3.2 Metodología

Se realizó un estudio cualitativo Fenomenológico a través de entrevistas semiestructuradas, a algunos de los actores involucrados en salud Pública, las cuales tenían como objeto conocer las experiencias y percepciones asociadas al ejercicio de territorialización de la estrategia de atención primaria en salud (APS) y el plan de intervenciones colectivas (PIC) en el departamento de Cundinamarca durante el año 2024.

Se llevaron a cabo 17 entrevistas semiestructuradas de forma personal y virtual a coordinadores PIC o secretarios de Salud o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, Médico de equipos básicos y funcionaria de la secretaría de Salud de Cundinamarca (tabla 2)

La entrevista contó con el consentimiento informado (Anexo 1) por parte de cada uno de los participantes, fueron grabadas y transcritas de forma anonimizada la custodia de estas entrevistas reposan en el computador personal del investigador.

Finalmente, la recolección, análisis y sistematización de la información se llevó a cabo a través de herramientas ofimáticas que permitieron realizar el análisis crítico del discurso.

Tabla 2. Relación de entrevistas y codificación de las personas entrevistadas

PARTICIPANTE	CARGO	CODIGO DE LA ENTREVISTA
1	Secretaria de salud del municipio de Facatativá	P1-C.A.H. P
2	Coordinadora PIC municipio de Cajicá	P2-A.M.M. O
3	Gerente Centro de Salud Fosca	P3-S.L. B
4	Coordinadora PIC municipio de Fusagasugá	P4-N.Y. S
5	Coordinadora PIC municipio de Quebradanegra	P5-C. R
6	Secretaria de salud del municipio de Tocancipá	P6-M.P.M. P
7	Coordinadora PIC municipio de Macheta	P7-L.A.C
8	Coordinadora PIC municipio de Utica	P8-C.A.V.T
9	Coordinadora PIC municipio de San Juan de Rioseco	P9-L.R.C. P
10	Coordinadora PIC municipio de la Mesa	P10-C.L.P. L
11	Coordinadora PIC municipio de Paima	P11-E.M.P. S
12	Coordinadora PIC municipio de Soacha	P12-M.S. R
13	Coordinadora PIC municipio de Medina	P13-Y.L. Z
14	Coordinador PIC municipio de Nemocón	P14-F.A.M. G
15	Gerente Centro de salud de Tausa	P15-D.L.P. B
16	Médica de Equipos Básicos	P16-L.H. S
17	Funcionaria secretaria de Salud de Cundinamarca	P17-M. R

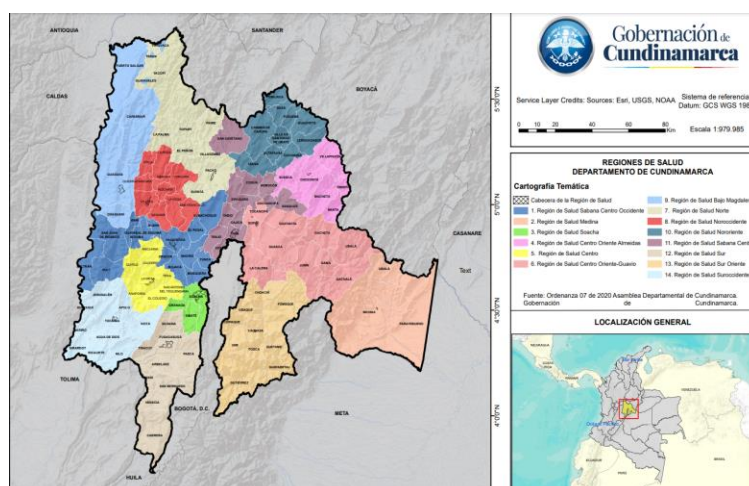
Fuente: Elaboración propia

El Departamento de Cundinamarca cuenta con 116 municipios organizados en 14 regiones en salud. Se ubicó a los Coordinadores PIC, Secretarios de Salud o gerentes de las Empresas Sociales del Estado, uno por cada región de salud, se contactaron los participantes por muestreo por conveniencia identificados por mi experiencia laboral como profesional de la subdirección de Salud Pública de la secretaría de salud de la gobernación de Cundinamarca. Los participantes fueron contactados telefónicamente por el investigador a los cuales se les informó el objeto de la investigación y su participación fue un proceso voluntario.

3.2.1 Criterios de selección.

Con el objeto de recopilar información relevante para esta investigación se tuvieron en cuenta profesionales como secretarios de salud, coordinadores PIC de los municipios de Cundinamarca, o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, se realizará una (1) entrevista por cada región de Salud (14 regiones en salud) como se observa en el mapa 3. Un médico de equipos básicos y un funcionario de la secretaria de salud de Cundinamarca.

Mapa 3 Regiones de salud del departamento de Cundinamarca



Nota: Ordenanza 07 de 2020 Asamblea Departamental de Cundinamarca- Gobernación de Cundinamarca (2020)

3.3 Aspectos Éticos y Legales

Es importante resaltar que la presente investigación se realizó conforme a los criterios establecidos en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. el presente trabajo contempla el análisis cualitativo frente a las experiencias y percepciones de los actores involucrados en el ejercicio de territorialización de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS) y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en el Departamento de Cundinamarca, Durante el año 2024, Esta investigación podría clasificarse sin riesgo puesto que es un estudio en donde no se realiza intervención ni modificación a variables biológicas ni físicas (Resolución 8430 de 1993) esta investigación se realizó mediante entrevistas semiestructuradas con su respectivo consentimiento informado, garantizando la confiabilidad de sus datos, con participación voluntaria, cada participante fue informado del objeto de la presente investigación. Las entrevistas fueron transcriptas y sus nombres fueron reemplazados por las iniciales de sus nombres y un código para su posterior análisis y resultados.

4. RESULTADOS

En el presente capítulo se abordarán los diferentes elementos conceptuales consultados, en contraste las experiencias y percepciones abstraídas a partir de las entrevistas a los diferentes actores involucrados en el proceso de la Atención Primaria en Salud (APS) y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en el departamento de Cundinamarca. Para este propósito, se utilizó el enfoque metodológico de análisis del discurso, que, de acuerdo con su definición, es una herramienta que permite transversalizar diferentes elementos identificados a partir del desarrollo de entrevistas semiestructuradas y explorar y comprender cómo las personas involucradas experimentan y perciben los fenómenos que ocurren en el entorno, en los cuales se involucran (Gee, 2014).

En este contexto, se realizó el análisis de las 17 entrevistas realizadas a los participantes, contemplando significados compartidos, exploraciones en relación a las vivencias dentro del contexto de su participación en el proceso de implementación de la Atención Primaria en Salud (APS), y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), identificación de emociones, pensamientos, experiencias, que, desde una perspectiva subjetiva, aportan a comprender el tránsito y su involucramiento en el ejercicio de territorialización de la estrategia. Este enfoque permitió profundizar en el entendimiento de cómo estos actores han experimentado y percibido el proceso de territorialización de la estrategia en Cundinamarca, durante el año 2024, permitiendo captar cómo éstos perciben e interpretan el proceso, en el contexto de la salud pública, de acuerdo con sus propias necesidades territoriales y desde cada uno de los roles que ejercen.

Teniendo en cuenta la pregunta problema, para facilitar el ejercicio de análisis se realizó a partir de dos categorías (experiencias y percepciones), enfocando en la comprensión de las vivencias.

4.1. Experiencias

Retomando el concepto de experiencia mencionado anteriormente y definido por Husserl (1970), en el que relaciona este concepto con la recopilación de vivencias que un individuo ha tenido en relación con un fenómeno, incluyendo, no sólo la interpretación, sino también las emociones, acciones y aprendizajes derivados de una situación específica, y como estas median con las expectativas y necesidades en cada uno de los territorios. Conocer las experiencias de diversos actores en el proceso de investigación es fundamental para comprender la complejidad del sistema de salud desde una perspectiva territorial; en este sentido, escuchar las voces de coordinadores del PIC, Secretarios de salud, ejecutores, personal administrativo y gerentes de las ESE permite identificar tanto las fortalezas como los desafíos estructurales, operativos y formativos que enfrentan estos actores en su labor cotidiana, aportando una visión más situada, realista y estratégica sobre cómo se generan los escenarios de articulación (o no) con las políticas nacionales, las dinámicas sociales de los territorios y con las necesidades específicas de la población, con el ánimo de promover la gobernanza, potencializando la articulación interinstitucional y aportando a la garantía del derecho a la salud a toda la población, indistintamente de su condición social o económica.

El enfoque participativo retomado en este ejercicio investigativo no sólo enriquece el análisis de la información devenida de la operación de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS), sino que resulta como elemento esencial para generar acciones más pertinentes, sostenibles y alineadas con la realidad de las comunidades.

Para efectos del presente análisis de los resultados, se retomaron las siguientes preguntas:

- ¿La articulación entre los equipos básicos y el plan de intervenciones colectivas es alta, media, nula y por qué?

- ¿Se presentan dificultades entre la integración de los equipos básicos y el PIC?
- ¿Alguna experiencia exitosa que se hayan tenido con los equipos en el territorio?
- ¿Cree usted que los equipos básicos aportan en la gobernanza en el territorio?

En el marco del desarrollo de las entrevistas, se evidenciaron los siguientes resultados, teniendo en cuenta los roles de los entrevistados, los cuales, revelan importantes diferencias con relación a cómo han experimentado y participado de manera directa en el ejercicio.

A partir de las entrevistas aplicadas a los coordinadores PIC, Gerentes de los hospitales, secretarios de Salud, Médicos de los equipos Básicos y personal administrativo de la Gobernación de Cundinamarca se puede evidenciar un panorama complejo y fragmentado en relación con la articulación entre los Equipos Básicos en Salud (EBS) y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Si bien, la Atención Primaria en Salud (APS) busca consolidarse como estrategia integradora de los servicios de salud, las experiencias recogidas muestran profundas brechas entre lo normativo y la realidad operativa en los territorios. A continuación, se desglosan los resultados obtenidos mediante el análisis del discurso abstraído de las diferentes entrevistas, destacando las siguientes categorías de análisis: articulación institucional, gobernanza de la Salud Pública y experiencias significativas relativas a la implementación de las estrategias en el territorio.

4.1.1. Articulación Institucional

Una primera categoría que subyace del análisis del discurso de los entrevistados se relaciona con la articulación institucional, donde se evidencian niveles muy variables de coordinación entre el PIC y los EBS. En algunos casos, como el expresado por el entrevistado

P9, se reconoce un esfuerzo articulado con actores como la alcaldía, el ICBF y la comisaría, que permitió intervenir de manera integral a una familia en situación de vulnerabilidad; en relación a este tema, menciona: "*(...)Entendiéndose de equipos básicos no sólo los del ministerio, sino también los que se pueden dar desde el municipio y desde la concurrencia departamental; debe ser una articulación en conjunto, que vayan siempre para un mismo fin, que es la comunidad(...)*". No obstante, la mayoría de los testimonios —P10, P11 y P12— coinciden en señalar que dicha articulación es débil o nula. Se describe cómo ambas estrategias operan de manera paralela, sin comunicación ni planificación conjunta, lo que ha generado duplicidad de intervenciones en microterritorios y ausencia de acciones coordinadas. La existencia de referentes separados en las secretarías de salud para cada estrategia es vista como una barrera estructural que perpetúa la desconexión entre los programas. Esto puede retratarse de manera muy puntual en lo expuesto por el participante P10, quien menciona: "*(...) Realmente esta articulación me parece que es muy baja. No hay una articulación para mí desde mi punto de vista. Yo siento que estas acciones, como lo digo, deben de ir en busca de todas las necesidades de las personas en donde la alcaldía distribuye sus zonas, sus territorios para cada una de esas personas que están ejecutando, pero se queda ahí como en el tema de la encuesta, de ir a hacer una actividad específica, pero no se le tiene como el fin último que es, yo identifiqué, yo capté y yo de una vez hice la acción correctiva frente a esa necesidad de las personas, ¿me hago entender? Sí. O sea, se queda en la caracterización, es que no hay una, por lo menos entre ellos, no hay una comunicación o una integración. Son como grupos de personas que hacen una actividad muy similar, pero cada uno lo hace en su territorio, pero no tienen ningún tipo de comunicación o articulación (...)*".

Por su parte, desde el perfil de Medicina, que ejerce como ejecutor de los equipos básicos, se da cuenta de que, en el territorio, desde el ejercicio en campo y frente a la atención directa a la comunidad, evidencia cómo los equipos del PIC y los EBS operaban de manera separada en veredas diferentes, sin un trabajo conjunto. Esta experiencia refleja una fragmentación en la gestión de la APS, en la que los recursos humanos se reparten territorialmente sin una visión unificada de salud pública. La existencia de referentes separados en las secretarías de salud para cada estrategia es vista como una barrera estructural que perpetúa la desconexión entre los programas, tal y como se puede evidenciar en su discurso: *"Yo creo que es nula. Entonces, por ejemplo, lo que estaban haciendo allá era que usaban el equipo de PIC para algunas veredas y pues el equipo de equipos básicos como algo complementario a las otras veredas faltantes, pero que todos se unieran juntos, nunca pasó eso"* (P16- L.H.S)

Lo anteriormente expuesto, refleja cómo la falta de una adecuada articulación entre los Equipos Básicos en Salud (EBS) y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) compromete seriamente el éxito de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), ya que impide la planificación conjunta, provoca duplicidades o vacíos en la cobertura territorial y debilita la respuesta institucional frente a las necesidades reales de las comunidades. Esta desconexión no solo limita el alcance y la efectividad de las intervenciones, sino que también afecta la confianza de la población en el sistema de salud, obstaculiza la continuidad del cuidado y desaprovecha los recursos disponibles, dificultando la consolidación de procesos sostenibles de salud pública, como respuesta a las necesidades y tomando como referencia lo demandado por el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

En cuanto al rol de Gerencia de las ESE's, la experiencia en relación con el escenario de articulación, el entrevistado P15, refiere: *"(...) No ha sido como tal, algo que aterrice bien a la*

comunidad y que por ende cause un impacto. Pienso que este tipo de cosas desde el PIC, APS, equipos básicos, debería ir engranado todo porque las estrategias son muy buenas, pero a partir de la planeación como se hace desde salud pública, municipal, departamental, nacional, a fin de que realmente esos equipos multidisciplinarios que son excelentes no se desperdicien, porque yo estoy viendo que realmente llegan a campo y siguen haciendo la misma caracterización que se supone que desde el PIC ya está. Entonces hace falta un poco de articulación de que como que se aterrizen realmente los conceptos y el por qué y el para qué es que se ha diseñado cada una de estas estrategias dentro del plan de intervenciones colectivas. Entonces es que podríamos decir que es una articulación media. Exactamente, media. Hace mucha falta que haya mayor integración y como más de integración pienso yo que los coordinadores PIC deben tener claridad de lo de las necesidades como tal en su población, que es lo que se hace directamente desde toda la estrategia o la planeación de salud pública (...)". Esta experiencia refleja la falta de coherencia operativa y conceptual en relación con las estrategias como el PIC, los EBS y APS. Aunque refiere que son valiosas en su diseño y están pensadas para romper barreras de acceso a los diferentes servicios de salud en los territorios diversos, la implementación en su territorio carece de una articulación efectiva, generando duplicidad en las acciones tales como la caracterización a la población, considerándose en un evidente reproceso. La entrevistada sugiere que la articulación es "media", ya que existen esfuerzos, pero no son suficientes ni bien integrados. Además, subraya que los procesos de planeación deben ser más claros, coordinados y centrados en las verdaderas necesidades del territorio, para no desperdiciar el potencial de los equipos multidisciplinarios. En este sentido, los resultados sugieren que no existe una alineación clara entre la planificación y la ejecución local.

4.1.2. Gobernanza de la Salud Pública

La segunda categoría que emerge con base en los discursos de los entrevistados se relaciona con la gobernanza de la salud pública definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la resolución 2367 de 2023, en el numeral 3.2. Gobernanza como “la capacidad de las instituciones locales para liderar, articular e incidir en las condiciones de salud de su población”. En este sentido, a pesar de evidenciar limitaciones en la articulación, se resalta cómo los EBS han logrado ampliar el alcance institucional hacia comunidades que históricamente han estado desatendidas, bien sea por sus condiciones determinadas por barreras geográficas o por el contexto social. En concordancia, destaca el trabajo puerta a puerta, la gestión de canalizaciones de usuario con dificultades en el acceso a los servicios, así como la gestión oportuna de casos críticos identificados en el terreno. Esto puede denotarse en las respuestas brindadas por algunos participantes, tales como, lo expuesto por el entrevistado P2 “(...) *Ellos van adelante de la gobernanza porque finalmente la gobernanza permite que haya como esa articulación de la autoridad sanitaria, que es lo que uno busca, pero los equipos básicos realmente tratan de visibilizar lo invisible frente a las atenciones de salud, no solamente sanitarias, no solamente intramurales, sino también las extramurales. Entonces hay una gran responsabilidad y una necesidad de articulación fuerte desde el proceso de gobernanza para que ellos puedan estar articulados y tengan el respaldo en la comunidad para poder darle más como credibilidad a la comunidad frente a las acciones que ellos tienen como equipos (...)*”(P2 - A.M.M.O). De igual manera, el participante P4 manifiesta: “(...) *Pues realmente pienso yo que han sido de vital importancia porque nos permiten realizar como todo ese proceso de gestión y articulación interinstitucional para realmente afectar tanto en el tema salud como en el tema*

social a la comunidad a la que estamos interviniendo. Eso también nos garantiza a nosotros la gobernanza (...)" (P4-N.Y.S).

Desde la perspectiva de los Gerentes, se puede evidenciar en el discurso del entrevistado P15, quien menciona: "*(...) Digamos que la estrategia es muy buena ahora que estamos haciendo el debido proceso con equipos básicos como tal que llegan a atender a nuestra población en campo. Pensaría que sería si se hace bien, si se ejecuta bien, causaría un impacto y a nivel de gobernanza sería espectacular (...)" (P15-D.L.P.B).*

Sin embargo, en diferentes municipios, la experiencia en relación con la gobernanza dista del ideal planteado por la estrategia misma, dado que, la falta de acciones eficientes de articulación entre los diferentes actores del territorio afecta de manera directa y negativa a la gobernanza en salud pública, debilitando la capacidad de liderazgo, coordinación y respuesta efectiva a las necesidades propias del territorio. De acuerdo con lo expuesto en las entrevistas, se señala que la desconexión entre las estrategias como PIC, los Equipos Básicos en Salud y la APS (desde su operatividad) genera reproceso y vacíos en la cobertura poblacional, lo que impide gestionar riesgos y tomar decisiones de acuerdo con los indicadores que son identificados en el marco de la recolección de información a partir de las actividades desarrolladas. Esta fragmentación reduce la capacidad institucional para generar confianza comunitaria, al identificarse inconsistencias en las intervenciones. Este factor podría acarrear efectos adversos en la gobernabilidad, debilitando la legitimidad de las instituciones (relacionada con la percepción de desconexión y falta de respuestas efectivas a sus necesidades, generando desconfianza en el sistema), fragmentando la autoridad sanitaria (al operar programas en el territorio sin coordinación visible y advirtiendo contradicciones y conflictos territoriales entre los diferentes actores), limitando la capacidad de control y evaluación de las diferentes estrategias y

finalmente, desaprovechando los recursos humanos y financieros que son invertidos en los diferentes programas.

Lo anteriormente expuesto puede reflejarse en lo relatado por el entrevistado P1, quien refiere: *"A la gobernanza en salud, nada. A la gobernanza en salud, nada básicamente. Realmente nosotros íbamos a ver, y esa era una de las sugerencias que yo hacía respetuosamente al ministerio el día que tuvimos la reunión con el ministerio, y es que la forma de contratación que nosotros tenemos, las entidades territoriales con los hospitales o con las ESES para el plan de intervenciones colectivas, no ha generado esa armonía que debiera ser o esa fluidez de las intervenciones no se ha generado precisamente por la forma de contratación. Entonces ahí se pierde la gobernanza. Nosotros creemos que la norma, que es preciso que normen ya la nueva resolución para ejecución de las intervenciones colectivas porque, o bien es esa dificultad tan grande la contratación a través de las ESES, que eso vaya al CONFISCUN, que se haga, eso demora mucho la contratación. Y la continuidad de las intervenciones no se ve. Entonces el impacto no se ve (...)"* (P1_C.A.H.P).

Según los relatos, la gobernanza se ve limitada cuando los equipos de trabajo no comparten visiones comunes ni procesos operativos definidos, lo que dificulta el seguimiento a casos priorizados, la articulación intersectorial y la sostenibilidad de las acciones. En contextos donde las decisiones se toman de forma aislada por los diferentes niveles (municipal, departamental, nacional), la planeación pierde pertinencia territorial, afectando la legitimidad y efectividad de las estrategias de salud pública. En suma, la ausencia de una articulación estructurada y continua entre actores socava los principios básicos de la gobernanza: coordinación, participación, transparencia y orientación a resultados.

4.1.3. Experiencias Significativas

En cuanto a las experiencias significativas que se viven en el territorio con la estrategia Atención Primaria en Salud (APS), se da cuenta de su potencial transformador, cuando su implementación incorpora diferentes enfoques y es sensible, contextualizada y articulada con los diferentes sectores y actores en el territorio. Las experiencias significativas identificadas en el proceso de abordaje territorial permiten vislumbrar cómo la estrategia APS puede incidir de manera directa en la calidad de vida y bienestar de las personas, cuando se logra actuar oportunamente y en articulación con los diferentes actores (Equipos territoriales, EPS, IPS, entre otros).

En esta categoría, se contempla lo relatado por el entrevistado P9, quien hace mención a la importancia del trabajo articulado con diferentes actores (equipos territoriales, comisaría, ICBF), permitiendo brindar una atención oportuna a una mujer gestante que vivenciaba una situación de violencia intrafamiliar: “(...) *Encontramos una gestante víctima de violencia. Entonces el equipo abordó, nos comunicamos con la comisaría, con el ICBF y con la alcaldía. La pudimos sacar del contexto de violencia, canalizar y hacerle seguimiento a ella y a sus hijos (...)*” (P9-LRC). Para efectos de este relato, se da cuenta de cómo el accionar coordinado entre sectores puede no solo salvar vidas, sino también generar rutas de protección sostenibles y restaurar derechos fundamentales.

Por su parte, el entrevistado P12, describe una intervención exitosa donde el conocimiento territorial y la capacidad de respuesta inmediata del equipo básico fueron clave para salvar la vida de una usuaria: “(...) *Una de las jefes de los equipos básicos identificó a una paciente con una crisis hipertensiva, solicitó apoyo con recurso móvil y fue trasladada al servicio de urgencias. Posteriormente, se hizo seguimiento por enfermera y médico y se logró su*

adherencia al tratamiento (...)” (P12-M.S.R). Aquí se refleja cómo una respuesta clínicamente adecuada, sumada a un seguimiento y a la integración del engranaje comunitario, logra no solo resolver un evento agudo, sino también promover en la continuidad el cuidado y la prevención.

Por su parte, el entrevistado P15, desde su rol como Gerente, plantea limitaciones estructurales y de conciencia institucional, que afectan la efectividad de las acciones en el territorio, tal y como se observa en el siguiente fragmento: "*(...) Bueno, con el equipo que tenemos y que contamos el año pasado con concurrencia departamental, digamos que nos fue bien, pero aún falta demasiada conciencia en cada uno de los ejecutores y pues también falta más articulación con el departamento, ya que pues sabemos que somos muy pocas las manos para poder atender todas las necesidades, pero aun así pues se hacen las cosas, pero yo sí siento que todavía falta más conciencia frente al objetivo real de lo que se quiere lograr (...)*".(P15-D.L.P.B). A pesar de que la participante P5 reconoce un resultado positivo ("*nos fue bien*"), pone en evidencia dos factores clave que, podrían constituir barreras al éxito sostenido de la estrategia en el territorio; en primera medida, refiere la falta de conciencia por parte de los ejecutores, aludiendo a la debilidad en los compromisos, apropiación y comprensión del sentido y propósito real de la estrategia. Frente a este apartado, se podría interpretar, de acuerdo con su relato que no basta con ejecutar actividades, sino que es necesario que los actores involucrados comprendan y se alineen con el enfoque de salud pública y de APS. Es importante evidenciar en su relato, las limitaciones en cuanto al recurso humano, situación que podría conllevar a la sobrecarga operativa y por ende, afectación en la cobertura. Esto, concatenado con el apartado de gobernanza en salud refleja que la fragmentación institucional, la escasa coordinación y la débil apropiación de los objetivos estratégicos socavan la capacidad de lograr impactos sostenibles y equitativos. La articulación, entonces, no solo implica planear en conjunto, sino

también construir una visión compartida del para qué de las acciones, lo cual sigue siendo un reto importante en muchos territorios.

Tomando en referencia lo anterior, las experiencias referidas por los entrevistados dan cuenta del valor de la estrategia APS en el territorio; las intervenciones son exitosas cuando sus resultados trascienden la simple recolección de datos o ejecución rutinaria de actividades, para convertirse en respuestas aterrizadas al contexto, humanas y proactivas, además de pertinentes, si se tiene en cuenta la incorporación de los diferentes enfoques, teniendo en cuenta la diversidad en el territorio.

Las experiencias exitosas retratadas por los entrevistados demuestran que cuando se logra integrar lo comunitario con lo institucional, se potencia la gobernanza local en salud. Esta perspectiva reafirma que la articulación efectiva no solo implica coordinación técnica, sino también una actitud ética y política que reconoce la dignidad y agencia de las personas en los territorios. No obstante, estas experiencias también revelan que su éxito depende en gran medida del compromiso individual de los actores y no necesariamente de un sistema estructurado que garantice dichas respuestas. Por ello, es urgente avanzar hacia un modelo de APS donde estas buenas prácticas no sean excepcionales, sino parte del funcionamiento habitual del sistema de salud.

4.2. Percepciones

Tomando como referencia el concepto de percepción trabajado en el capítulo anterior, el cual relaciona la percepción con el procesamiento de la información obtenida a través de la experiencia, integrando ideas preconcebidas y formas de interpretar la realidad, dando un panorama mucho más subjetivo que lo mediado meramente por la experiencia y la interacción con estímulos.

Para efectos de esta investigación, conocer las percepciones de los actores directamente involucrados en el ejercicio de territorialización de la estrategia APS, así como quienes han estado desde los escenarios administrativos, financieros y de coordinación se hace imprescindible para comprender la manera integral como estas estrategias se llevan a la práctica en cada uno de los territorios, teniendo como base la diversidad y complejidad que puede diferenciarles. APS como estrategia, constituye una puerta de entrada al sistema de salud como es concebido tradicionalmente, pero también tiene por principio la mirada interseccional e intersectorial que responde justamente a la necesidad de participación de los diferentes actores, por tanto, requiere una mirada situada en su implementación. En este sentido, Peña (2015) menciona que las percepciones de los actores permiten identificar, no solo los logros y avances en la adopción de la estrategia, sino que, también se puede dar cuenta de las tensiones, barreras y situaciones que emergen cuando la planeación no es coherente con la realidad que se presenta al momento de territorializar la estrategia, tomando como referencia las realidades sociales, culturales, institucionales y demás que puedan encontrar en el territorio.

Así, las percepciones de los actores constituyen una fuente invaluable para valorar la coherencia entre las intenciones normativas y cómo se ejecutan en la práctica, decantando cómo se resignifica el concepto de APS en sí mismo, a través de lo vivido por quienes lo ejecutan, coordinan e incluso, quienes reciben los servicios ofertados.

En contextos tan complejos como el del departamento de Cundinamarca, caracterizado por una gran diversidad geográfica, demográfica y socioeconómica entre sus municipios, esta mirada cualitativa adquiere especial relevancia, ya que permite analizar cómo varían las formas de apropiación de la estrategia según los contextos locales. Retomando a Peña (2015), estas experiencias resultan ser muy relevantes para comprender las dinámicas reales asociadas a la

implementación, de cara a las políticas de salud, abriendo caminos para fortalecer la planeación estratégica territorial, haciéndola más participativa y retomando las voces de quienes no son considerados actores activos, como lo son, todos los ciudadanos que se benefician de las acciones.

El análisis de las percepciones identificadas a través de las preguntas formuladas en las entrevistas semiestructuradas, no se limita meramente a un ejercicio descriptivo, por el contrario, convierte esta investigación en una herramienta crítica para evaluar y formular acciones de mejoramiento continuo, tanto a la estrategia, como a las políticas de salud, para que estas sean pertinentes y ajustadas a la realidad, reconociendo y gestionando adecuadamente las barreras.

Desde esta categoría, se formularon las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son las definiciones o conceptos APS y PIC?
2. ¿Cómo fortalecer esa articulación entre los equipos básicos y el PIC?
3. ¿Usted cómo evalúa el impacto de los resultados de la APS en su municipio?
4. ¿Haría sugerencias respecto a la implementación de la estrategia?

A continuación, se desglosan los resultados obtenidos mediante el análisis del discurso abstraído de las diferentes entrevistas, destacando las siguientes categorías de análisis en relación con las percepciones: implementación de la estrategia APS en los territorios, desarrollo de capacidades del talento humano y pertinencia y eficiencia de los sistemas de información.

4.2.1. Implementación de la estrategia APS en los territorios

Para efectos de esta categoría, se retomaron las percepciones de diferentes actores, entre ellos, los coordinadores PIC, entre los cuales se evidencia una comprensión generalizada en relación con la complementariedad de las figuras APS y PIC, en el marco del Modelo de Salud

Territorial en Colombia, reconociendo sus potencialidades, pero también evidenciando fuertes carencias y dificultades de orden técnico y operativo que se vivencian día tras día.

En primera medida, el participante P17, brinda un enfoque amplio, crítico y reflexivo desde su rol administrativo en la Gobernación de Cundinamarca, desde el cual cuenta con una perspectiva amplia, crítica y reflexiva sobre la manera en la que se ha implementado la Atención Primaria en Salud (APS) y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en el territorio de Cundinamarca durante el año 2024, e incluso, años anteriores. Desde su percepción, la estrategia presenta una primera limitación desde cómo es concebida en el territorio, más como una herramienta asistencial y prestacional que como un escenario integral, también previsto en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que integra todo, desde la prestación de servicios de salud individuales y transversales en lo colectivo, constituyendo la puerta de entrada a las rutas integrales de salud (Resolución 3280 de 2018), incorporando conceptos como la participación social y la gobernanza en salud, de acuerdo con su espíritu integrador y articulador en el sistema. Este participante refiere en su discurso que actualmente existen importantes fracturas que impiden alcanzar el objetivo de la estrategia, especialmente tomando como referencia las evidentes tensiones entre los diferentes niveles (Municipal, Departamental y Nacional), la cual se expresa en los diferentes órdenes (Operativo, administrativo, financiero, entre otras). En este apartado, P17 menciona: *"(...) Hay varios aspectos que podríamos observar de esa percepción que tienen ellas. Uno es que el ejercicio de la gobernanza en el territorio, en el municipio necesita ser fortalecido porque no se visibiliza la importancia de las acciones que ellas hacen en el marco del cargo que tienen. Principalmente porque son personas en su mayoría, la mayoría de los municipios que son contratistas, que tienen una alta rotación, son muy pocos los municipios que tienen este coordinador de salud de planta. En cuanto a la estratificación de los*

tres tipos de equipos, en realidad la introducción de los equipos del ministerio creo que sí de cierta manera hizo un daño en los términos de nivelación salarial que deberían tener los equipos del PIC porque los equipos del ministerio llegaron con unos salarios altos ya que su pretensión era llegar al rural y al rural disperso con unos equipos que tenían médico, enfermera pero que por la posición en la que los hicieron llegar no eran tan resolutivos (...)". (P17- L.M.R)

Por otro lado, el participante P2, menciona aspectos que son relevantes al análisis; en primera medida, señala que no se trata solo de una articulación entre la estrategia y el desarrollo del PIC, sino que se requiere una transformación estructural donde los equipos del PIC se fusionen funcionalmente con los equipos básicos de APS que ejercen en el territorio; también destaca logros como la visibilización comunitaria al romper barreras de acceso históricas y estructurales, así como la atención oportuna en el domicilio, aunque reconoce que aún no hay una articulación consolidada por falta de integración intersectorial. Sobre esto, el participante P2 refiere: "*(...). Lo hablo directamente desde el ente territorial donde estoy a nosotros nos hace falta mucho, poder entender que lo que le llamábamos PIC anteriormente estaba basado en unas sesiones educativas que tenían un objetivo, y ese objetivo era fortalecer a la comunidad con autocuidado. Traemos esa misma herencia de los equipos básicos, todavía tenemos profesionales que se limitan a hacer su actividad sin gestión del riesgo, la efectividad todavía está muy bajas en las canalizaciones, entonces nos falta esa articulación de gestión para poder trabajar y dar un impacto y decirle a las EPS que venga que necesito su presencia en el territorio (...)*".

4.2.2. Desarrollo de capacidades del talento humano

De otro lado, a través del relato de los participantes se da cuenta de la percepción de heterogeneidad en los procesos de cualificación en el marco del proceso, lo cual, repercute de

manera directa con la generación de compromiso del talento humano y corresponsabilidad incidiendo negativamente en la calidad de la ejecución de las acciones tanto en el marco del PIC como de la APS. Frente a este aspecto, se reitera la importancia de estandarizar los perfiles que ejecutan las actividades en el territorio, dando cumplimiento a todo el bagaje normativo relativo a APS y PIC (tales como, Resolución 3280 de 2018, Resolución 518 de 2015, Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, entre otras). Esto, contribuiría directamente en el proceso de alineación estratégica de los equipos con los objetivos del modelo de salud territorial.

Frente a esto, el participante P4 refiere: *“(…) Pues yo consideraría que el impacto ha sido positivo, pero no ha tenido todavía el alcance esperado. Primero por lo que le decía del talento humano, pues digamos que de pronto esa formación un poco más a profundidad del tema de salud colectiva afecta un poquito frente a la ejecución de las actividades. No se hacen como con el mismo compromiso y segundo, pues que también falta digamos desde otras entidades como las EPS, IPS o otros sectores, a veces no, digamos que no, la trascendencia o no, no está de acuerdo con realizar esa articulación para impactar esos riesgos que presentan las comunidades. Entonces, si alcanza o no, pues digamos que en cierta forma queda limitado porque no recibe respuesta por parte del talento humano (…)”* (P4-N.Y.S).

En relación con esto, y en concordancia con lo anteriormente expuesto por los participantes, se evidencia la ausencia de formación interdisciplinaria de base en los equipos que ejecutan las acciones en territorio, trayendo como resultado el trabajo desarticulado y poco colaborativo entre las diferentes disciplinas que interactúan en el proceso.

El participante P12 refiere al respecto: *“(…) Lo segundo que propondría es la capacitación en modalidad presencial virtual para los equipos básicos en salud y el PIC. En modalidad virtual la creación de un curso para los procesos de inducción y reinducción con*

información tanto de equipos básicos en salud y el PIC y en el cual se restarle la importancia de los procesos de articulación y gestión. Todo esto relacionado a la alta rotación del personal con el fin de fortalecer las competencias y adicionalmente porque no todos los profesionales tienen los mismos conocimientos acerca de estas dos actividades. Programar además actividades de capacitación conjunta con la participación de todos los perfiles de los equipos básicos y del PIC para la unificación de conceptos y construcción y manejo de herramientas didácticas. Dar a conocer qué hacen los equipos básicos y qué hace el PIC, cómo están conformados con relaciones de los perfiles, temáticas y acciones que realizan en cada uno de ellos (...)" (P12-M.S.R).

Tomando en referencia el rol de la profesional de la Gobernación de Cundinamarca, podría determinarse una coincidencia en relación a los procesos de desarrollo de competencias para la ejecución, dado que el participante P17 pone en evidencia una crítica al modelo asistencialista tradicional que ha sido predominante en la formación académica de las profesiones de la salud, cuyos sistemas priorizan la atención intrahospitalaria, menoscabando la importancia del trabajo territorial, comunitario y transversalizado por los diferentes enfoques, lo cual, busca justamente que la atención en salud sea mucho más pertinente. En relación con esto menciona: "*(...) es que es que yo creo que la falla está desde la academia porque cuando estamos en formación nos entrenan la mayoría del tiempo para estar en un nivel asistencial intramural entonces uno atiende la consulta está en urgencias está en cuidado crítico y aquí ocurre una estratificación igual que las que ellas mencionan en los equipos básicos entonces es más importante la persona que está en clínica y en el máximo nivel de atención y menos importante y gana menos el que se dedica al ámbito comunitario al territorio a la prevención de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud entonces yo pienso que tiene que*

haber una reestructuración desde la academia y por otra parte si tiene que existir una formación continuada y sobre todo del desarrollo de la interdisciplinariedad muchos planes curriculares en otras partes del mundo ya incluyen que en la formación se tenga interacción con otras disciplinas con otras profesiones nosotros no hemos llegado a eso y tendríamos que llegar a eso desde la academia en territorio en campo entonces tendría que ser así y fomentar la formación continuada pero entonces nos ocurren limitaciones en el recurso digamos que de recurso propio casi nadie le va a invertir el dinero a eso porque hay muchas otras necesidades en los municipios y en el departamento entonces que nos limiten el uso de los recursos del sistema general de participaciones en la formación continuada nos limita (...)" (P17- L.M.R).

Los tres fragmentos de las entrevistas de los participantes P4, P12 y P17 reflejan la preocupación con relación al fortalecimiento técnico del Talento Humano que ejecuta las actividades en el territorio, ya que se limita el éxito de su intervención al no contar con las herramientas necesarias para comprender el verdadero horizonte del proceso. El participante P12, hace hincapié en la necesidad de implementar procesos de capacitación permanentes — presenciales y virtuales— tanto para el talento humano de los equipos básicos, al igual que los ejecutores del PIC municipal y departamental, lo cual, permitiría la comprensión mutua de los roles y funciones de cada equipo, y contribuirían a superar las barreras generadas por la alta rotación del personal y la disparidad en los conocimientos previos, promoviendo así una articulación más efectiva y sostenible.

4.2.3 Sistemas de información

Otro de los puntos con mayor resonancia en el análisis de discurso estuvo asociado a la carencia de un sistema de información que de trazabilidad de las intervenciones realizadas en el territorio, lo cual, limita la posibilidad de contar con una herramienta que sistematice todas las

intervenciones que se realizan día a día en el territorio desde los diferentes entornos, desaprovechando la información subyacente e impidiendo que se gestionen riesgos oportunamente y se pueda tomar decisiones, tomando como base el resultado de la intervención. En este escenario, el Participante P11 plantea que el análisis de situación de salud debería estar más ligado a los datos reportados en los sistemas únicos de información, y esta herramienta debería constituir la base para la planeación participativa de las acciones del PIC y la APS. Los diferentes participantes entrevistados destacan la debilidad en la trazabilidad de la información subyacente de los sistemas de información actuales, los cuales son rudimentarios y poco eficientes para la recolección, sistematización y análisis, limitando significativamente la interoperabilidad entre actores, dado el limitado y poco estratégico uso de los sistemas de información, lo cual, constituye barreras importantes para una articulación efectiva entre APS y PIC.

Estas percepciones en relación a la misionalidad de la estrategia en el territorio y la forma como se ha venido desarrollando su operación refleja de manera muy somera cómo los diferentes actores desde cada uno de los roles que desempeñan en el marco de la territorialización de APS, presenta unas fuertes limitaciones que, a la larga, repercuten en la forma en que el mismo proceso es evaluable (Indicadores que no pueden ser gestionados de manera adecuada al no contar con sistemas de información que den soporte y alcance a lo requerido).

En relación con lo anterior, el participante P7 refiere: *“(...) Pero digo, cruzar la información con sistemas de información porque, por ejemplo, los RIPS, uno si va a cruzar la información, sale más lo de consulta que lo de promoción y prevención. Entonces no está excepto de que hayan RIPS de promoción y prevención (...)”*.

Los resultados obtenidos a partir del desarrollo de las entrevistas evidencian una confluencia entre las experiencias referidas y las percepciones que se tienen con relación al ejercicio de territorialización de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y la implementación del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en el departamento de Cundinamarca. En primera medida, se ven reflejados los avances en relación con el marco normativo y en respuesta a las necesidades que se manifiestan en los diversos territorios, aplicando el enfoque territorial como principio. Por otro lado, los relatos relacionados con las experiencias revelan que existe una brecha significativa entre la planeación estratégica y la operación en terreno, que puede estar relacionada con las debilidades estructurales en la articulación intersectorial, la fragmentación institucional y la insuficiencia tanto presupuestal como técnica del recurso humano con formación en salud pública. Esto permite identificar las tensiones derivadas de las diversas relaciones entre los actores involucrados en el sistema y permite evidenciar que las dinámicas locales no están siendo abordadas a partir de sus propias particularidades, situación que puede afectar a largo plazo la sostenibilidad e impacto de la estrategia.

En conjunto, los hallazgos sugieren que la territorialización de la estrategia APS, aunque es reconocida como un referente técnico-político que está orientada hacia la transformación de brechas, pero que a la fecha, continúa enfrentando retos y dificultades en su concreción práctica, lo que exige una reconfiguración operativa centrada en la gobernanza territorial en salud y la corresponsabilidad institucional, así como un mayor apalancamiento técnico y financiero que de soporte a su territorialización.

5. DISCUSIÓN

En el presente capítulo se pretende discutir en torno a los hallazgos obtenidos en el marco del análisis de las narraciones de los participantes en las entrevistas semiestructuradas, de acuerdo con sus experiencias y percepciones en relación a su rol en la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en el departamento de Cundinamarca para la vigencia 2024, a la luz del marco normativo, teórico y conceptual que sustenta la investigación cualitativa. Pretende justamente estructurar un análisis crítico que aborde los retos, oportunidades, tensiones estructurales y aprendizajes que emergen en cada uno de los territorios en que ha sido incorporada, pretendiendo trascender de una evaluación meramente cuantitativa a abstraer interpretaciones, sentimientos y comprensiones sobre cómo vivencian su propio proceso.

Tomando como base el enfoque a partir del cual se diseñó la metodología de investigación, partiendo del enfoque cualitativo fenomenológico, se reconoce cómo estas narraciones de los actores involucrados en el proceso no son homogéneas, y por el contrario, varían y dependen directa e indirectamente de la forma en que han interactuado con el proceso, el territorio en el que transitan, la formación de base, la trayectoria profesional, el contexto social, el rol, entre otros factores que intervienen en su desarrollo, así como las condiciones a partir de las cuales se ha implementado la estrategia y el resultado que se obtiene en la población, con la intención de explorar el sentido mismo de la experiencia para aportar y enriquecer el proceso en sí mismo a partir de las lecciones aprendidas.

Partiendo del hecho que los actores que participaron en el proceso investigativo jugaron un papel fundamental, tanto en la formulación como en la implementación de la estrategia, se podría concatenar con lo expresado por Roth (2009), en cuanto al ejercicio de formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas, en las que se hace indispensable retomar

las perspectivas de los actores, las características de los territorios, las diversidades y contextos socioculturales y demás aspectos que interseccionan al momento de establecer acciones que le apunten a satisfacer las necesidades, reconociendo en el proceso mismo el carácter dinámico.

Esto, relacionado directamente con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) que se plantea en el territorio como una respuesta integral a las barreras estructurales para el acceso a la salud en la población, especialmente en la más vulnerable, y en coherencia con lo planteado por Roth Deubel, no puede ser vista sólo como un mero instrumento técnico para el abordaje territorial, sino que debe estar contextualizada a las condiciones que se encuentran en estos espacios para que sean pertinentes y sostenibles. Conforme con esto, y partiendo de lo expresado por los participantes, la formulación e implementación de esta estrategia en el territorio cundinamarqués como política, debe considerar tanto la diversidad territorial, la participación de los actores locales (comunidades, instituciones, sectores productivos, etc.) y apropiar el principio de intersectorialidad en el abordaje a los determinantes sociales y gestión de los riesgos que subyacen (Roth, 2009).

A través del análisis del discurso realizado a las narrativas de los diferentes actores involucrados en el ejercicio investigativo, emergieron los siguientes nodos centrales de discusión: la gobernanza y la gobernabilidad como factores determinantes de la articulación institucional; la descentralización de los recursos como condición habilitante para la gestión contextualizada de la salud; el rol de la academia como agente clave en la formación de talento humano y la producción de conocimiento; lo político como elemento transversal que define el rumbo de las decisiones en salud; y finalmente, las mediciones de impacto del gasto público como mecanismo de evaluación de la eficiencia, equidad y sostenibilidad del sistema. Estas categorías interseccionan entre sí y de manera integral, configuran un panorama complejo que

direcciona las necesidades técnicas, operativas, presupuestales, políticas, entre otras, asociadas a la implementación de APS en el territorio. A continuación, se desglosan cada uno de los nodos de análisis:

Gobernanza y Gobernabilidad

El concepto de gobernanza, concebido como procesos orientados hacia la articulación y creación de alianzas estratégicas entre diferentes actores, basados en los principios de coordinación, cooperación y participación, juega un papel fundamental en el marco de la implementación efectiva de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en Cundinamarca; este ejercicio exige la incorporación de miradas mucho más integrales desde los diferentes enfoques, que conminen la integración del estado (como eje articulador), la sociedad civil, la comunidad, el sector privado y la academia, en una estructura sólida que avance en conjunto coherentemente hacia la garantía del ejercicio pleno de derechos.

Tomando como referencia lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 2367 de 2023, la Gobernanza en salud pública, justamente implica ejercer liderazgo para lograr la articulación de los diferentes sectores y promover la corresponsabilidad; sin embargo, el escenario que se evidencia a través de las narrativas de los participantes denota una realidad marcada por deficiencias administrativas que limita este engranaje y por ende, afecta la manera en la se gestionan los diferentes riesgos en salud, así como en la toma de decisiones.

En este sentido, en el caso de la implementación de APS, esta gobernanza se debate entre enormes potencialidades en el territorio como lo son las rupturas de las brechas y barreras históricas para el acceso a la salud para la población más vulnerable de los municipios a través de las acciones propias de la estrategia, y la ausencia de liderazgo que afecta la manera en la que

las comunidades ven el proceso, dan cuenta de las fragmentaciones del sistema y actúan en consecuencia.

Sin embargo, pese a las limitaciones anteriormente mencionadas, es importante denotar como, las experiencias exitosas mencionadas por los participantes retratan cómo la estrategia APS representa un potencial para la transformación de las realidades locales, especialmente en los entornos rurales más apartados y de difícil acceso en el territorio, incorporando principios de integridad territorial, participación social y comunitaria y transversalización del enfoque diferencial, lo que legitima su acción.

Aunado a esto, se hace relevante tener como referencia el concepto de gobernabilidad, que es relativo a la capacidad institucional y operativa del estado (especialmente en los escenarios territoriales) para ejercer una autoridad legítima y gestionar de manera eficiente los recursos a través de la coordinación de actores e implementar las políticas respondiendo efectivamente a las necesidades de las poblaciones. En este sentido, una alta gobernabilidad implica que se ejerzan liderazgos técnicos, lineamientos operativos aterrizados a las dinámicas y diversidades de la población en la que se interviene.

En este sentido, y tomando como referencia las narrativas de los actores, en el marco de la implementación de APS, los dos conceptos son interdependientes y complementarios para la consolidación de la estrategia, ya que del fortalecimiento de los liderazgos dependerá la legitimidad de las acciones y por ende, sin gobernabilidad, no hay capacidad de ejecución.

Construcción contextual de políticas públicas en salud: actores, territorio e intersectorialidad

Los actores que participaron en el proceso investigativo jugaron un papel fundamental, tanto en la formulación como en la implementación de la estrategia, se podría concatenar con lo

expresado por Roth (2009), en cuanto al ejercicio de formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas, en las que se hace indispensable retomar las perspectivas de los actores, las características de los territorios, las diversidades y contextos socioculturales y demás aspectos que interseccionan al momento de establecer acciones que le apunten a satisfacer las necesidades, reconociendo en el proceso mismo el carácter dinámico.

Esto, relacionado directamente con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) que se plantea en el territorio como una respuesta integral a las barreras estructurales para el acceso a la salud en la población, especialmente en la más vulnerable, y en coherencia con lo planteado por Roth Deubel, no puede ser vista sólo como un mero instrumento técnico para el abordaje territorial, sino que debe estar contextualizada a las condiciones que se encuentran en estos espacios para que sean pertinentes y sostenibles. Conforme con esto, y partiendo de lo expresado por los participantes, la formulación e implementación de esta estrategia en el territorio cundinamarqués como política, debe considerar tanto la diversidad territorial, la participación de los actores locales (comunidades, instituciones, sectores productivos, etc.) y apropiar el principio de intersectorialidad en el abordaje a los determinantes sociales y gestión de los riesgos que subyacen (Roth, 2009).

Aunado a esto, se da cuenta de la importancia de incorporar la perspectiva interseccional en salud pública, reconociendo que las desigualdades experimentadas en los diferentes territorios debido a condiciones estructurales amplias y diversas, interactúan entre sí y por ende, deben construirse formas de abordar las necesidades atendiendo a estas particularidades que subyacen de esta interacción. De este modo, y partiendo de esta perspectiva, extrapolado al escenario de la estrategia APS en el territorio cundinamarqués, implica visibilizar las condiciones de salud diferenciadas en los diferentes grupos poblacionales (género, ruralidad, etnicidad, curso de vida,

discapacidad), atender estas condiciones desde una mirada diferencial que mitigue riesgos y rompa barreras de acceso para el goce efectivo del derecho a la salud, promover políticas que fomenten la equidad como principio y finalmente, conminar a la comunidad a participar de manera representativa en la toma de decisiones que se relacionen con sus necesidades. Este factor es fundamental para responder a los criterios de sensibilidad y pertinencia de las políticas públicas en salud, transformándolas en experiencias democráticas y contextualizadas.

Descentralización de los recursos a los territorios

La estrategia APS, como herramienta de intervención territorial requiere el reconocimiento y autonomía, tanto técnica, como operativa y financiera para las entidades territoriales, como una condición estructural que facilite la gestión integral de la salud en los territorios. En este sentido, esta autonomía no debe ser meramente declarativa, sino que debe traducirse como una capacidad real de estos entes para tomar decisiones que respondan verdaderamente a las necesidades y prioridades de sus poblaciones, sin depender de directrices centralizadas que no cuentan con contextos amplios de las dinámicas propias. Para el caso del territorio cundinamarqués, esto implica que puedan concentrarse los esfuerzos en garantizar equipos idóneos y competentes, infraestructura suficiente, formulación planes de intervenciones colectivas aterrizados (lo cual, implica también una flexibilidad normativa que permita adaptar los lineamientos nacionales a las condiciones y contexto) y, por supuesto, capacidad de gestión e innovación.

De acuerdo con los resultados, al no existir un escenario de descentralización de recursos en todos los municipios que implementan la estrategia, queda en evidencia una preocupante asimetría, en la que, mientras algunos municipios consolidan ofertas de servicios aterrizados y

pertinentes, otros enfrentan profundas limitaciones que condicionan el éxito y limitan la gestión de los riesgos y, por ende, la capacidad de lograr un acceso equitativo a la salud. La ausencia de un criterio técnico de distribución de recursos, la rigidez en los lineamientos de ejecución y la insuficiente capacidad instalada profundizan las brechas en acceso y calidad.

La academia como agente estratégico en la transformación territorial de la APS

El rol de la academia en la territorialización de la estrategia APS es estratégico y fundamental y no puede limitarse a la producción de conocimiento descontextualizado; por el contrario, la participación del sector académico en el fortalecimiento del sistema de salud no debe restringirse a una función formativa de carácter instrumental ni a la producción de conocimiento desvinculado de las realidades territoriales. Por ende, constituye un gran reto para las instituciones de educación superior en ciencias de la salud que asuman un rol estratégico que contribuya a la transformación del sistema sanitario, que oriente sus procesos de formación e investigación hacia la comprensión de las comunidades partiendo del modelo de determinantes sociales en la salud, contribuyendo a la formación de profesionales con competencias técnicas, éticas, sociales, culturales y políticas que realmente respondan a la complejidad del entorno, concatenado con el conocimiento científico y los saberes comunitarios. (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2018).

Fragmentación institucional y debilidades en la articulación operativa del sistema de salud

Los hallazgos de las entrevistas realizadas a los participantes reflejan un resquebrajamiento en la articulación operativa y estratégica en los territorios, afectando no solo las coberturas sino también el resultado en términos de eficiencia, dado que las problemáticas en

la ejecución también son traducidas en ineficiente uso de los recursos asignados. Esto ya había sido mencionado por autores como Frenk (2010), quien señaló que justamente la fragmentación en los diferentes actores del sistema de salud dificultaba la eficiencia y, por ende, la equidad. A pesar de que se han emprendido complejas transformaciones del sistema de salud a través de las actualizaciones al sistema normativo que ampara la salud pública en Colombia (como lo son la Resolución 3280 de 2018, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, entre otras), la articulación sigue constituyendo un enorme desafío en el marco de la implementación de las políticas y estrategias, ya que dependen de factores como las voluntades políticas de quien motiva los escenarios de operación.

Retomando lo anterior, la implementación de la APS no puede abordarse desde una lógica meramente técnica o administrativa. Es, en su esencia, una acción política, que comprende cómo las decisiones sobre qué acciones se priorizan, a qué sectores se atiende y cómo se administran los recursos están mediadas por relaciones de poder, intereses sectoriales y estructuras históricas de exclusión.

En Cundinamarca, los hallazgos dan cuenta de una tensión permanente entre las agendas comunitarias y las decisiones institucionales. La voluntad política es un factor crítico: sin ella, la estrategia APS queda reducida a un discurso desprovisto de impacto. Las brechas en representación, la cooptación de espacios participativos, lo que obstaculiza la consolidación.

Impacto del gasto público

La evaluación del impacto del gasto público en salud, en el contexto de la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en Cundinamarca, debe ser considerada como una herramienta analítica esencial para estimar el rendimiento estructural del sistema respondiendo a los principios de eficiencia, equidad y sostenibilidad. Este análisis no

debe reducirse a la cuantificación de la ejecución presupuestal, sino orientarse hacia la valoración cualitativa y cuantitativa de los efectos generados en los determinantes sociales de la salud y las condiciones de vida de la población. Teniendo en cuenta lo mencionado por los participantes, actualmente el departamento como ordenador del gasto no cuenta con herramientas que permitan la medición de esta eficiencia, efectividad y sostenibilidad, lo que podría constituir una limitación en la evidencia de trazabilidad de la manera en la que se ejecutan los recursos y por ende, en la planeación de las estrategias, respuestas aterrizadas a las necesidades del territorio, seguimiento a la trazabilidad de los recursos y, efectivamente en la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Esta fragmentación institucional, aunada a la rigidez normativa y a la baja autonomía técnica de los entes territoriales (mencionada en el segmento de descentralización), contribuye a la desvinculación entre los instrumentos de planificación y la ejecución financiera efectiva. Adicionalmente, la dispersión de las fuentes de financiación y la prevalencia de una lógica asistencial en la asignación presupuestal perpetúan desequilibrios estructurales, debilitando componentes esenciales de la APS como la promoción de la salud, la participación social y la gestión territorial. La ausencia de un marco estandarizado de evaluación del gasto público, común a todos los niveles de gobierno, constituye una barrera crítica para la transparencia, la comparabilidad y la gobernanza fiscal del sistema sanitario.

6. CONCLUSIONES

El presente trabajo representa la compilación de las voces vivas del proceso de implementación de la estrategia APS en Cundinamarca para la vigencia 2024, retratando de manera somera lo que se vive en el territorio, desde las diferentes instancias en las que se encuentran involucrados (Administrativas, operativas, financieras, entre otras).

Desde esta perspectiva, y una vez realizado el correspondiente análisis de la información subyacente de las narraciones de los participantes, de acuerdo con sus experiencias y percepciones, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

En primer lugar, se da cuenta de la interdependencia entre el rol que ejerce cada participante y la forma en que interpreta la implementación de la estrategia; siendo aquellos perfiles operativos quienes expresan las mayores dificultades en cuanto al proceso de ejecución, resaltando las dificultades logísticas, desarticulación entre los diferentes niveles y actores y por ende, brechas en la gestión de la información que se deriva de su trabajo en territorio; por su parte, los perfiles técnicos y administrativos tienden a enfocar el análisis de sus experiencias en las condiciones de planeación, apalancamiento financiero, cumplimiento de metas y por supuesto, el marco normativo. Al interpretar estas diferencias podría concluirse que persiste la necesidad de reconocer, armonizar, contextualizar y situar el proceso para lograr una comprensión más integral e incorporar acciones que sean pertinentes y necesarias de acuerdo a estas particularidades de cada territorio.

De otro modo, se concluye también la necesidad de transversalizar los diferentes enfoques, incluido el enfoque territorial que, permitiría que las acciones de la estrategia se cruzaran con factores tales como las condiciones geográficas, culturales y administrativas de cada municipio, para hacerlas más eficaces al considerar la diversidad.

En cuanto a las capacidades resolutorias de los territorios, se da cuenta de una variación significativa, relacionada con los recursos disponibles para el desarrollo de la estrategia, marcada especialmente en los municipios con mayores limitaciones presupuestales, lo que se traduce en limitaciones técnicas, poca capacidad de gestión y por ende baja resolutoria, dado que no se puede garantizar el tránsito por los diferentes ciclos de atención, incluido el acceso a servicios de salud con equidad; este aspecto justamente contraría lo expuesto en el espíritu del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en relación a la misionalidad de la Atención Primaria en Salud que, es considerada como una fuerza transformadora que, al extender sus brazos y arraigarse en los territorios más distantes y complejos de Cundinamarca, no sólo busca responder a necesidades de la población, sino que se enfila hacia la redefinición de las condiciones de vida de la población y a la transformación del tejido social.

En cuanto al compromiso político de los entes nacionales y territoriales, es determinante que existan voluntades y escenarios de liderazgo que promuevan la articulación fortalecida para la gestión intersectorial eficiente, sostenibilidad de los procesos (garantías financieras para la contratación de los ejecutores que realizan estas actividades en los diferentes municipios) mitigando la fragmentación, desfinanciamiento, pérdida de la continuidad en el abordaje y por ende, pérdida de la capacidad de gobernabilidad.

Finalmente, las complejas dificultades de comunicación referidas por los entrevistados suponen un enorme reto para los distintos niveles del proceso, ya que, limita, no sólo la articulación entre los actores, sino que también resquebraja la coordinación institucional, afectando el propósito en sí de la estrategia. Estas dificultades de comunicación evidenciadas también afectan de manera directa la participación de las comunidades quienes, siendo conscientes de las tensiones, no sienten confianza en la institucionalidad por ende, la

retroalimentación de las acciones es muy precaria y como resultado, se debilita la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a las realidades de los diferentes entornos y se compromete la efectividad de las estrategias de promoción y prevención. Desde este punto de vista, fortalecer los canales y mecanismos de comunicación entre los sectores y niveles de intervención es fundamental para consolidar la implementación de las diferentes estrategias en el territorio, especialmente la estrategia APS, con un verdadero impacto a las condiciones de vida de los habitantes del departamento.

7. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer desde la academia el reconocimiento de la importancia del enfoque para la gestión oportuna del riesgo en salud pública
2. Fomentar canales eficientes de comunicación que contribuyan a un flujo y gestión de la información oportuna
3. Gestión de capacidades del talento humano que ejecuta las actividades
4. Gestión de la calidad en el desarrollo de las actividades propuestas para el cumplimiento del propósito de la estrategia (modelos de contratación)
5. Normatividad acorde a la evolución del modelo de salud pública de la nación.
6. Garantizar la participación comunitaria para la implementación y mejora de la estrategia en el territorio
7. Retomar la figura de gestores en salud o gestores territoriales
8. Implementar sistemas de seguimiento y evaluación continua a la estrategia de APS en los diferentes territorios del Departamento
9. Incentivar la articulación efectiva en los diferentes niveles: Ministerio, Departamento y Municipio

8. BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo Hernández F, García Cano JF, Salazar Vieira LM, Vergara Palacios W, Padilla M & Moreno Mayorga B. (2023). Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: barreras y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*. 2023;47: e138. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.138>
- Amador Campos, J. A., Forns Santacana, M., & Kirchner Nebot, T. (s. f.). . *Repertorios cognoscitivos de atención, percepción y memoria*. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/345/1/144.pdf>
- Asamblea Departamental de Cundinamarca. (2022). Ordenanza 07 de 2022: Por la cual se dispone la organización y modernización de la red pública de prestadores de servicios de salud del departamento de Cundinamarca. Gobernación de Cundinamarca. https://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/ef1fefec-d78a-4aaf-939c-afb0e709fe8c/Ordenanza+07+mzo+de+2020.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=ROOTWORKSPACE-ef1fefec-d78a-4aaf-939c-afb0e709fe8c-o1cB1Ss
- Asamblea Departamental de Cundinamarca. (2012). Ordenanza No. 128 de 2012: Por la cual se adopta el Plan de Desarrollo Departamental “Cundinamarca, Calidad de Vida 2012–2016”. Gobernación de Cundinamarca. <https://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/ac33ce2a-a7fb-4d55-852c-8dc7a54bac50/Ordenanza+128+de+2012.pdf?MOD=AJPERES&CVID=kfbCUCN>
- Balcazar, F. E., (2003). Investigación acción participativa (iap): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en Humanidades*, IV (7-8),59-77. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18400804>

- Bruno Rubio, V.; Bustamante Llinás, M.; Jiménez Hamburguen, A.; Maldonado Mendoza, L.; Segura Barrios, I.; Tuesca Molina, R. (2015). Atención Primaria el Salud. Una mirada desde los profesionales de enfermería: Barreras, conocimientos y actividades. Barranquilla (Colombia). Revista Salud Uninorte. Barranquilla. vol.31 no.2 May/Aug. 2015. Recuperado: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522015000200011
- Casas, D., Rodríguez, A., & Casas, I. (2013). Primary health care, concept or utopia. *Medwave*, 13(4), e5667. <https://doi.org/10.5867/medwave.2013.04.5667>
- Cardemil Winkler, M. (2022) Estado de la Atención Primaria de Salud en Chile, (Serie Minutas N° 34-22). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33350/1/N_34_22_Estado_de_la_Atencion Primaria de Salud en Chile.pdf
- Curioso, W.; Henríquez Suárez, M. & Espinosa Portilla, E. (2018). Desde Alma-Ata al ciudadano digital: hacia una atención primaria en salud digitalizada en el Perú. Reporte de un caso. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*. 2018; 35(4): 678-83. doi:10.17843/rpmesp.2018.354.3710. Recuperado: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v35n4/a19v35n4.pdf>
- Delgado Cruz, A.; Naranjo Ferregut, J.A.; Sánchez Pérez, Y.; & Rodríguez Cruz, R. (2014). Reflexiones sobre el desarrollo histórico social de la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(2) Recuperado

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200011&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200011&lng=es&tlng=es)

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5th ed.). SAGE Publications.

https://www.researchgate.net/publication/359898621_The_SAGE_Handbook_of_Qualitative_Research_Design_Being_Creative_with_Resources_in_Qualitative_Research/link/625598e3b0cee02d6966b143/download?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnNOUGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19

Flick, U. (2015). *Introducción a la investigación cualitativa* (5ª ed.). M Ediciones Morata, S. L. Fundada por Javier Morata, Editor, en 1920 C/ Mejía Lequerica, 12 - 28004 – MADRID

https://edmorata.es/wp-content/uploads/2020/06/Flick.Disen%CC%83oInvestigacionCualitativa.PR_.pdf

Fuenmayor, G & Villasmil, Y. (2008). La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos utilizados para la comprensión textual. *Revista de artes y humanidades UNICA*, año 9 N° 22 / Mayo – Agosto de 2008. Pp 187-202 Universidad Católica Cecilio

Acosta. ISSN: 1317-102X <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-tecnologica-de-mexico/psicologia/redalycla-percepcion-la-atencion-y-la-memoria-como-procesos-cognitivos-utilizados-para-la-comprension-textual/43553436>

Gee, JP (2014). *Introducción al análisis del discurso: teoría y método* (4.ª ed.). Routledge.

<https://doi.org/10.4324/9781315819679>

Giraldo Osorio, A.; Vélez Álvarez, C.; Berra, S.; & Perdomo Rubio, A. (2020). Calidad de los instrumentos que valoran las funciones de la atención primaria: revisión sistemática.

Hacia Promoc. Salud. 2020; 25(1): 109-129 DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.1.8.

Recuperado: <https://www.redalyc.org/journal/3091/309165079008/html/>

Giovanella, L.; Fidelis de Almeida, P.; Vega Romero, R.; Oliveira, S.& Tejerina Silva, H.

(2015). Panorama de Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones,

componentes y desafíos. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.300-322, ABR-

JUN 2015. Recuperado

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nPvTxpJ3th9XwY83zTrJZPw/?format=pdf&lang=es>

Gobernación de Cundinamarca. (2020). *Plan de Desarrollo Departamental 2020–2024:*

Cundinamarca, ¡Región que progresa!

<https://csc.gov.co/wp-content/uploads/2021/03/Plan-de-desarrollo-cundinamarca-2020-24.pdf>

Goldstein, E. B. (2014). *Sensation and perception (9th ed.)*. Cengage Learning.

<https://miemagazine.com/sample/Science/SC301-400/SC837/sample->

[Sensation%20and%20Perception%2011th%2011E%20Bruce%20Goldstein%20Laura%20Cacciamani.pdf](https://miemagazine.com/sample/Science/SC301-400/SC837/sample-Sensation%20and%20Perception%2011th%2011E%20Bruce%20Goldstein%20Laura%20Cacciamani.pdf)

Méndez Franco, C.; Gagno Lima, J.; Giovanella, L. (2021). Atención primaria de salud en zonas

rurales: acceso, organización y fuerza laboral en La salud en una revisión integradora de

la literatura. CSP Cuadernos de Salud Pública, reporte en salud pública. Departamento de

Medicina en Atención Primaria de Salud. Facultad de Medicina, Universidad Federal de

Río de Janeiro. Brasil. Cad. Salud Pública 2021; 37(7): e00310520. Recuperado:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/VHd6TxVVpjzyJRtDWyvHkrs/?format=pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución 429 de 2016: Por la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (1993). Resolución número 8430 de 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Resolución 518 de 2015: Por la cual se dictan disposiciones para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200518%20de%202015.pdf

Molano Builes, P.E.; Mejía Ortega, L.M.; Gómez Granada, J.A.; Vargas Betancourt, M.L & Cuellar Bravo, K. (2020). Conceptos y directrices que orientan la atención primaria en salud en diversos territorios colombianos (2017). Rev. Salud Pública. 22(5): 1-8,2020. Recuperado: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v22n5/0124-0064-rsap-22-05-e202.pdf>

Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology*. Appleton-Century-Crofts.

file:///C:/Users/Shormaza/Downloads/9781315736174_previewpdf.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. Recuperado

<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

Organización Panamericana de la Salud. (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C.: OPS.

Recuperado: <https://www.paho.org/sites/default/files/Renovacion-Atencion-Primaria-Salud-Americas-OPS.pdf>

Parker, M. (2000). *Organizational culture and identity: Unity and division at work*. SAGE Publications. 2455 Teller Road Thousand Oaks, California 91320

https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9780857021915_A23740705/preview-9780857021915_A23740705.pdf

https://diecisiete.org/expediente/organizar_el_conocimiento

Pearce, W. B. (2015). *Creando mundos sociales: una perspectiva comunicativa*. Ediciones Fundación Universidad Central. Bogotá Colombia 2015.

<https://cmapspublic.ihmc.us/rid=1LHSGPDWS-V7DF0-1V8D/PEARCE%20W%20Barnett%20Comunicaci%C3%B3n%20interpersonal,%20la%20construcci%C3%B3n%20de%20mundos.pdf>

Peña Acuña, B. (2015). La observación como herramienta científica. Madrid: ACCI. Colección Nuevo Impulso Educativo. ISBN 978-84- 16549-00-9.

https://www.seeci.net/revista/index.php/seeci/article/view/394/pdf_128

Rey Gamero, A.; Acosta Ramírez, N. (2013). El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana Colombia. vol. 12, núm. 25, julio-diciembre, 2013, pp. 28-39. Recuperado: <https://www.redalyc.org/pdf/545/54529181003.pdf>

Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. Health Policy and Planning, 29(suppl_2), ii98-ii106.

Recuperado <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4202913/>

Rosales Sánchez, Juan J. (2015). Percepción y Experiencia. EPISTEME, 35(2), 21-36.

Recuperado en 05 de mayo de 2025, de

[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-43242015000200002&lng=es&tlng=es.](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-43242015000200002&lng=es&tlng=es)

Roth, A. (2009). Políticas Públicas: Formulación, implementación evaluación. Editorial

Ediciones Aurora. ISBN 958-9136-15-X. Colombia noviembre de 2009.

https://polpublicas.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/roth_andre-politicas-publicas-libro-completo.pdf

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly, 83(3), 457-502. Recuperado

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16202000/>

Sánchez Palacio, N.; Betancurth Loaiza D.P.; Jiménez Álvarez, A. (2020). La visita familiar desde los determinantes sociales de la salud: aporte de enfermería a la atención primaria. Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Santander UDES. Revista Cuidarte, vol. 11, núm, 1, e935, 2020. Recuperado: <https://www.redalyc.org/journal/3595/359565269020/>

Secretaría de Salud de Cundinamarca. (2022). Análisis de situación de salud – ASIS con modelo de los determinantes sociales en salud: Actualización año 2022. Gobernación de Cundinamarca. <https://www.cundinamarca.gov.co/dependencias/secsalud/salud-publica/analisis-situacion-salud>

Shi, L., & Starfield, B. (2001). Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. *International Journal of Health Services*, 31(3), 541-555. Recuperado <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11109180/>

Solar.; O.; & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Recuperado <https://iris.who.int/handle/10665/44489>

Tejada de Rivero, D. (2013). Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. Lima, Perú.30(2), 283-287. Recuperado: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000200020&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000200020&lng=es&tlng=es)

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2013). Introducción a los métodos cualitativos de investigación.

Paidós. Primera edición: 1984. Segunda edición: 1987. Tercera edición: 2000.

https://epaginapersonal.unam.mx/app/webroot/files/981/2015-01-26-233924_taylor-s-j-bogdan-r-.pdf

Van Manen, M. (1990). Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive

Pedagogy. SUNY Press. [https://www.routledge.com/Researching-Lived-Experience-](https://www.routledge.com/Researching-Lived-Experience-Human-Science-for-an-Action-Sensitive-Pedagogy/vanManen/p/book/9781629584164?srsId=AfmBOoo_MmutEEErhL8dzs45Mx2Idt8tqRE7Xu2B-WH82ogMVczscLzF)

[Human-Science-for-an-Action-Sensitive-](https://www.routledge.com/Researching-Lived-Experience-Human-Science-for-an-Action-Sensitive-Pedagogy/vanManen/p/book/9781629584164?srsId=AfmBOoo_MmutEEErhL8dzs45Mx2Idt8tqRE7Xu2B-WH82ogMVczscLzF)

[Pedagogy/vanManen/p/book/9781629584164?srsId=AfmBOoo_MmutEEErhL8dzs45M](https://www.routledge.com/Researching-Lived-Experience-Human-Science-for-an-Action-Sensitive-Pedagogy/vanManen/p/book/9781629584164?srsId=AfmBOoo_MmutEEErhL8dzs45Mx2Idt8tqRE7Xu2B-WH82ogMVczscLzF)

[x2Idt8tqRE7Xu2B-WH82ogMVczscLzF](https://www.routledge.com/Researching-Lived-Experience-Human-Science-for-an-Action-Sensitive-Pedagogy/vanManen/p/book/9781629584164?srsId=AfmBOoo_MmutEEErhL8dzs45Mx2Idt8tqRE7Xu2B-WH82ogMVczscLzF)

Vargas Melgarejo, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. Alteridades, vol. 4, núm. 8, 1994,

pp. 47-53 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal,

México. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>

Villarreal-Puga, J., & Cid García, M. (2022). La Aplicación de Entrevistas Semiestructuradas en

Distintas Modalidades Durante el Contexto de la Pandemia. Revista Científica

Hallazgos21, 7(1), 52- 60. <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>

World Health Organization. (2008). The World Health Report 2008: Primary Health Care - Now

More Than Ever. Recuperado <https://iris.who.int/handle/10665/69864>

World Health Organization. (2019). Primary health care: transforming vision into action.

Recuperado [https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/12/14/default-](https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/12/14/default-calendar/primary-health-care-transforming-vision-into-action)

[calendar/primary-health-care-transforming-vision-into-action](https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/12/14/default-calendar/primary-health-care-transforming-vision-into-action)