

Atención Primaria en Salud en una región de la Amazonía colombiana: una aproximación al cotidiano

Primary Health Care in a region of the Colombian Amazon: an approach to everyday life

Saidy Eliana Arias-Murcia¹, Cláudia Maria de Mattos Penna²

DOI: 10.1590/0103-1104202213409

RESUMEN En 2016 comenzó en Colombia la implantación de un nuevo modelo de salud con foco en la atención primaria, siendo Guainía, en la Amazonía colombiana, la primera región en iniciar el test piloto. El objetivo de este estudio fue comprender el cotidiano de implementación de la atención primaria, en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud, desde la perspectiva de indígenas y profesionales de la salud en Guainía, Colombia. Se trata de un estudio de caso único, con abordaje cualitativo, fundamentado en la sociología comprensiva del cotidiano. Los datos, recolectados mediante observación directa y entrevistas semiestructuradas con 26 profesionales de salud y 22 usuarios indígenas, fueron sometidos a análisis de contenido temático. Emergieron cinco categorías: ‘vivir en el puesto’, ‘resolver solo’, ‘el desafío de la cobertura territorial’, ‘comisiones de salud: solventando vacíos’ y ‘apoyo de líderes locales’. A pesar de la propuesta reestructurante traída por el nuevo modelo, se evidenció en el cotidiano la persistencia de un enfoque asistencialista y basado en la lógica curativista en la prestación de los servicios. Aunque los atributos de la atención primaria se ven comprometidos, se identificaron acciones cotidianas que pueden favorecer la integralidad en la atención y aportar a una transición exitosa.

PALABRAS-CLAVE Atención Primaria de Salud. Salud de poblaciones indígenas. Zonas remotas. Modelos de atención de salud. Colombia.

ABSTRACT In 2016, the implementation of a new health model focused on primary health care began in Colombia, being Guainía, in the Colombian Amazon, the first region to start the pilot test. The objective of this study was to understand the daily implementation of primary care, within the framework of the Comprehensive Health Care Model, from the perspective of indigenous people and health professionals, in Guainía, Colombia. This is a single case study with a qualitative approach, based on the comprehensive sociology of everyday life. The data, collected through direct observation and semi-structured interviews with 26 health professionals and 22 indigenous users, were subjected to thematic content analysis. Five categories emerged: ‘living at the post’, ‘solving alone’, ‘the challenge of territorial coverage’, ‘health commissions: filling gaps’ and ‘support from local leaders’. Despite of the restructuring proposal brought by the new model, the persistence of a care approach based on curativist logic in the provision of services was evidenced in daily life. Although the attributes of primary care are compromised, daily actions that can favor comprehensive care and contribute to a successful transition were identified.

KEYWORDS Primary Health Care. Health of indigenous peoples. Remote areas. Healthcare models. Colombia.

¹Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA) - Bogotá, Colombia.
seam-04@hotmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.



Introducción

Hace más de 40 años, desde la declaración de Alma-Ata, que la Atención Primaria en Salud (APS) está en la agenda de las políticas públicas a nivel global. Reconocida como una de las principales innovaciones del siglo XX, esta estrategia ha causado importantes transformaciones epistemológicas, conceptuales y prácticas, dada su relevancia para alcanzar mejores resultados en salud¹, favorecer la equidad y el acceso a servicios y aumentar la eficacia y eficiencia de los sistemas de salud²⁻⁴. No obstante, la implementación de la APS en los sistemas de salud ha enfrentado desafíos en la mayoría de los países latinoamericanos, que van desde la forma de concebirla, hasta la propia organización de los sistemas de salud⁴.

En Colombia, el reconocimiento de la APS como estrategia de atención ocurrió casi dos décadas después de la implementación del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en 1993. Así, por más de 15 años, los esfuerzos en salud se concentraron en la atención asistencial individual y de alta complejidad, en detrimento de las acciones colectivas y de atención básica, resultando en la acumulación de riesgos en salud⁵.

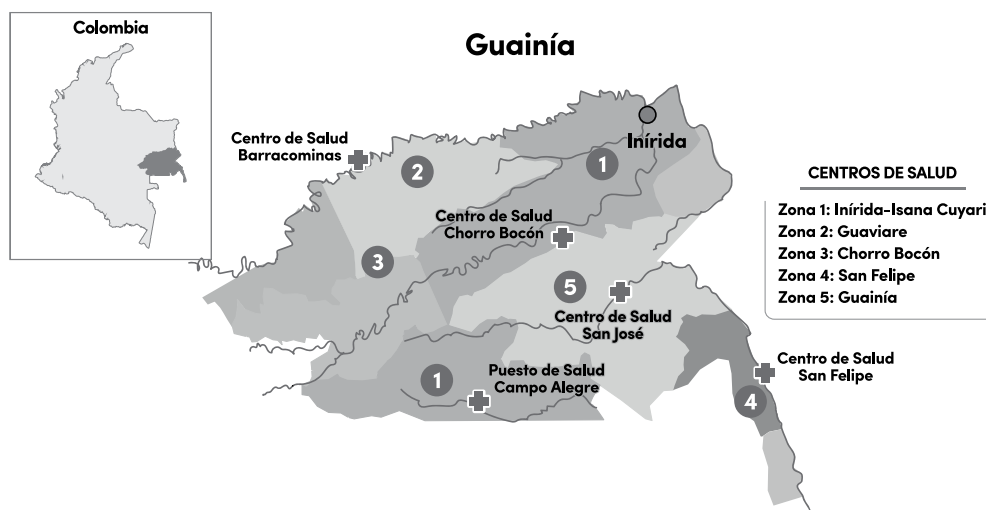
Frente a este panorama, en 2016, el estado colombiano lanzó un nuevo modelo de salud, denominado Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)⁵, en el marco de la Política Integral de Atención en Salud (PAIS), el cual promovió el cambio del paradigma biomédico, transfiriendo el foco de atención en el cuidado, la gestión integral del riesgo y el fortalecimiento de la APS con enfoque familiar y comunitario. Adicionalmente, propuso un abordaje diferencial de acuerdo a tres ámbitos territoriales presentes en el país: 1) urbanos, caracterizados por mejores condiciones de accesibilidad geográfica a los servicios de salud; 2) rurales, próximos a las zonas urbanas, contando con una oferta de servicios de naturaleza pública y centrado

en niveles de atención de baja complejidad y 3) dispersos, siendo áreas rurales/remotas con limitadas vías de acceso, alta dispersión poblacional, barreras geográficas y características culturales particulares.

La operacionalización del modelo comenzó en los territorios dispersos, dentro de los que se encuentran departamentos de las regiones amazónica y pacífica, considerados de intervención prioritaria, dadas las amplias brechas de acceso a servicios de salud⁵. El departamento de Guainía, localizado en el nororiente de la Amazonía colombiana, fue el primero en iniciar la implementación, en 2016, como prueba piloto. El diseño del modelo contó con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, instituciones académicas y la coordinación de entes gubernamentales, junto con los pueblos indígenas de la región⁶.

Atendiendo a las particularidades del territorio, el MIAS para Guainía contempló un abordaje basado en “el principio de la diversidad étnica y cultural y en la APS con énfasis en el componente familiar y comunitario”⁶⁽²⁾, promoviendo la garantía de la participación social y la articulación intersectorial para la intervención de los determinantes sociales, el mejoramiento de la infraestructura y tecnología en salud y el monitoreo de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Adicionalmente, propuso la reorganización de la red de servicios de salud en cinco áreas localizadas a lo largo de las cuencas hidrográficas, preservando una estructura jerárquica: la primera instancia de atención compuesta por los 23 puestos de salud en el área rural, con continuidad en los cuatro centros de salud que auxilian a los puestos y, por último, el hospital en el área urbana (nivel II), en convenio con una red hospitalaria fuera de la región, para tratamientos de mayor complejidad (nivel III y IV) (*figura 1*).

Figura 1. Organización de la red pública de salud en Guainía



Fuente: adaptado del Ministerio de Salud y Protección Social⁵.

Entendiendo que la constitución de modelos de salud atraviesa la subjetividad y las formas de organización de las relaciones entre sujetos, que, a su vez, influyen en la definición de las prácticas asistenciales⁷, se considera importante analizar la manera en que se está implementando la APS en el nuevo modelo, observando el cotidiano de los actores sociales involucrados en la atención, los cuales vivencian directamente la puesta en marcha de las directrices impuestas. Este propósito cobra aún más relevancia bajo la premisa de que la APS ha sido una estrategia esencial para enfrentar las inequidades presentes en áreas rurales y remotas⁸, predominantes en la región amazónica.

De tal forma, este estudio tuvo como objetivo comprender el cotidiano de implementación de la APS, en el marco del MIAS, desde la perspectiva de indígenas y profesionales de la salud, en Guainía, Colombia. Esta investigación hace parte de una tesis de doctorado realizada en la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais (EE-UFGM).

Metodología

Estudio de caso único holístico, con abordaje cualitativo. Al considerar que en el cotidiano de la atención en salud se tejen construcciones cargadas de significado, se escoge como lente analítico la sociología comprensiva del cotidiano⁹, que propone describir lo vivido en aquello que es/está, analizando las perspectivas de los diferentes actores involucrados y realizando una atenta descripción de los fenómenos tal y como se presentan en la vida cotidiana.

La investigación fue desarrollada en el departamento de Guainía, que tiene una población estimada de 46.446 habitantes, de los cuales su mayoría (60%) se concentra en el área rural, abarcando una extensión de 72.238 Km². Del total de la población, 85% es indígena, perteneciente a ocho pueblos: Curripaco, Puinave, Piapoco, Sikuani, Tukano, Desano, Yeral e Cubeo. Adicionalmente, tiene una alta dispersión poblacional (0,5 habitantes por Km²), contando como principales medios de acceso las vías aérea y fluvial, considerándose una zona remota y de difícil acceso por encontrarse a una lejanía, entre horas o días de viaje por lancha, del centro urbano.

Los escenarios de estudio fueron diez puestos de salud situados en los resguardos indígenas, es decir los territorios del área rural declarados de propiedad colectiva de las comunidades indígenas, localizados sobre la cuenca del río Guaviare y en áreas rurales aledañas a la zona urbana, escogidos por la facilidad logística de acceso durante el trabajo de campo (figura 1, zona 1 y 2). Se consideraron

los equipos actuantes en estas unidades conformados por un auxiliar de enfermería y un gestor comunitario, al igual que los integrantes de las Comisiones Multidisciplinares de Salud (CMS), consistentes en equipos móviles que realizan visitas periódicas al área rural (cuadro 1). Adicionalmente, se incluyeron como participantes los usuarios indígenas habitantes de la zona.

Cuadro 1. Conformación de los equipos actuantes en el área rural de Guainía

| Unidad de prestación de servicios | Miembros del equipo | Nivel de formación |
|-----------------------------------|------------------------|--|
| Puesto de salud | Auxiliar de enfermería | Técnico |
| | Gestor comunitario | Educación básica (miembro indígena perteneciente a la comunidad) |
| Comisión de salud | Enfermero | Profesional |
| | Médico | Profesional |
| | Auxiliar de Enfermería | Técnico |
| | Bacteriólogo | Profesional |
| | Odontólogo | Profesional |

Fuente: elaborado por las autoras.

Los criterios de inclusión para los indígenas fueron: ser usuarios de los servicios de salud del régimen subsidiado, mayores de 18 años; y para los trabajadores de la salud: ser miembro de los equipos de APS (médico, enfermero, odontólogo, bacteriólogo, auxiliar de enfermería y gestor comunitario) y contar con mínimo de seis meses en el cargo.

De esta forma, participaron del estudio 26 profesionales de salud y 22 usuarios indígenas, seleccionados por muestreo intencional y cuya participación fue voluntaria. De los profesionales de salud, nueve eran indígenas (35%), cinco desempeñaban el cargo de auxiliar de enfermería, uno de gestor comunitario, un enfermero y un bacteriólogo. De los profesionales de salud no-indígenas (65%), tres eran enfermeras, cuatro odontólogos, cuatro médicos, un bacteriólogo, cuatro auxiliares de

enfermería y un gestor comunitario. En relación a la trayectoria laboral, seis profesionales informaron tener 10 o más años de experiencia en el cargo, cuatro entre cinco y nueve años, siete entre dos y cuatro años y nueve entre un año y seis meses de experiencia en el cargo.

Respecto a los usuarios indígenas, 15 eran mujeres (68%) y siete hombres (32%), ocho pertenecían a la etnia Curripaco, siete eran Puinave, tres Cubeo, dos Piapoco y dos Sikuni. Ninguno de ellos superaba los 55 años de edad y todos además de su lengua nativa eran hablantes de español, por lo que no fue requerido el empleo de un traductor en ningún caso.

La investigación en campo fue realizada en 2018, durante un periodo de cinco meses. Los datos fueron recolectados mediante observación directa en el ambiente de los participantes: espacios de prestación de los servicios de

salud y domicilios, cuyo registro, identificado como Notas de Observación (NO), fue consignado en diario de campo. Adicionalmente, se realizaron entrevistas individuales, efectuadas en los mismos ambientes de la observación con una guía semiestructurada de preguntas, que abordó los siguientes tópicos: descripción del trabajo cotidiano en la APS, impresión de la atención prestada y cambios percibidos con el nuevo modelo de salud. Estas entrevistas fueron grabadas y transcritas integralmente, contemplando el criterio de saturación para concluir la recolección de la información. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido temático, de forma manual, siguiendo tres polos cronológicos conforme Bardin 10: 1) pre-análisis; 2) exploración del material y 3) tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación. Resultado de este proceso, se obtuvieron cinco categorías definidas a partir de la identificación de las unidades de significado del material recolectado.

El estudio respetó los preceptos éticos para la investigación en salud en Colombia, según Resolución 8.430 de 1993. Para el acceso al campo, se obtuvo autorización por parte del Hospital de Inírida, la Secretaría Departamental de Salud y la Asociación Indígena del Guainía (ASOCRIGUA), así como aval ético del Hospital Departamental (Declaración 07-2018). Todos los participantes del estudio firmaron un Consentimiento Libre, Previo e Informado, y su anonimato

fue garantizado identificándolos por iniciales: médico- MED, enfermero- E, auxiliar de enfermería- AE, gestor comunitario- G, microscopista- MIC, bacteriólogo- BAC, dentista- DEN y usuarios- U.

Resultados

La comprensión del cotidiano de la implementación de la APS en el área rural de Guainía, desde la perspectiva de usuarios indígenas y profesionales de salud, se sintetizó en cinco categorías: 1) 'vivir en el puesto', 2) 'resolver solo', 3) 'el desafío de la cobertura territorial', 4) 'comisiones de salud: solventando vacíos' y 5) 'apoyo de líderes locales'.

Vivir en el puesto

Los puestos de salud son coordinados por un auxiliar en enfermería encargado de la atención de los pobladores del resguardo indígena donde se encuentra ubicado y de otros resguardos en las proximidades. Aunque formalmente estos trabajadores tienen un horario laboral establecido, la mayoría mantiene una disponibilidad de 24 horas. Al tratarse de personas que no son oriundas de la zona, estos trabajadores establecen su residencia en las mismas instalaciones del puesto de salud, causando que los miembros de las comunidades demanden por atención en cualquier horario del día (*cuadro 2. N.1*).

Cuadro 2. Relatos de participantes

| Categorías | N. | Citas |
|----------------------|----|--|
| 'Vivir en el puesto' | 1 | <i>Yo trabajo de 7 a 12 y de 2 a 6 de la tarde, el sábado de 7 a 2 de la tarde y de ahí en adelante ya solo urgencias, domingos y festivos urgencias, pero igual como yo vivo aquí, me llegan (los pacientes) a cualquier hora y yo los atiendo, prácticamente yo trabajo aquí las 24 horas (AE8).</i> |
| | 2 | <i>Entonces por las mañanas, yo voy y los visito, ¿cómo están? Desayuno con ellos, hablo un momento con ellos y vengo para acá (el puesto de salud) y en la tarde permanezco aquí, me gusta compartir con ellos (comunidad indígena) (AE8).</i> |
| | 3 | <i>Él (auxiliar de enfermería) hace parte de acá, siempre está con nosotros y nos colabora con cosas de aquí. Nosotros estamos 'amañados' (acostumbrados) con él (U10).</i> |

Cuadro 2. (cont.)

| Categorías | N. | Citas |
|---|----|--|
| 'Resolver solo' | 4 | <i>Nosotros estamos solos, nosotros tenemos que ser médico, enfermera, paje (médico tradicional), partera, mejor dicho, yo tuve hasta que atender partos. Cuando nosotros estamos en el puesto de salud tenemos que hacer de todo (AE9).</i> |
| | 5 | <i>En el caso de un problema de salud grave, él (auxiliar) remite a la persona (para el hospital), pero él no cuenta con un bote, motor y gasolina, eso es lo que hace más difícil llevar a una persona que está enferma. Otra cosa es que a veces no hay medicamentos en el puesto ¿qué ocurre en ese sentido? Que los habitantes no tienen donde ir cuando no hay medicina, el auxiliar está presente, pero no puede hacer nada, puede atender a la persona, sí, pero no le puede dar medicamento en caso de una enfermedad (U11).</i> |
| | 6 | <i>De mi parte siento que ha mejorado poco, porque el auxiliar está presente en el puesto (de salud), cualquier cosa él nos da información... pero el problema es que todavía nos hacen falta medicamentos, entonces no sirve para nada (U14)</i> |
| 'El desafío de la cobertura territorial' | 7 | <i>Él (gestor comunitario) hace el censo de población, calcula los niños de 0 a 5 años, los adultos, los que están haciendo planificación familiar, el control de crecimiento de los niños... entonces todo este recorrido a las casas lo hace el gestor (AE8).</i> |
| | 8 | <i>Él (gestor comunitario) a veces viene y nos visita, pero a veces le queda difícil venir hasta acá sobretodo en invierno (U12).</i> |
| | 9 | <i>Hay muchas cosas por hacer que no conseguimos completar, el trabajo del gestor es muy amplio, de mi parte, estoy un poco demorado, tengo siete resguardos por visitar y ha sido muy difícil visitarlas a todas (G1).</i> |
| 'Comisiones de salud: solventando vacíos' | 10 | <i>De mi parte cuando viene una comisión aprovecho (a ser atendido), la vez pasada vinieron en noviembre, y fue bien, porque toda mi familia pasó (a ser atendida) (U12).</i> |
| | 11 | <i>Nosotros quedamos con ese 'sin sabor' (pesar), porque llegamos con todo el ánimo para atenderlos lo mejor posible, son muchas las personas y solo una vez al año tienen la oportunidad de un servicio de salud que los atienda, pero por el tiempo y por muchos factores se terminan haciendo las cosas con rapidez (E3).</i> |
| | 12 | <i>Tenemos una dificultad y es que aunque estamos obligados a hacer PyP (promoción de la salud y prevención de la enfermedad), muchas veces llegamos a pacientes que llevan mucho tiempo sin ir al odontólogo y tienen muchas necesidades urgentes, entonces priorizamos lo que demanda el paciente, porque si el paciente tiene algún dolor primero tratamos de eliminar el factor local que está causando el dolor y luego hacemos PyP, y por el tiempo que tenemos a veces es difícil hacer actividades PyP (DEN2).</i> |
| 'Apoyo de líderes locales' | 13 | <i>La idea es que uno llegue a las comunidades habla con el capitán o la persona que está encargada de la zona, se les pide el permiso de que se va a vacunar y se inicia la vacunación [...] también el capitán nos colabora diciéndonos cómo ve la vacunación muchas veces de una vez antes de uno preguntar y también va reportando los casos que se presentan (E1)</i> |
| | 14 | <i>El enfermero del puesto siempre nos ha invitado a reunirnos toda la comunidad, a hacer unos talleres, a hacer unos exámenes, todo eso y también él le dice al capitán y el capitán se encarga de avisarnos todo, él va casa por casa (U15).</i> |
| | 15 | <i>Generalmente no en todas las comunidades hay un puesto de salud, entonces nosotros tenemos que hablar directamente con el director de la escuela y decirle 'mire profesor, el paciente tiene esto y necesitamos que usted supervise el tratamiento', entonces esa es otra posibilidad (AE2).</i> |

Fuente: elaborado por las autoras.

No obstante, durante la investigación en campo fue posible determinar que esa cuestión de 'vivir en el puesto' tiene repercusiones que van más allá de la demanda espontánea y permanente de usuarios. A pesar de que con la entrada en vigencia del MIAS se previeron

reformas en los puestos de salud, en el periodo de estudio, la mayoría de los puestos de salud continuaban funcionando en las mismas construcciones precarias del pasado, debido a atrasos en la renovación de la infraestructura. De ahí que algunos auxiliares fueron

apropiándose de este espacio, tornándolo como ‘suyo’ y realizando por cuenta propia reformas a las instalaciones, pues para ellos, más que su lugar de trabajo, era ‘su casa’ (NO1).

Adicionalmente, ‘vivir en el puesto’ conlleva que las cuestiones rutinarias del trabajo de estos trabajadores se junten con la vida cotidiana de la comunidad (*cuadro 2. N.2*). La convivencia diaria facilita espacios propicios para la socialización, en actividades como comer juntos, conversar, pescar, etc. cuyo potencial cotidiano se exprime en el ‘vivir/estar colectivamente’, más allá del ámbito asistencial. Esta interacción, también catalogada de forma positiva por los usuarios (*cuadro 2. N.3*), favorece lazos interpersonales fuertes y, por tanto, el establecimiento de un vínculo, constituyéndose en condición importante para el fomento de las acciones de APS.

Resolver solo

Dentro de las funciones designadas para los auxiliares de enfermería, se encuentran la realización de consultas de promoción y prevención, administración de medicamentos básicos, atención de primeros auxilios, entre otras actividades realizadas – cuando posible – bajo supervisión, por medio de radio-teléfono, del médico del hospital en la zona urbana. Sin embargo, en su trabajo cotidiano, estos trabajadores asumen responsabilidades que sobrepasan sus competencias (*cuadro 2. N.4*).

‘Resolver solo’ es una expresión recurrente para referirse al trabajo del auxiliar de enfermería en los puestos de salud (NO2). Debido a las dificultades en la comunicación y a las grandes distancias, este trabajador es el principal responsable de la resolución de demandas y el traslado de pacientes a otros niveles atención, asumiendo desafíos que son reconocidos por los propios usuarios, quienes en sus relatos destacan la importancia de la presencia permanente de este trabajador, siendo, no obstante, un factor insuficiente ante las limitaciones existentes relacionadas, principalmente, con la escasez de medicamentos (*cuadro 2. N.5, N.6*).

Es así como la falta de insumos y de ayudas diagnósticas, la compleja logística para la activación de la red de referencia y la operación de embarcaciones para el traslado de pacientes por río, hacen que la ‘improvisación’ sea una característica marcante del cotidiano de atención. Improvisar es entonces una ‘manera de hacer’ que surge a partir del conocimiento intuitivo y de la exigencia de respuestas inmediatas a la resolución de las demandas del día a día en el puesto de salud.

En consecuencia, los desafíos presentados repercuten negativamente en la calidad de la atención, dado a que en la prestación de los servicios se terminan priorizando las prácticas asistenciales, curativas e individuales, sobre las acciones colectivas de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

El desafío de la cobertura territorial

El nuevo modelo propone el papel del gestor comunitario, siendo una persona perteneciente a las comunidades, que trabaja junto al auxiliar de enfermería, encargándose de la realización de visitas domiciliarias, acciones educativas, saneamiento básico y articulación entre los saberes tradicionales y biomédicos. Los participantes destacaron la labor de este trabajador como intermediador, auxiliando la traducción de lengua indígena al español, captación y seguimientos de pacientes (*cuadro 2. N.7*).

No obstante, en las observaciones realizadas al cotidiano del trabajo fue posible detectar dificultades en el cumplimiento de las funciones de este trabajador, asociadas principalmente a la gran extensión del territorio a su cargo (NO3). Los usuarios, por ejemplo, manifestaron que el gestor no realiza las visitas en la frecuencia esperada (*cuadro 2. N.8*), relato que se confirma con lo expresado por uno de los gestores entrevistados, quien, además de las grandes distancias, alega sobrecarga de trabajo (*cuadro 2. N.9*).

En los inicios de la implementación del modelo, los gestores recibieron capacitación para delimitar el área de influencia de su

puesto de salud por medio de un ejercicio de mapeamiento. Sin embargo, a causa de restricciones financieras y de capital humano, se delimitaron territorios conformados por 100 a 200 familias (alcanzando alrededor de 1.000 personas), las cuales se encuentran asentadas de modo disperso en grandes extensiones geográficas, complejizando la realización de visitas frecuentes.

Este hecho, sumado a las dificultades para solicitar embarcaciones y asumir costos de combustible para desplazarse a las áreas designadas, que muchas veces implica varias horas de viaje por río, deriva en que algunas comunidades queden de alguna manera ‘descubiertas’ de la actuación y acompañamiento del equipo de los puestos de salud, perjudicando la supervisión e integridad de las acciones de APS.

Comisiones de salud: solventando vacíos

Los datos revelan que los vacíos en la asistencia en el contexto rural, expuestos anteriormente, pueden estar siendo ‘cubiertos’ por las Comisiones Multidisciplinares de Salud (CMS), consistentes en equipos móviles que se trasladan desde la ciudad a los resguardos indígenas del área rural, mínimo dos veces al año, para realizar visitas.

Aunque el objetivo de las CMS sea ejecutar actividades individuales y colectivas de promoción de la salud y gestión integral del riesgo, fue posible identificar en la observación de la dinámica cotidiana que los usuarios las abordan para suplir sus necesidades en salud, principalmente asociadas a enfermedades y obtención de medicamentos. De hecho, esa búsqueda por atención suele ser ‘aprovechada’ por los usuarios indígenas y sus familias, quienes ven en estos equipos un alternativa práctica para resolver sus afecciones agudas de salud (*cuadro 2. N.10*).

No obstante, las largas filas demandando por atención, sumado al tamaño reducido de los equipos, recursos limitados y tiempos restrictos de permanencia en las aldeas, generan

en los profesionales de las CMS preocupación, por las dificultades para garantizar integridad en la asistencia (*cuadro 2. N.11*).

Con todo ello, el foco de las CMS queda restringido a la atención a enfermedades en detrimento de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (*cuadro 2. N.12*). De hecho, algunos miembros de las CMS consideran estas últimas como “una sobrecarga de trabajo” y “no aportan a satisfacer las demandas reales de la población” (NO4). Adicionalmente, la alta rotatividad asociada a la escasez de profesionales de salud es una característica prevalente de estos equipos, los cuales deben asumir frecuentemente una reorganización en su estructura de trabajo, perjudicando la continuidad en las acciones.

Apoyo de líderes locales

En el cotidiano de la prestación de servicios fue evidente como los equipos de salud junto con los miembros de las comunidades accionan espontáneamente recursos para alcanzar los propósitos de la APS. Específicamente líderes locales, como el ‘capitán’ de la comunidad, el profesor de la escuela o el pastor de la iglesia, desempeñan un importante papel de intermediación entre los equipos y la comunidad.

El ‘capitán’, es un representante escogido por los pobladores para ejercer actividades de organización interna y relacionamiento externo con entidades gubernamentales u otras personas ajenas a la comunidad. Además de facilitar el permiso de entrada y salida al territorio, este representante presta su apoyo para captar necesidades de los usuarios, convocar a las familias en las jornadas de salud y brindar acompañamiento a los tratamientos que requieren supervisión, papel que es destacado en los discursos de profesionales y usuarios (*cuadro 2. N.13, N 14*).

En el mismo sentido, ante la ausencia del capitán, estas funciones son desempeñadas por el profesor de la escuela o el pastor de la iglesia, quienes apoyan en el relacionamiento con personas y organizaciones externas, además

de contar con amplio conocimiento sobre los miembros de la comunidad y sus condiciones de salud (*cuadro 2. N.15*).

Discusión

La mirada atenta al cotidiano de la APS expuesta aquí, no apenas como sinónimo del día a día, sino como expresión de la vivencia de usuarios y profesionales en la implantación de un nuevo modelo de salud¹¹, permite denotar los desafíos en la atención a población asentada en zonas rurales y remotas, reportados también por otros estudios^{8,12,13}, donde persiste la asistencia centrada en la enfermedad, en detrimento de las actividades que cualifican la APS.

Si bien, existe un intento por transformar este foco de atención en Guainía por medio del MIAS, el proceso de cambio es paulatino y complejo, una vez que involucra no solo las alteraciones macro-sistémicas relacionadas con las directrices impuestas por la política, sino mudanzas a nivel micro, en el cotidiano del quehacer de la APS y en las relaciones establecidas entre profesionales y usuarios^{7,14}. Es de esperarse que al ser un proceso ubicado en las primeras fases de implementación, siga siendo aún muy permeable a las prácticas desarrolladas en el modelo anterior. En el pasado, los primeros esbozos de la APS en Guainía se dieron en el ámbito del antiguo Sistema Nacional de Salud, a partir de la formulación de acciones enfocadas a la estructuración de la red de servicios, la capacitación del talento humano y la planificación de estrategias para la atención directa en los resguardos indígenas, muchas de ellas traídas de otras regiones amazónicas, como las CMS. Sin embargo, varios de estos esfuerzos, con tendencia a concretar la APS, se debilitaron con la inclusión del SGSSS, en 1993, que terminó reforzando una atención individualizada y médico-centrada, al tiempo que se mantuvo una desarticulación de la red de servicios, baja resolutivez, sistemas de información incipientes e infraestructura física inadecuada.

Esta cuestión sigue representando un desafío actual, pues la transición al nuevo modelo se complejiza en medio de un sistema de salud fragmentado y segmentado como el SGSSS. Según Moreno¹⁵ la dificultad para implementar la propuesta del MIAS en el actual SGSSS parte desde su concepción más profunda y filosófica, pues resulta contradictorio intentar conciliar un modelo basado en la APS con un sistema de salud individualista, pato-céntrico y regulado por el mercado.

Ahora bien, cabe destacar dentro de los hallazgos elementos que dificultan y favorecen los atributos de la APS². En cuanto a la accesibilidad a los servicios, se hicieron evidentes dificultades para cumplir la función de puerta de entrada para direccionar de manera efectiva el acceso a los demás puntos de la red de servicios. Aunque la residencia permanente del auxiliar de enfermería asegura horarios de atención oportuna, la continuidad de la atención se ve interrumpida por las dificultades logísticas para la remisión de pacientes, que a su vez, constituyen una barrera para el desplazamiento del gestor comunitario al área designada. Esta cuestión ha sido apuntada por estudios con poblaciones indígenas en otras regiones amazónicas de Colombia¹⁶, Brasil^{12,17,18} y Perú¹⁹, asociando las barreras en el acceso a las limitaciones en la organización y oferta de servicios a bajos ingresos, dispersión poblacional y grandes distancias geográficas. En consecuencia, tal como se observó, el auxiliar de enfermería termina haciéndose responsable de labores que van más allá de su formación, o para el caso del gestor comunitario, asumiendo sobrecarga de trabajo, lo cual es recurrente en territorios indígenas²⁰ y zonas rurales/remotas⁸, dado el aislamiento.

En lo que respecta a la longitudinalidad, como fuente regular de cuidados², se ve afectada por la alta rotatividad de profesionales de salud, principalmente en las CMS, que junto con la escasez de recursos humanos continúa siendo un problema igualmente persistente de áreas rurales remotas²¹⁻²³. Esta cuestión, a su vez, tiene repercusión en el tercer atributo de

la APS relacionado con la integralidad², pues la interrupción en la continuidad de las acciones perjudica la manutención del vínculo con los usuarios²⁴. No obstante, es de rescatar que la convivencia cotidiana del auxiliar de enfermería con la comunidad, generando espacios de ‘socialidad’⁹, acaba siendo, por el contrario, un elemento favorecedor del vínculo entre usuario y profesional de salud. Así mismo, esta condición de cercanía se refuerza con la incorporación del gestor comunitario en los equipos, quien por ser una persona residente en el resguardo indígena, conoce de primera mano las condiciones de vida de sus vecinos. Estudios reportan que las acciones favorecedoras del vínculo pueden tornar las prácticas de APS más eficaces y eficientes, al asociarse con el fortalecimiento de la relación trabajador de salud/paciente^{25,26}.

El cuarto atributo, la coordinación, entendido como la capacidad de los prestadores de APS para coordinar el uso de los servicios disponibles², se observa comprometido por las debilidades en la información y comunicación, así como las dificultades para desplazamiento del gestor comunitario en el área designada, lo que deja un vacío en el seguimiento, captación e identificación de problemas prevalentes en la población. Para optimizar el trabajo de esta agente, que como se sabe no es exclusivo de Colombia, estando presente en programas de salud en zonas rurales de países como Brasil²⁷, India²⁸ y Australia²⁹, se considera necesario estimar la proporción de usuarios a ser atendidos de acuerdo a las especificidades del territorio. En ese sentido, concordando con Lima et al.²⁷, se recomienda incorporar a programas de APS para contextos rurales menor cantidad de población bajo la responsabilidad de estos agentes, ya que, como se ha comprobado, su incorporación efectiva contribuye a satisfacer las necesidades de la población, mejorar el acceso a los servicios y abordar las inequidades en salud³⁰.

Adicionalmente, fue posible detectar estrategias que están operando

espontáneamente en el cotidiano, como el apoyo de líderes locales, las cuales, si son tomadas en cuenta, permiten propender por la democratización en las relaciones en la atención en salud y potencializar prácticas más sensibles y culturalmente adecuadas, cuestión que ha sido recomendada en el desarrollo de modelos de APS con población indígena³¹.

Finalmente, es necesario considerar la presencia de limitaciones en este estudio referentes a las dificultades para cubrir la extensión rural en su totalidad, debido a la demanda logística para el desplazamiento de investigadores y, en relación al tipo de estudio, que se propone profundizar en una realidad concreta, sin pretender la generalización a otros escenarios.

Consideraciones finales

Este estudio pretende aportar nuevas dimensiones en el entendimiento de la práctica del hacer en salud, comprendiendo el cotidiano como foco preferencial para el análisis de la APS.

Los hallazgos demuestran que, a pesar de la propuesta reestructurante traída por el nuevo modelo, persiste en las prácticas cotidianas un enfoque asistencialista, centrado en la enfermedad y basado en la lógica curativista, que continúa orientando la prestación de los servicios de salud en la región. Aunque los atributos de la atención primaria se ven comprometidos por dificultades en accesibilidad, fuerza de trabajo y coordinación de los servicios, se identificaron acciones cotidianas, manifestadas en estrategias que pueden favorecer la integralidad en la atención y aportar a la transición exitosa, como el vínculo y el trabajo junto a líderes locales.

Es esencial que los modelos de atención primaria consideren las construcciones que surgen cotidianamente y son implementadas por los actores directamente involucrados en la atención, para responder de manera efectiva y sensible a las realidades de territorios remotos

y de difícil acceso. Se considera, además necesario, para el logro este propósito, la orientación de los servicios de APS bajo un enfoque intercultural, que incluya la articulación de los conocimientos tradicionales en salud de los pueblos indígenas de la región de manera tal que contemple, por medio de un diálogo de saberes, lo que realmente ocurre en la praxis de la salud y modos de vida locales.

Colaboradores

Arias-Murcia SE (0000-0002-7015-8079)* trabajó en la investigación, recolección, análisis e interpretación de los datos. Penna CMM (0000-0001-5277-2860)* participó en la revisión crítica y aprobación de la versión final del manuscrito para publicación. ■

Referencias

- Campos G. Prefácio. In: Mendonça M, Matta G, Roberta G, et al., organizadores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 15.18.
- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
- Mendes E. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: OPAS; 2011.
- Giovanella L, Almeida PF. *Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul*. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acceso en 2021 oct 02]; 22(supl2):1-21. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BkZJXCKLpLBYrPxPs7HVYbG/?format=pdf&lang=pt>.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Pílo-to de implementación en los departamentos con pobla-ciones dispersas*. Guainía: MSPS; 2015.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto No. 2561, por el cual se definen los mecanis-mos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y fortalecer el ase-guramiento en el Departamento de Guainía. Bogotá: MSPS; 2014.
- Fertonani HP, Pires DE, Biff D, et al. *Modelo assis-tencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira*. *Ciênc. e Saúde Colet*. 2015 [acceso en 2021 sep 11]; 20(6):1869-78. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/?format=pdf&lang=pt>.
- Franco CM, Lima JG, Giovanella L. *Primary health-care in rural areas: Access, organization, and health workforce in an integrative literature review*. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acceso en 2021 sep 11]; 37(7):1-22. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VHd6TxVVpjzyJRtDWyvHkrs/?format=pdf&lang=en>.
- Maffesoli M. *O conhecimento comum: Introdução a sociologia compreensiva*. Tradução de Aluizio Ramos. Porto Alegre: Sulina; 2010.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Nitschke RG, Tholl A, Potrich T, et al. Contribuições do pensamento de Michel Maffesoli para pesquisa em enfermagem e Saúde. *Texto Context - Enferm.* 2017 [acesso em 2021 sep 11]; 26(4):1-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4QPWzTyMSBnX84RNqmsLMhF/?format=pdf&lang=pt>.
12. Garnelo L, Lima J, Rocha ES, et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2021 ago 3]; 42(esp1):81-99. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3tZ6QRxxTsPJNj9XwDftbgS/?format=pdf&lang=pt>.
13. Scheil-Adlung X. Extension of Social Security Global evidence on inequities in rural health protection New data on rural deficits in health coverage for 174 countries International Labour Office ii Global evidence on inequities in rural health protection. 2015 [acesso em 2021 sep 8]; (47). Disponível em: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/Ressource-PDF.action?id=51297>.
14. Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde. *Rev Bras Enferm.* 2009 [acesso em 2021 ago 10]; 62(3):424-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/B9DvnMJGVn3qXC7zdLBJ9Xd/?format=pdf&lang=pt>.
15. Moreno GA. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud – MIAS- para Colombia ¿La solución a los problemas del sistema? *Rev médica Risaralda.* 2016; 22(2):73-4.
16. Guhl JF. Los Meandros de la Salud en la Amazonía Colombiana. [tesis]. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2018.
17. Furtado B, Lopes Neto D, Scopel D, et al. Percepção de indígenas Munduruku e equipe multidisciplinar de saúde indígena sobre resolutividade na atenção à saúde. *Enferm em Foco.* 2016 [acesso em 2021 sep 11]; (7):71-4. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/920/350>.
18. Figueira MC, Marques D, Vilela MF, et al. Fluvial family health: Work process of teams in riverside communities of the Brazilian Amazon. *Rural Remote Health.* 2020 [acesso em 2021 jul 15]; 20(3). Disponível em: <https://www.rrh.org.au/journal/article/5522>.
19. Díaz A, Arana A, Vargas-Machuca R, et al. Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2015 [acesso em 2021 ago 20]; 38(1):49-56. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10008>.
20. Diehl EE, Follmann HBC. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. *Texto Context - Enferm.* 2014 [acesso em 2021 sep 23]; 23(2):451-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/J4B3qCQMcxm9hcvcGtwGcwN/?lang=pt&format=pdf>.
21. Diehl E, Langdon EJ, Dias-scopel RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad. Saúde Pública.* 2012 [acesso em 2021 jul 15]; 28(5):819-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3Xt69bM6z9KWjtbSfJP3fMM/?format=pdf&lang=pt>.
22. Pitilin E, Lentsck MH. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Rev da Esc Enferm.* 2015 [acesso em 2021 oct 12]; 49(5):726-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reesp/a/njKsFMymwcvM5dgmzgLLDxG/?format=pdf&lang=pt>.
23. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Pública.* 2018 [acesso em 2021 jul 15]; (42):1-6. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49563>.
24. Viegas SMF, Penna CMDM. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene.* 2012 [acesso em 2021 oct 2]; 13(2):375-85. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3930>.

25. Ferreira MR, Santos A, Orfão N. O vínculo no tratamento da tuberculose na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2019 [acceso en 2021 jul 10]; (32):1-9. Disponible en: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/9540>.
26. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Bond in health care: a systematic review of literature in Brazil*. *Acta Paul Enferm*. 2010 [acceso en 2021 jun 10]; 23(1):131-5. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/21.pdf>.
27. Lima JG, Giovanella L, Rodrigues Fausto MC, et al. The work process for community health agents: Contributions to care in remote rural territories in Amazonia, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acceso en 2021 nov 10]; 37(8). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wtrkTyL7qTmDC4gqftX7B3N/?format=pdf&lang=pt>.
28. Bhatia K. Community health worker programs in India: A rights-based review. *Perspect Public Health*. 2014 [acceso en 2021 oct 18]; 134(5):276-82. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757913914543446?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed.
29. Mercer C, Byrth JJZ. The experiences of Aboriginal health workers and non-Aboriginal health professionals working collaboratively in the delivery of health care to Aboriginal Australians: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Libr Syst Rev*. 2014 [acceso en 2021 oct 8]; 12(3):274-418. Disponible en: <https://hekyll.services.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/100425/2/02whole.pdf>.
30. Scott K, Beckham S, Gross M, et al. What do we know about community-based health programs? A systematic review of existing reviews on community health workers and their integration with health systems. *Hum Resour Health*. 2018 [acceso en 2021 oct 8]; 16(1):1-17. Disponible en: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-018-0304-x>.
31. Harfield SG, Davy C, McArthur A, et al. Characteristics of Indigenous primary health care service delivery models: A systematic scoping review. *Global Health*. 2018 [acceso en 2021 oct 8]; 14(1):1-11. Disponible en: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0332-2>.

Recibido en 05/12/2021

Aprobado en 10/05/2022

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: no hubo