

Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia

Evaluation of a primary health care model in Santander, Colombia

Avaliação de um modelo de atenção primária à saúde em Santander, Colômbia

Laura A. Rodríguez-Villamizar¹; Myriam Ruiz-Rodríguez²; Naydú Acosta-Ramírez³

¹ MD, MSc, PhD(C). Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: laurarovi78@gmail.com.

² Enf, Esp, MSc, PhD. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: myriam@uis.edu.co

³ MD, MAS, PhD. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: nayduacosta@gmail.com

Recibido: 04 de mayo de 2015. Aprobado: 19 de octubre de 2015. Publicado: 12 de febrero de 2016.

Rodríguez-Villamizar LA, Ruíz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34(1): 88-95. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a11

Resumen

Objetivo: Evaluar la experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria en Salud (MAPIS) en zonas predominantemente rurales en Santander, Colombia. **Metodología:** se utilizó el modelo RE-AIM por medio de sus cinco dimensiones: Cobertura, Efectividad, Adopción, Implementación y Mantenimiento. En el proceso se usaron métodos mixtos que incluyeron estudios de caso y evaluación cuantitativa del desempeño y resultados en salud en seis municipios. **Resultados:** Se encontró una cobertura y desarrollo heterogéneo de la implementación del MAPIS a nivel municipal. La calificación de los atributos del MAPIS y la percepción del estado individual de salud fue más favorable en los municipios con mayor desarrollo del MAPIS. Sin embargo, no se evidenciaron cambios en los indicadores básicos de

salud atribuidos al MAPIS. Se identificaron debilidades en la continuidad operativa del modelo y en la articulación con otras estrategias intersectoriales. **Conclusiones:** Aunque se evidenciaron algunos resultados intermedios positivos en los municipios de mayor desarrollo del MAPIS, en general el impacto del nivel de desarrollo del MAPIS en términos de mejoramiento de los indicadores básicos de salud no se evidencia aún en esta primera evaluación y diversos factores organizacionales de carácter departamental y municipal, así como la misma estructura del sistema de salud colombiano, ponen en riesgo su continuidad.

-----**Palabras clave:** atención primaria de la salud, evaluación de servicios de salud, RE-AIM

Abstract

Objective: To evaluate the experience of implementing a Primary Health Care Model (PHCM) in predominantly rural areas of the department of Santander, Colombia.

Methodology: The five dimensions of the RE-AIM model were used: coverage, effectiveness, adoption, implementation and maintenance. Mixed methods were used including case studies and quantitative evaluation of the model's performance and health outcomes in six municipalities. **Results:** The coverage, development and implementation of the PHCM were found to be heterogeneous at the municipal level. The rating of the attributes of the PHCM and the perception of the individual health status was more favorable in the municipalities where the PHCM was more developed. However, no changes were

found in the basic health indicators attributed to PHCM. Weaknesses were identified in the operational continuity of the model and in the coordination with other intersectoral strategies. **Conclusions:** Although some positive intermediate results are evident in the municipalities where the PHCM is more developed, in general, the level of development of the PHCM on basic health indicators is not yet evident in this first evaluation and various organizational factors at the departmental and municipal level, as well as the structure of the Colombian health system itself, threaten its continuity.

-----**Keywords:** primary health care, evaluation of health care services, RE-AIM.

Resumo

Objetivo: Avaliar a experiência de implementação de um modelo de atenção primária à saúde (MAPS) em áreas predominantemente rurais de Santander, Colômbia.

Metodologia: Utilizou-se o modelo RE-AIM nas suas cinco dimensões: Cobertura, Efetividade, Adopção, Implementação y Manutenção. Neste processo utilizaram-se metodologias mistas, incluindo estudos de caso e avaliação quantitativa da execução e resultados em saúde em seis municípios.

Resultados: Encontraram-se cobertura e desenvolvimento heterogêneos na implementação do MAPS a nível municipal. A qualificação dos atributos do MAPS e da percepção do estado individual de saúde foi melhor nos municípios com maior desenvolvimento do MAPS. Porém, não se evidenciaram

mudanças nos indicadores básicos de saúde atribuídos ao MAPS. Identificaram-se fraquezas na continuidade operativa do modelo e na articulação com outras estratégias entre setores.

Conclusões: Embora se tenham evidenciado alguns resultados intermédios positivos nos municípios com maior desenvolvimento do MAPS, na generalidade o impacto do nível de desenvolvimento do MAPS em termos de melhorar os indicadores básicos de saúde não está presente nesta primeira avaliação. Além disso, tanto fatores referentes à organização estadual e municipal, quanto a estrutura do sistema colombiano de saúde ariscam a continuidade do MAPS.

-----**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde, Avaliação de serviços de saúde, RE-AIM

Introducción

La atención primaria en salud (APS) ha demostrado ser una estrategia de promoción de la salud efectiva para fortalecer los sistemas y servicios de salud y mejorar la calidad de vida de la población [1,2]. En Colombia, la APS se empezó a implementar a partir de 1981 [3], sin embargo ésta desapareció del escenario nacional con la implementación de la Ley 100 de 1993 que instauró una reforma basada en el mercado con intermediación de aseguradoras para la provisión de servicios de salud [4]. Desde el año 2004, algunos gobiernos de índole local [5] y departamental [6] han retomado en la red pública esta estrategia, aunque solo hasta el 2011 con la Ley 1438 se adoptó nuevamente en Colombia. Santander, es un departamento del nor-orienté de Colombia, con una población aproximada de dos millones de habitantes, de los cuales el 74% corresponden a población urbana ubicada en la capital y sus alrededores [7]. Este Departamento desde el 2004 comenzó la implementación del Modelo de Atención

Integral Basado en Atención Primaria de Salud (MAPIS), fundamentado inicialmente en la definición de Alma Ata y en los atributos de la APS propuestos por Starfield [8], especialmente los de accesibilidad y el de coordinación, e incorporó posteriormente los atributos de la APS integral y renovada [9] involucrando todos los actores del Sistema de Salud al concebir la intersectorialidad como componente central y a la participación comunitaria como eje integrador. Adicionalmente, el modelo incorpora la regionalización al acoger la distribución histórica del Departamento por territorios (provincias) con características socio-históricas y culturales similares.

Dadas las competencias en el Sistema de Salud, el MAPIS se desarrolla fundamentalmente como un modelo de gestión desde el Departamento hacia el ámbito municipal centrado en la implementación, la articulación de acciones y la concurrencia financiera y complementariedad en el recurso humano como un incentivo para que los municipios adopten el MAPIS en sus Planes Territoriales de Salud (PTS). Se definen tres equipos de gestión: Departamental, Provincial

y Municipal, los cuales garantizan el desarrollo del modelo en los diversos ámbitos [10].

En su estructura operativa municipal, el MAPIS define como puerta de entrada al sistema las auxiliares de enfermería o promotores de salud pública, quienes visitan y caracterizan las familias, canalizando a los usuarios a los servicios de salud. Por su parte, el médico general y la enfermera realizan las actividades de atención primaria dentro de los servicios de salud ubicados en las cabeceras municipales y en algunos centros rurales. No obstante la trayectoria del MAPIS, la inversión de recursos y su relevancia para la política departamental y nacional de salud, este modelo no había sido evaluado en forma integral.

Dentro de los marcos de evaluación en Salud Pública, el RE-AIM (por sus siglas en inglés Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation y Maintenance) se destaca en la última década como un modelo integral que responde a la necesidad de conocer el resultado de las intervenciones en las condiciones y lugares complejos del mundo real, en contraposición a las evaluaciones tradicionales de eficacia en condiciones óptimas. El marco RE-AIM comprende cinco dimensiones que combinan elementos de evaluación tanto a nivel individual (RE), como organizacional (AIM) [11]. El objetivo de este artículo es la evaluación de la experiencia de implementación del modelo de APS en zonas predominantemente rurales de Santander, haciendo uso del modelo RE-AIM, con el fin de comprender de una manera integral los aciertos, dificultades y lecciones aprendidas en

su desarrollo. Este trabajo hace parte de un proyecto macro que analizó la gestión e implementación de la APS en Bogotá y Santander [12]. Se espera que estos hallazgos puedan ser aprovechados por las autoridades nacionales y locales de salud de Colombia, y por otros países de la región que han puesto o intentan poner en marcha la estrategia de APS en contextos de reformas de salud orientadas a los mercados.

Metodología

Marco RE-AIM

Se abordaron las cinco dimensiones del RE-AIM en el proceso de evaluación del MAPIS: Cobertura, Efectividad, Adopción, Implementación y Mantenimiento. Los ítems evaluados dentro de las dimensiones privilegiaron el nivel organizacional y poblacional comparado con el nivel individual, dadas las características de la intervención bajo evaluación (Tabla 1).

Selección de Municipios

Se seleccionaron seis municipios por criterios de cobertura del MAPIS, condiciones de ruralidad, necesidades básicas insatisfechas y representatividad por provincias. Así, se estudiaron tres municipios con un grado de desarrollo mayor del MAPIS y otros tres menos desarrollados (Tabla 2). La recolección de la información se realizó en el año 2010.

Tabla 1. Componentes de gestión del MAPIS, dimensiones e indicadores de evaluación del marco RE-AIM abordados en la evaluación del MAPIS, Santander, Colombia, 2010

| Componentes de gestión del MAPIS | Dimensión RE-AIM | Nivel ^a | Indicador | Fuente |
|---|-------------------|--------------------|--|--|
| Caracterización de la población | Cobertura (Reach) | O I | Número de municipios que aplicaron la ficha familiar para caracterizar la población Número de municipios que utilizaron la información de la ficha como un instrumento de planeación Porcentaje de población del municipio cubierta con la ficha familiar. | Revisión documental Entrevistas a grupo provincial Grupo focal a Auxiliares de enfermería. |
| Atributos del MAPIS | | P | Índice estandarizado global y por componentes ^b del desempeño del modelo por municipio. Ajuste de comparabilidad entre grupos usando técnica de propensity score. | Encuesta a usuarios. |
| Percepción individual de estado de salud | Efectividad | I | Porcentaje de individuos encuestados con percepción de estado de salud bueno/muy bueno. | Encuesta a usuarios |
| Evolución de indicadores básicos de salud | | P | Línea de tiempo 2003-2007, razón de coeficientes antes-después y atribución del efecto por análisis multivariado de Poisson de indicadores seleccionados ^c . | Revisión documental de los indicadores municipales y departamentales |

Continuación tabla 1

| Componentes de gestión del MAPIS | Dimensión RE-AIM | Nivel ^a | Indicador | Fuente |
|---|---------------------------|--------------------|--|--|
| Concepción sobre APS y sobre el Modelo | | I | Visión de la APS y del Modelo por parte de los actores involucrados (adecuación) | Entrevistas semi-estructuradas a equipo provincial, tomadores de decisiones. Grupos focales con prestadores. Visitas de observación |
| Voluntad política para adoptar y mantener el Modelo en el período 2004-20010 | | O | Número de municipios que firmaron acto político-administrativo que garantiza la adopción y la permanencia del Modelo en la agenda pública | Revisión documental de Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y Planes Territoriales de Salud (PTS) del ámbito municipal |
| Concurrencia de recursos para equipo humano (2004-2010) | Adopción - Mantenimiento | O | Número de municipios que recibieron recursos de las Secretarías de Salud Departamental y Municipal y de las aseguradoras (EPS) para la implementación del modelo Continuidad de recurso humano extramural | Revisión documental (historia de la implementación del modelo, PTS, PDT) Entrevistas semiestructuradas a actores locales institucionales |
| Sistematización del Modelo | | O | Existencia de un documento que sistematice la experiencia en cada municipio | Revisión documental. Entrevistas actores institucionales locales |
| Capacitación en APS y en el MAPIS (2004-2010) | | O | Número de capacitaciones realizadas para cada municipio | Revisión documental. Entrevistas a equipo provincial y profesionales ESE. Grupos focales con auxiliares de enfermería |
| Concertación de tareas y roles de los actores municipales en el MAPIS | | O | Número de municipios que realizaron mesas de trabajo de concertación entre Prestadores, Aseguradores y Autoridades de Salud Municipal | Revisión documental Entrevista a Grupo Provincial y Autoridades de Salud Municipal |
| Participación comunitaria en el MAPIS | Adopción - Implementación | O | Tipo de participación de la comunidad en el MAPIS Número de municipios que incorporaron la participación comunitaria en la intervención | Grupos focales a líderes comunitarios urbanos y rurales y actores de otros sectores |
| Nivel de desarrollo del modelo en cada municipio | | O | Grado de concordancia entre el modelo propuesto y el modelo desarrollado en cada municipio | Revisión documental. Entrevistas y grupos focales con actores locales institucionales y comunitarios |
| Estrategias de intervención que utilizaron el enfoque intersectorial de MAPIS | | O | Número de estrategias por municipio Tipo de estrategia | Revisión documental. Entrevistas equipo provincial, autoridades de salud, prestadores y funcionarios de otros sectores Grupo focal auxiliares de enfermería |

^a Los tres niveles son, O: organizacional, I: individual, P: poblacional

^b Índices global y específicos de los siguientes atributos: Acceso, Puerta de Entrada, Vínculo, Portafolio de Servicios (integralidad), Coordinación, Enfoque Familiar, Orientación a la Comunidad, y Formación Profesional.

^c Indicadores básicos de salud seleccionados: Mortalidad infantil, mortalidad de menores de 5 años, proporción de gestantes con control prenatal, prevalencia de bajo peso al nacer y coberturas de vacunación de DPT y triple viral.

Tabla 2. Características de los municipios de estudio, Santander Colombia 2010

| Municipios | Total de Población | % Población rural | % NBI ^a | Municipios | Total de Población | % Población rural | % NBI ^a |
|------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| Mayor desarrollo MAPIS | | | | Menor desarrollo MAPIS | | | |
| 1 | 18 714 | 88,3 | 51,1 | 4 | 18 581 | 18,6 | 20,9 |
| 2 | 3 845 | 67,8 | 25,6 | 5 | 5 566 | 79,8 | 30,4 |
| 3 | 11 258 | 56,1 | 41,9 | 6 | 15 276 | 75,0 | 48,8 |

^aNBI= Necesidades Básicas Insatisfechas

Métodos de investigación

Se realizó una investigación con combinación de métodos cualitativos y cuantitativos, la cual se desarrolló a través de tres componentes: 1) El análisis de seis estudios de caso cualitativos; 2) la evaluación del desempeño municipal de los atributos de la APS y 3) el análisis de la contribución de la APS en los resultados en salud. La perspectiva cualitativa permitió identificar y evaluar los aspectos organizacionales del MAPIS en las cinco dimensiones del RE-AIM. Se empleó una triangulación de fuentes y actores, con análisis de crítica del límite y de los valores de los juicios (*Boundary critique*) [13] a través de estudios de casos con una primera fase de revisión documental; una segunda que incluyó entrevistas a funcionarios de la Administración Municipal y funcionarios de salud con cargos directivos y operativos, grupos focales con miembros de la comunidad beneficiaria y visitas de observación participante a los municipios. En la tercera fase se realizaron talleres de devolución de los resultados con participantes de los distintos niveles de gestión del MAPIS a fin de caracterizar el modelo de APS desarrollado y los factores de contexto, contenido de política y proceso que lo explican.

La perspectiva cuantitativa de la investigación dio cuenta de la efectividad del MAPIS en el ámbito individual y poblacional en cuanto al desempeño de los atributos del modelo y en los resultados de salud. Esta perspectiva desarrolló un estudio de tipo cuasi-experimental, en el que se evaluó el desempeño de los servicios de salud en los municipios de mayor y menor desarrollo del MAPIS, empleando la metodología de Evaluación Rápida propuesta por Almeida y Macinko en Brasil y validada en Bogotá [14]. Se estimó el Índice de desempeño global de APS (IGAPS) calculando el promedio aritmético de los puntajes (escala de 1 a 6) asignados en la encuesta por los usuarios a cada uno de los ocho atributos evaluados y para mejorar su interpretación se estandarizó a una escala de puntaje de 0 a 100, siendo los puntajes más altos aquellos con mejores indicadores de desempeño. Se calcularon *propensity scores* para ajustar por diferencias basales de los grupos comparados y mediante un análisis multivariado se determinó el efecto del nivel de desarrollo del modelo sobre el IGAPS de los servicios calificado por los usuarios. Se utilizó Análisis de Componentes Principales (ACP) para la generación de un índice de salud de los usuarios, combinando variables de necesidad de atención en salud y percepción de salud en el último mes. Para el análisis de resultados atribuibles a la APS se seleccionaron los siguientes indicadores de salud: mortalidad infantil, mortalidad de menores de 5 años, proporción de gestantes con control prenatal, prevalencia de bajo peso al nacer y coberturas de vacunación de DPT y triple viral. Se describieron los indicadores entre los años 2003 y 2007

y luego se compararon aquellos que siguieron al inicio del programa (2004 a 2007) contra el periodo de 2003, el cual fue previo a dicha intervención. Así, se calculó la razón de coeficientes para cada año teniendo como referencia el 2003. Posteriormente, se construyeron modelos multivariados de Poisson ajustando el efecto de nivel de desarrollo de la intervención por las variables año, Necesidades Básicas Insatisfechas (2005), cobertura de alcantarillado y acueducto (2006). En estos análisis se utilizó el programa STATA 11.0.

Consideraciones éticas

El estudio solicitó consentimiento informado por escrito a los participantes y fue aprobado por los Comités de Ética de las instituciones que participaron en el proyecto macro (Pontificia Universidad Javeriana y Universidad Industrial de Santander).

Resultados

RE: Cobertura (Reach) y Efectividad

Caracterización de la población

Los seis municipios aplicaron únicamente la ficha familiar como instrumento para caracterizar la población pero con coberturas heterogéneas: los municipios 1 y 2 caracterizaron el 100% del municipio en 2005 y actualizaron la información entre 2008 y 2009, mientras que en los municipios 3 a 6 se caracterizó a menos del 35% de la población durante el período 2004-2010, sin actualizaciones. Solamente dos municipios (1 y 2) utilizaron esta información como insumo para la elaboración de los Planes de Desarrollo Municipales (PDM) y los PTS.

Atributos del MAPIS

Los cuestionarios de evaluación del desempeño del MAPIS se aplicaron a 3 011 usuarios de los centros de salud de los seis municipios. Las calificaciones más bajas fueron para los atributos de enfoque familiar, orientación a la comunidad y acceso en todos los municipios. Al comparar el IGAPS entre los usuarios se observó que los participantes de los municipios con mayor desarrollo calificaron con mayores puntajes (Tabla 3) y se observó que el nivel de desarrollo del MAPIS estuvo asociado con un incremento de casi tres puntos en el IGAPS, ajustado por el efecto de las diferencias basales de los grupos por medio de la inclusión del *propensity score*. Un análisis ampliado de este componente puede consultarse en una publicación previa [15].

Percepción individual de estado de salud

El índice de salud (74.5 vs 70.9) y la percepción de muy buena/buena salud (50,5% vs 45,1%) fueron mayores en los usuarios de municipios con mayor desarrollo que en los de menor desarrollo del MAPIS (Valor $p = 0,001$).

Tabla 3. Índices de la evaluación de desempeño en los atributos de APS por los usuarios según nivel de desarrollo del MAPIS en seis municipios de Santander, 2010

| Atributo | Nivel de desarrollo MAPIS | n | Media | EE ^a | Dif ^b | Valor p |
|--|---------------------------|-------|-------|-----------------|------------------|---------|
| Acceso | Mayor | 1 482 | 3,2 | 0,01 | -0,41 | 0,00 |
| | Menor | 1 529 | 3,6 | 0,02 | | |
| Puerta de entrada | Mayor | 1 482 | 5,8 | 0,01 | 0,09 | 0,05 |
| | Menor | 1 529 | 5,7 | 0,02 | | |
| Vínculo | Mayor | 1 482 | 3,7 | 0,01 | 0,01 | 0,59 |
| | Menor | 1 529 | 3,7 | 0,01 | | |
| Portafolio de servicios | Mayor | 1 482 | 5,4 | 0,01 | 0,25 | 0,00 |
| | Menor | 1 529 | 5,2 | 0,02 | | |
| Coordinación | Mayor | 993 | 5,5 | 0,04 | 0,02 | 0,53 |
| | Menor | 999 | 5,5 | 0,04 | | |
| Enfoque familiar | Mayor | 1 482 | 3,1 | 0,04 | -0,04 | 0,50 |
| | Menor | 1 529 | 3,1 | 0,04 | | |
| Orientación a la comunidad | Mayor | 1 482 | 3,1 | 0,02 | 0,34 | 0,00 |
| | Menor | 1 529 | 2,7 | 0,03 | | |
| Formación profesional | Mayor | 1 482 | 3,6 | 0,01 | 0,09 | 0,00 |
| | Menor | 1 529 | 3,5 | 0,02 | | |
| IGAPS ^c (índices estandarizados) | Mayor | 1 336 | 64,3 | 0,31 | 2,84 | 0,01 |
| | Menor | 1 403 | 61,4 | 0,39 | | |

^aEE= Error Estándar; ^bDif: Diferencia de medias; ^cIGAPS: Índice Global de desempeño de la Atención Primaria en Salud.

Evolución de indicadores básicos de salud

La magnitud y tendencia de los indicadores de salud analizados entre los años 2003 y 2007 sugieren que el mayor desarrollo del MAPIS en los municipios no se relacionó con una mejora de los mismos. Aunque inicialmente pareció haber una mejoría en la cobertura del control prenatal, esta tendencia fue similar en los municipios con menor desarrollo del modelo lo que señala que no puede ser atribuible a esta condición. Por todo lo anterior y dado el limitado número de municipios incluidos en el análisis, no se pudo constatar un beneficio atribuible al MAPIS en términos de los indicadores de morbilidad y promoción de la salud evaluados.

Concepción de los actores sobre APS y sobre MAPIS

Solo en el municipio 1 y en un corregimiento del municipio 6 se identificó al MAPIS como una estrategia articuladora del desarrollo del municipio. En los demás municipios se encontraron discursos que visualizan a la APS de manera selectiva y limitada a un nivel de atención de la red pública de atención. Un análisis ampliado de este componente puede consultarse en una publicación previa [10].

AIM: Adopción, Implementación y Mantenimiento.

Voluntad política

El Departamento de Santander promovió el MAPIS desde el año 2004 [16]. Los municipios estudiados aceptaron aplicar el modelo de APS, sin embargo ninguno emitió un acto político-administrativo de adopción del MAPIS ni incluyó el modelo en los PTS entre 2004 y 2007. En el cuatrienio 2008-2011 cuatro municipios incluyeron en los PDM temas alusivos a la APS relacionados únicamente con metas de atención del eje de salud pública (Municipio 1 y 4), o como una estrategia para los programas de salud infantil (Municipios 3 y 5). Solamente el municipio 1 adoptó desde el año 2000 la estrategia “Médicos de APS” en el modelo de prestación de servicios del Hospital Local.

Concurrencia de recursos para el MAPIS en los municipios

La concurrencia de recursos desde el ámbito departamental se dio estrictamente para contratar auxiliares de enfermería para trabajo extramural del MAPIS en cuatro municipios; ésta contratación fue escasa (una o dos auxiliares por municipio) y discontinua (periodos entre tres y ocho meses por año). Los Municipios 3 y 5 no recibieron recursos de

conurrencia y la atención extramural se realizó con el mismo personal que el hospital local tenía para prestar servicios ambulatorios. Solamente un municipio recibió concurrencia de recursos provenientes de empresas aseguradoras.

Capacitación en APS

Todos los municipios realizaron capacitación en APS al personal de enfermería auxiliar y profesional extramural pero de manera heterogénea.

Concertación de tareas y roles de los actores en el MAPIS

Ningún municipio reportó la realización de mesas de trabajo de concertación u otra estrategia de planeación participante entre los prestadores, aseguradores y autoridades de salud, ni la generación de agendas conjuntas a partir de las necesidades de la población para revisar y establecer competencias de coordinación de actividades en beneficio de la población asegurada y no asegurada (reorientación de actores). Se reportó por parte de los entrevistados un papel pasivo de los aseguradores en cuanto al desarrollo del MAPIS, limitado a las responsabilidades contractuales del Plan Obligatorio de Salud con sus afiliados.

Participación comunitaria en el MAPIS

Prevalció la participación representativa en los comités que por normatividad deben funcionar en el municipio. En los municipios 1 y 2, los cuales se han caracterizado por un alto grado de participación de la población en la agenda pública desde antes de que el MAPIS iniciara, las experiencias de participación fueron de cogestión y autogestión alrededor de los problemas prioritarios de salud logrando una fuerte movilización de recursos y actores.

Nivel de desarrollo del MAPIS por municipio

El desarrollo del modelo fue heterogéneo. El municipio 1 presentó la mayor fidelidad al modelo, tanto en la cobertura, como en el enfoque integral del MAPIS. El municipio 6 presentó también fidelidad al modelo pero solamente en un corregimiento. La mitad de los municipios desarrollaron el modelo pero no de manera comprensiva. La integralidad de las intervenciones a partir de la reorientación y coordinación de actores fue el principio más débil en todos los municipios. Se encontraron graves problemas de remisión de los usuarios del nivel de atención básico a niveles superiores y poca articulación de las acciones entre los planes de salud individuales y colectivos. Un análisis ampliado de este componente puede consultarse en una publicación previa [10].

Estrategias de intervención con enfoque intersectorial

Aunque los municipios desarrollaron múltiples estrategias para abordar los problemas de salud,

solamente una de ellas tuvo un adecuado desarrollo del atributo de intersectorialidad en todos los municipios estudiados: La Estrategia de Vivienda Saludable. No obstante sus coberturas fueron muy heterogéneas y circunscrita a áreas geográficas muy pequeñas.

Sistematización del modelo en cada municipio

No se encontró ningún documento de sistematización del modelo en los municipios, ni otro documento que vislumbrara el sostenimiento y la ampliación del modelo.

Discusión y conclusiones

En términos generales los resultados muestran una cobertura heterogénea en la implementación del MAPIS a nivel municipal y con un uso restringido de la información generada en la caracterización de la población para la planeación municipal y para el desarrollo de agendas colectivas e intersectoriales que respondan a las necesidades de la población. La baja cobertura de las estrategias de salud integradoras desarrolladas, la discontinuidad de la parte operativa del modelo y el proceso heterogéneo de implementación en los municipios permite explicar que si bien existen algunos resultados intermedios (como la calificación del IGAPS y percepción de salud por los usuarios) en los cuales los municipios de mayor desarrollo del MAPIS obtienen mejores resultados que los de menor desarrollo, en general el impacto del nivel de desarrollo del MAPIS en términos de mejoramiento de los indicadores básicos de salud no se evidencia aún en esta primera evaluación.

Adicionalmente, los resultados muestran que los atributos de enfoque familiar, orientación a la comunidad y acceso fueron los que obtuvieron menores puntajes en la calificación de los usuarios de servicios. Esto se correlaciona con la dificultad evidenciada en los otros componentes para la integración de actores, recursos y planes de beneficios debido principalmente a un esquema dominante de obligaciones contractuales sobre aquel de resolución de necesidades de salud de la población. Esta situación está directamente relacionada con el tipo de Sistema de Aseguramiento en Salud [17], que limita en la práctica, no sólo el desarrollo y la sostenibilidad de la filosofía de APS integral representada en el MAPIS, sino el acceso efectivo a los servicios.

Una fortaleza de este estudio es el uso del marco RE-AIM que permitió la evaluación integral del MAPIS más allá de las evaluaciones convencionales centradas en indicadores de cobertura y eficacia o efectividad. El RE-AIM facilitó la identificación, descripción y comprensión de los aciertos y desaciertos de tipo organizacional que afectaron el desempeño del modelo, como por ejemplo el referido a la falta de formalización del MAPIS desde lo político y administrativo por parte de las autoridades municipales,

lo cual constituyó uno de los principales obstáculos para la implementación y la sostenibilidad a mediano y largo plazo del modelo. En un sistema de salud descentralizado, basado en planes de seguros y orientado al mercado, la coordinación, la negociación y las alianzas entre los distintos actores departamentales y municipales es más necesaria que en otros sistemas para poder formalizar una política, o una estrategia de atención, en nuestro caso, el MAPIS. Los hallazgos relacionados con la falta de una agenda pública concertada entre los distintos actores, la discontinuidad del equipo de salud y del desarrollo del modelo y la limitada concurrencia de recursos sugieren que la voluntad política es un elemento clave para la implementación y gestión de intervenciones en salud.

Asimismo, la inclusión de criterios de evaluación en el nivel individual y organizacional en las diferentes dimensiones del RE-AIM promovió la utilización de metodologías mixtas y abordajes distintos de los problemas de salud. Este abordaje mixto enriqueció no solo el proceso investigativo sino también la capacidad de comprender las relaciones entre los procesos y los resultados de la implementación, fortalezas que pueden ser aplicadas a todo tipo de programas o intervenciones en salud pública. La principal limitación del presente estudio fue el reducido número de municipios y de años analizados, que responde a una primera aproximación a la evaluación integral del modelo, lo cual limitó el análisis cuantitativo de los indicadores básicos de salud y de patrones de implementación relacionadas con otras características socio-políticas en los territorios.

Finalmente, en el presente estudio el marco RE-AIM mostró ser un instrumento valioso para la evaluación de una intervención de tipo organizacional en el contexto de un modelo de salud basado en aseguramiento. El uso de RE-AIM se ha reportado previamente como una herramienta versátil que puede ser usada y adaptada en diferentes contextos y a diferentes niveles y etapas de intervención en salud pública [18, 19].

Agradecimientos

Las autoras expresan sus agradecimientos a las autoridades de salud del Departamento de Santander, así como a las de los municipios participantes por su apoyo en la obtención de datos y desarrollo del trabajo de campo.

Financiación

Este estudio hace parte de un macroproyecto de análisis de las experiencias de implementación de la APS en Bogotá y Santander, realizado en alianza con la Universidad Javeriana, financiado por Colciencias, la Secretaría de Salud de Santander y la Universidad Industrial de Santander.

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud (OMS). La atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
- 2 Starfield B, Shi L, Macincko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 2005;83(3): 457-502.
- 3 Colombia. Ministerio de Salud. Informe al Honorable Congreso de la República. Bogotá: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud; 1981.
- 4 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano. Cien años de historia 1902-2002. Bogotá: OPS/OMS; 2002.
- 5 Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Salud en su Hogar. Un modelo de Atención Primaria de Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2004.
- 6 León MH, Ramírez AN, Uribe LM. Modelo de Atención Basado en Atención Primaria de Salud. Experiencia en Santander. *Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander* 2007; 3(1):32-38.
- 7 Secretaría de Salud de Santander. Indicadores Básicos de situación de Salud en Santander 2010. Bucaramanga: Observatorio de Salud Pública de Santander; 2010.
- 8 Starfield B. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2001.
- 9 OPS/OMS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud. Washington, D.C: OPS/OMS; 2007.
- 10 Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N, Rodríguez LA, Uribe LM, Franco M. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Rev. Salud Pública* 2011;13(6):885-896.
- 11 Glasgow R, Vogt T, Boles S. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public health* 1999;89:1322-1327.
- 12 Vega R, Acosta N, Ruiz M, León F, Rodríguez L, Hernández A, Mosquera P, Hernández J, Junca C, Arteaga B, Hernández L, Suárez E, Avellaneda. Aprendiendo de las experiencias de atención primaria integral de salud-APIS en Bogotá y Santander. Bogotá: Colciencias, 2010.
- 13 Midgley G. Systemic Intervention: Philosophy, methodology, and practice. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers; 2000.
- 14 Vega-Romero R, Martínez-Collantes J, Acosta-Ramírez N. Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria en Salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009; 8(16): 165-90.
- 15 Rodríguez-Villamizar LA, Acosta-Ramírez N, Ruiz-Rodríguez M. Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales de Santander, Colombia. *Rev. Salud Pública* 2013;15(2):167-179.
- 16 OPS. Modelo de Atención Integral, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (MAIBAPS) Santander. Bucaramanga: Organización Panamericana de la Salud, 2005.
- 17 Vargas I, Unger JP, Mogollón-Pérez AS, Vázquez ML. Effects of Managed Care mechanisms on access to healthcare: results from a qualitative study in Colombia. *Int J Health Plann Mgmt* 2013; 28: e13–e33. Doi: 10.1002/hpm.2129
- 18 Gaglio B, Shoup J, Glasgow R. The RE-AIM framework: a systematic review of use over time. *Am J Public Health* published online ahead of print April 18, 2013:e1-e9. Doi: 10.2105/AJPH.2013.301299.
- 19 Kessler R, Purcell P, Glasgow R, Klesges L, Benkeser R, Peek C. What does it mean to “employ” the RE-AIM model? *Eval Health Prof* 2013;36(1):44-66