

Evaluación a elementos de Atención primaria en salud en Colombia, desde la perspectiva de enfermería

Evaluation of elements of Primary Health Care in Colombia, from the nursing perspective

Natalia Roció Gomez L¹ , Gladys Edith Villalobos B² 

Recibido para publicación: - Aprobado para publicación:

RESUMEN

Objetivo Comprender cómo se ha realizado la medición de los elementos esenciales de la Atención Primaria en Salud (APS) en Colombia. **Materiales y métodos** Investigación Cualitativa de revisión de la literatura mediante las bases de datos de PubMed, BVS, ScienceDirect, Redalyc, Scielo, EBSCO y Google scholar, identificando las palabras claves en las bases de datos. Posteriormente se recolectó y categorizó la información científica, y de índole general en el tema. **Resultados** Se analizaron 25 archivos entre artículos, informes, textos científicos, tesis de grado; en donde se logró evidenciar que a pesar que hay textos que evalúan las funciones de la APS, no hay una aplicación efectiva de estas en la totalidad del país, por el contrario, con el pasar de los años y sin importar el territorio la mayor deficiencia está en el enfoque familiar y comunitario, seguido de la inequidad en acceso e integralidad que depende al régimen de seguridad social al que este afiliado la persona. **Conclusiones** Los elementos de APS deben ser ejecutados en las poblaciones urbanas, rurales; donde la acción debe ser intersectorial, transectorial, comunitaria e integral; el cumplimiento de la APS y sus elementos permiten garantizar el derecho a la salud y reducir las inequidades.

Palabras clave: Atención Primaria en Salud (APS), Evaluación, Funciones, Enfermería.

Citación (Vancouver)

Comparación del rendimiento usando iniciador genérico y específico en diferentes órganos de murciélagos para obtener ADN. Rev Avances en Salud; 2021. (5)2:8-14. DOI:

ABSTRACT

Objective To understand how the essential elements of Primary Health Care (PHC) have been measured in Colombia. **Materials and methods** Qualitative research to review the literature using the databases of PubMed, BVS, ScienceDirect, Redalyc, Scielo, EBSCO and Google scholar, identifying the keywords in the databases. Subsequently, the scientific and general information on the subject was collected and categorized. **Results** 25 files were analyzed including articles, reports, scientific texts, degree thesis; where it was possible to show that although there are texts that evaluate the functions of PHC, there is no effective application of these in the entire country, on the contrary, with the passing of the years and regardless of the territory the greatest deficiency is in the family and community approach, followed by the inequity in access and comprehensiveness that depends on the social security system to which the person is affiliated. **Conclusions** The elements of PHC should be executed in urban and rural populations; where the action must be intersectoral, cross-sectoral, community and comprehensive; compliance with PHC and its elements make it possible to guarantee the right to health and reduce inequities.

Keywords: Primary Health Care (PHC), Evaluation, Functions, Nursing.

INTRODUCCIÓN

En Colombia la APS se remonta desde los años 80, inició con un enfoque primitivo, con la prestación de servicios de baja complejidad con promotoras rurales y personal auxiliar de salud. Su objetivo fue ampliar la cobertura a grupos prioritarios de la población, como parte del sistema de salud. Sin embargo, sólo comenzó a existir como normativa formal del Sistema General de Seguridad Social en Salud a partir de la aprobación de la Ley 1438 de 2011, cuando era evidente la crisis de las acciones de salud pública y la ausencia de un modelo eficaz de atención en salud para el manejo de los riesgos individuales y colectivos bajo el esquema de aseguramiento (1).

La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) es reconocida como una medida efectiva para mejorar la calidad y alcanzar la equidad de la atención en salud, en ese sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2007 definió a la APS según valores, principios y elementos que la rigen, como es el derecho al mayor nivel de salud, equidad, solidaridad (valores); responder a las necesidades de salud de la población, con calidad y responsabilidad, de igual manera la participación, justicia social, intersectorialidad (principios); la cobertura y acceso universal, el primer contacto, atención integral, integrada y continua, la orientación familiar y comunitaria, énfasis en la promoción y prevención de enfermedades, cuidados apropiados y talento humano adecuados (elementos). (2).

Por otro lado, en diversos países del mundo, independientemente del sistema sanitario, se han generado reformas direccionadas en los fundamentos de la estrategia de APS, a la vez que se dispone de herramientas para monitorizar los cambios y evaluar los resultados (3). Según Berra el primer nivel de atención, es la clave fundamental de esta estrategia, donde la calidad de los servicios de APS están definidos en su accesibilidad, la integralidad de servicios para la mayoría de las necesidades en salud

de la población, relación con los pacientes o usuarios sostenida en el tiempo y la práctica en el contexto de la familia y la comunidad.

La APS parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. En este caso el profesional de enfermería es uno de los actores primordiales, puesto que es quien fomenta el vínculo entre las personas, la comunidad, el sistema de salud y los programas pro-equidad, al tener participación con cada actor y en diferentes ámbitos le permite realizar el análisis y evaluación de efectividad del cumplimiento de los elementos de APS para la mejora de la calidad de la atención y posibilitar la toma de decisiones, basado en datos empíricos y no en juicios de valores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación Cualitativa de revisión de la literatura, donde se procedió a realizar una revisión de las bases de datos de PubMed, Proquest, ScienceDirect, RedalyC, Scielo, EBSCO, Google scholar, OPS, Researchgate, Repositorios uniandes y UPTC, Biblioteca digital univalle y Min salud, en el tema evaluación de los elementos de la atención primaria en salud de los últimos 21 años (2000-2021); identificando las palabras claves en las bases de datos ("MeSH Database" en PUBMED; términos Decs en Bireme, BVS).

Se definió una estrategia de búsqueda, utilizando los prefijos AND, and OR, con cada una de las palabras claves. De tal manera que sea posible replicar la búsqueda y obtener similares resultados, se buscaron también documentos de implementación de la estrategia

de atención primaria en salud en Colombia que incluyeran evaluación de los elementos.

Se consideraron los siguientes criterios para recolectar y categorizar los documentos:

Criterios De Inclusión 1. Documentos sobre la atención primaria en salud en Colombia. 2. que los documentos incluyan resultados de evaluación, informes o análisis de experiencias resultantes de la implementación de una estrategia de atención primaria en salud. 3. que los documentos sean de años entre el 2000 y el 2021.

Criterios De Exclusión 1. los artículos que no incluyan resultados de experiencias, informes o evaluaciones del tema. 2. Documentos o informes que estudian la atención primaria en salud en otros países.

Posterior a la ejecución de las búsquedas, se encontraron 65 documentos potencialmente relevantes identificados en las bases de datos y 5 Documentos potencialmente relevantes identificados por otras fuentes que eran

potencialmente relevantes, para un total de 70; los cuales se revisaron en su totalidad, descartando 35 porque no daban cuenta de resultados de evaluación, informes o experiencias y 10 no eran de Colombia. Al final se seleccionaron 25 documentos entre artículos, informes, tesis, textos e información en Páginas Web de organismos internacionales y sitios oficiales de los países.

El flujograma de la selección de los artículos se presenta en la Figura 1. Los artículos seleccionados fueron revisados de manera independiente, utilizando los criterios de selección descritos. Se extrajeron los datos de interés necesarios, para llevar a cabo la integración de los mismos en el presente documento. Una vez integradas todas las fuentes, se determinó organizar la evidencia encontrada en una secuencia temporal, teniendo en cuenta el desarrollo del tema en Colombia.

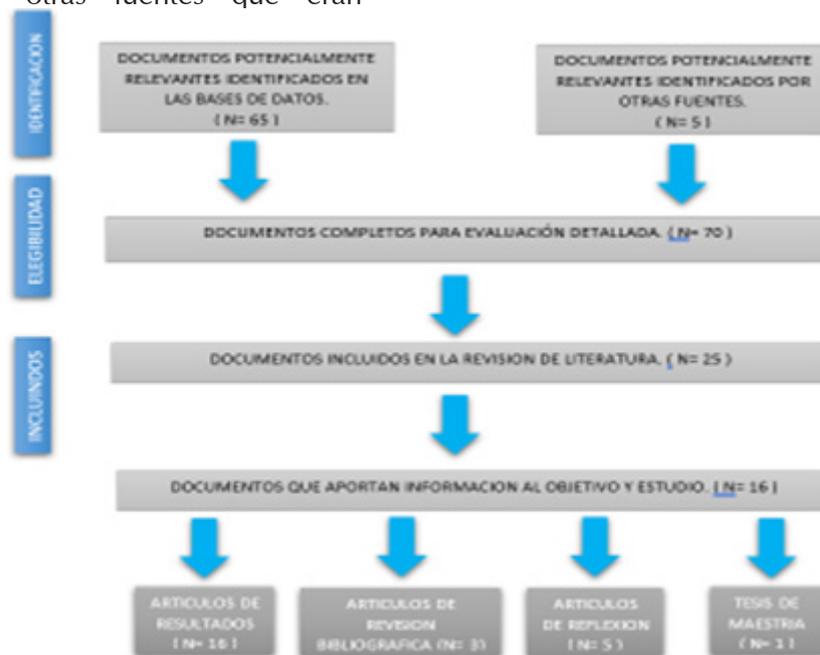


Figura 1. Diagrama de flujo Prisma de artículos seleccionados para la revisión

RESULTADOS

Cobertura y Acceso Universales

En 2007 el estudio “reflexiones y experiencias en atención primaria en salud

en Bogotá, D.C. 2004-2007”, mediante la identificación de las situaciones y descripción de los hechos,

evidenció dificultad de acceso a los servicios de salud, debido factores como distancias lejanas entre el centro prestador de servicios de salud y

la vivienda de las personas, población que no siente interés por consultar cuando están sanos o la inestabilidad en la afiliación al sistema de salud, entre otras. (4)

En 2008, el estudio “el caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá – Colombia” realizó una revisión y análisis de entrevistas, talleres, observación en campo y revisión documental, en donde encontraron un incremento en la accesibilidad gracias a la creación de 7 CAPs y una unidad móvil, a su vez se obtuvo una cobertura del 100% de los estratos 1, 2 y un pequeño porcentaje del estrato 3. (5)

A su vez en 2008, en el artículo “la política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud” realizaron una recopilación de evidencias e información, incluyendo publicaciones, presentaciones en encuentros y foros a nivel distrital y nacional e información a partir de estadísticas, entrevistas y documentos de trabajo de la secretaria distrital. Se evidenció que para el 2006 había deficiencias en la accesibilidad, debido a que presentaban cobertura de 36.84% en estratos 1 y 2 y luego se centraban en la cobertura específica de ciertas poblaciones como gestantes y niños. (6) De igual manera, en 2008 el estudio “la estrategia de atención primaria en salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de las inequidades de resultados en salud”, mediante la observación se dieron cuenta que más de la mitad de las localidades de Bogotá se encontraban con baja y media cobertura, además estas eran las clasificadas como de mayor pobreza y vulnerabilidad; evidenciando que la disminución de las tasas de mortalidad fueron más notorias en las localidades con alta cobertura, lo que se vio potenciado gracias a los cambios económicos de los hogares y de intervenciones por la política social y general de salud. Pero también se evidencio una leve reducción en los indicadores de las localidades de baja y media cobertura. (7)

Después en 2009, en el artículo “evaluación de la estrategia de atención primaria con enfoque familiar “salud puerta a puerta”; en el departamento del Huila durante el periodo 2006-2007”, evaluó las actividades realizadas de la APS, demostrando que había un incremento en la accesibilidad entre 10 y 20 % dando cobertura no solo a personas sino también a familias y veredas, pero sin la actividad de captación de personas. (8)

A su vez en 2009 el artículo “evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud - APS comparo las ESE con los centros ambulatorios privados. Los usuarios de entidades privadas dieron mejor valoración a la accesibilidad respecto a la calificación de las entidades públicas por la facilidad de asignación de citas telefónicas y acceso a medicamentos. Los profesionales indicaron que en ambas instituciones la calificación es alta. (9)

Luego en 2012, el estudio “sistematización de experiencias desarrolladas en el país sobre APS y RISS en los niveles territoriales” mostro resultados en accesibilidad gracias al cubrimiento de la población en diferentes territorios, también mayor atención a personas por niveles de complejidad. (10)

Simultáneamente, en el artículo “evaluación del desempeño de servicios de atención primaria en salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia” analizaron el desempeño de la implementación de la APS en tres municipios de Santander con mayor desarrollo y tres con menor desarrollo mediante cuestionarios, lo que les permitió describir que todos los usuarios, profesionales y supervisores percibieron deficiencias por las dificultades de acceso. (11)

Por otra parte en 2013, el estudio “evaluación del desempeño de las dimensiones esenciales de los servicios de atención primaria de salud en seis localidades de Bogotá-Colombia: un estudio transversal”, compararon las percepciones de usuarios, profesionales y gerentes de salud;

mediante encuestas, logrando identificar que la proporción de personas de los estratos 1 y 2 atendidas en los centros de salud públicos fue del 98,8%, mientras que en los privados fue del 84,7%, tanto los usuarios públicos como los privados calificaron la accesibilidad como intermedia. A su vez, los profesionales y los gerentes de salud de entidades privadas dieron mayor calificación en accesibilidad. (12)

Posteriormente en 2014, en el “informe anual de atención primaria en salud: avances y retos en Colombia”, mediante una mesa de trabajo, resalto que en Bogotá 6 de cada 10 personas aseguraban que no se le garantizaba el derecho a la salud a pesar de estar afiliados o no a una entidad de salud. Cuando esto se analiza por zonas, se mostró que en el centro más de la mitad de las personas aseguraban que no se le garantizaba el derecho a la salud; por otra parte, más de la mitad de las personas de la zona sur-occidental (Bosa, Tunjuelito y Ciudad Bolívar) sí consideraban que había cumplimiento en este derecho. (13)

Así mismo, notaban mayor aseguramiento de este derecho en los estratos 1 y 2 pero en menor medida en los estratos 3, 4, 5 y 6. Además de esto, se evidenció un incremento y disminución variable por localidades en las tasas de mortalidad materna, nacimientos en adolescentes, mortalidad infantil y de bajo peso en menores de 5 años. (13)

Por otro lado, la mesa de trabajo en Medellín aseguró que desde el año 2009 más de la mitad de las personas sintieron que se les garantizaba el derecho a la salud, pero a su vez se identificó una deficiencia en la accesibilidad, debido a la alta demanda para cubrir dichos procesos de integralidad como demora en agendamiento de citas y atención de las mismas, por lo que se sobresaturaba el servicio de urgencias. (13)

La mesa de trabajo en Barranquilla, menciona que en el año 2013 el 65% de las personas sentían que se les garantizaba el derecho a la salud, porcentaje que disminuyó en 10% a comparación del año 2012; pero aún así se evidenció incremento en la accesibilidad, ya

que se implementaron 33 Puestos de Atención de Salud Oportuna (PASO) de primer nivel, 9 Centros de Atención Médica Integral Oportuna (CAMI), 8 de segundo nivel de atención, uno de tercer y cuarto nivel de atención y un centro de recuperación nutricional. (13)

Del mismo modo en la mesa de trabajo en Pereira, en el año 2013 el 42% de las personas sintieron que se les garantizaba el derecho a la salud, porcentaje que disminuyó en 20% a comparación del año 2012. Además de la poca accesibilidad debido a la escasa oferta de camas hospitalarias de primer y segundo nivel. (13)

De igual forma en 2014, en el estudio “la atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios” mediante guías de discusión y encuestas, encontraron diferentes métodos de accesibilidad empleados como la visita familiar (100%), jornada de salud (34.1%) unidad móvil (27.5%) y reuniones comunitarias (1.4%). (14)

Luego en 2015, en el artículo “Atención Primaria en Salud y Redes Integradas en una institución de salud de primer nivel, Tauramena (Casanare, Colombia): propuesta de Mejoramiento” al analizar la situación del municipio encontraron que el 94,6% estaban afiliados al SGSS, de la cual el 60% estaba afiliado al régimen subsidiado cumpliendo con la cobertura, pero a su vez contaba con 2 IPS con consulta externa y dos consultorios médicos privados, el hospital local de Tauramena que contaba con hospitalización, urgencias y atención extramural, que garantizaba en un nivel intermedio la accesibilidad. (15)

Por otra parte, en 2015 el artículo “implementación de la APS en una zona urbana marginal de Cali: una experiencia de alianzas locales para enfrentar determinantes sociales” mediante la observación, hicieron la descripción donde el 79.7% de la población estaba afiliada a régimen subsidiado y garantizaban la accesibilidad mediante la remisión a centros de la salud. (16)

| Titulo | Autor | Aportes |
|---|---|--|
| reflexiones y experiencias en atención primaria en salud en Bogotá, D.C. 2004-2007 | Secretaria de salud , | Identifico que las barreras de acceso mas frecuentes son la existencia de largas distancias entre las viviendas y el centro prestador de servicios de salud, el poco interés de los usuarios por asistir a estas entidades y la inestabilidad de afiliación al SGSSS (4) |
| evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud - APS | Vega Romero , Martínez Collantes , Acosta Ramírez. | Al comparar las ESE con los centros ambulatorios privados, evidenciaron que para los usuarios evaluar la accesibilidad a los servicios de salud lo hacían teniendo en cuenta la facilidad de asignación de citas telefónicas y acceso a medicamentos, obteniendo mejor calificación las entidades privadas. (9) |
| informe anual de atención primaria en salud: avances y retos en Colombia | Pineda Restrepo , Jerez Trujillo | Resalto que en Bogotá más de la mitad de las personas aseguraban que no se le garantizaba el derecho a la salud a pesar de estar afiliados o no a una entidad de salud, por el contrario, en Medellín más de la mitad de las personas sintieron que se le garantizaba el derecho a la salud. Así mismo en Barraquilla y Pereira presentaban esta cobertura en un 65% y 42% respectivamente. Pero en la accesibilidad destacaron que había un déficit en Medellín debido a que la alta demanda produjo una demora en el agendamiento y atención de citas por lo que se sobresaturaba el servicio de urgencias; así mismo en Pereira al tener escasa oferta de camas hospitalarias de primer y segundo nivel. Por el contrario, en Barranquilla se evidencio incremento en la accesibilidad, ya que implementaron nuevos puntos de atención de diferentes niveles. (13) |
| la atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios | Giraldo Osorio A, Vélez Álvarez C. | Encontraron diferentes métodos empleados que garantizaban la accesibilidad como la visita familiar (100%), jornada de salud (34.1%) unidad móvil (27.5%) y reuniones comunitarias (1.4%). (14) |
| implementación de la APS en una zona urbana marginal de Cali: una experiencia de alianzas locales para enfrentar determinantes sociales | Holguín Ruiz , Aristizábal Grisales , Murillo Hurtado , Acosta Ramírez. | Describieron el déficit de la cobertura y la accesibilidad al evidenciar que el 79.7% de la población estaba afiliada a régimen subsidiado y que al no poder garantizar accesibilidad completa la aseguraban mediante la remisión a centros de la salud. (16) |

Tabla No. 1 Resumen principales aportes del elemento cobertura y accesos universales de APS
Fuente: Elaboración propia.

Primer Contacto

En 2007 el estudio “reflexiones y experiencias en atención primaria en salud en Bogotá, D.C. 2004-2007”, mediante la identificación de las situaciones y descripción de los hechos, en el que observaron un cumplimiento de la función de primer contacto de la Atención Primaria en Salud para el año 2005 de 29% pero que tuvo un incremento para el año 2006 del 40%, gracias a que aproximadamente 3.000 familias eran captadas por visitadores de salud y del eje social. (4)

En 2014 el “informe anual de atención primaria en salud: avances y retos en Colombia” resalto mediante una mesa de trabajo en Bogotá, que tuvo un adecuado proceso de identificación, caracterización y priorización de las familias para encontrar todas las necesidades que le aquejan, para así mismo captarlas a los sectores correspondientes para brindar una solución. En Barranquilla se llevó a cabo la caracterización de las personas, el hogar y el entorno, así como

la determinación de los factores de riesgo. En Pereira el trabajo intersectorial permitió caracterizar cada familia e identificar los factores de riesgo, sociales, económicos ambientales y de salud, y satisfacer estas necesidades. (13)

Del mismo modo en 2014 el estudio “la atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios” mediante guías de discusión y encuestas, encontraron un primer contacto efectivo gracias a los diferentes métodos de accesibilidad empleados como la visita familiar (100%), jornada de salud (34.1%) unidad móvil (27.5%) y reuniones comunitarias (1.4%). (14)

Por otra parte, en 2015 el artículo “implementación de la APS en una zona urbana marginal de Cali: una experiencia de alianzas locales para enfrentar determinantes sociales” mediante el trabajo intersectorial en una jornada comunitaria con estudiantes, el instituto colombiano de bienestar familiar y demás actores aseguró el primer contacto. (16)

| Titulo | Autor | Aportes |
|---|---|---|
| reflexiones y experiencias en atención primaria en salud en Bogotá, D.C. 2004-2007 | Secretaria de salud , Organización panamericana de la salud | Observaron que gracias a los visitadores de salud y del eje social captaron aproximadamente 3.000 familias lo que permitió que la función de primer contacto de la Atención Primaria en Salud incrementara del 29% en el año 2005 al 40% en 2006. (4) |
| informe anual de atención primaria en salud: avances y retos en Colombia | Pineda Restrepo , Jerez Trujillo | Identifico un resultado positivo en este elemento gracias a la identificación, caracterización y priorización adecuadas que se llevan a cabo en las diferentes ciudades analizadas, pero además de esto en Barranquilla se reconocían los factores de riesgo y en Pereira se tenían en cuenta los determinantes sociales de la salud (13) |
| implementación de la APS en una zona urbana marginal de Cali: una experiencia de alianzas locales para enfrentar determinantes sociales | Holguín Ruiz , Aristizábal Grisales , Murillo Hurtado , Acosta Ramírez. | Relaciono que fue gracias al trabajo intersectorial en una jornada comunitaria que pudieron dar cumplimiento al elemento de primer contacto por la colaboración de estudiantes y del ICBF. |

Tabla No. 2. Resumen principales aportes del elemento cobertura y accesos universales de APS
Fuente: Elaboración propia.

Mecanismos de Participación Activa

En 2007 el estudio “reflexiones y experiencias en atención primaria en salud en Bogotá, D.C. 2004-2007”, mediante la identificación de las situaciones y descripción de los hechos, encontró que la participación social es de difícil aceptación, ya que la comunidad respondía o no a la convocatoria, variando su participación entre 10 y 50 personas, la permanencia de estas no era estable, y además mostraban grandes expectativas que superaban los límites de las ESE. (4)

A su vez en 2008, el estudio “el caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá – Colombia” realizó una revisión y análisis de entrevistas, talleres, observación en campo y revisión documental, donde destacó el poco empoderamiento de la comunidad por participar en los programas, planes y practicas institucionales. (5)

Así mismo en 2008, el artículo “la política de

salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud” realizaron una recopilación de evidencias e información, incluyendo publicaciones, presentaciones en encuentros y foros a nivel distrital y nacional e información a partir de estadísticas, entrevistas y documentos de trabajo de la secretaria distrital, se observó poca efectividad en la participación comunitaria para lo cual realizaron 67 asambleas comunitarias y se conformaron distintas organizaciones comunitarias sin éxito (6)

Después en el 2016, el estudio “evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia” prevaleció la participación representativa en los comités que por normatividad debían funcionar en el municipio. las experiencias de participación fueron de cogestión y autogestión alrededor de los problemas prioritarios de salud logrando una fuerte movilización de recursos y actores. (17)

| Titulo | Autor | Aportes |
|---|---|---|
| reflexiones y experiencias en atención primaria en salud en Bogotá, D.C. 2004-2007 | Secretaria de salud , Organizacion panamericana de la salud | Evidenciaron que la participación ciudadanía frecuentemente era extremista y variable, lo que quiere decir que la asistencia participativa era poca o mucha, donde además ponían grandes expectativas y exigencias a las ESE. (4) |
| La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. | Vega Romero R, Acosta Ramírez N, Mosquera Méndez PA, Restrepo Veléz MO. | Señalo que, a pesar de la implementación de 67 asambleas comunitarias y la creación de distintas organizaciones comunitaria, estas no tuvieron éxito, evidenciando así el poco interés de las personas por tener una participación efectiva, (6) |
| evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia | Rodríguez-Villamizar , Ruiz Rodríguez , Acosta Ramírez | Obtuvo una adecuada participación comunitaria, debido a que, por normativa en el municipio, debían funcionar los comités para la participación representativa alrededor de los problemas prioritarios de salud logrando una fuerte movilización de recursos y actores. (17) |

Tabla No. 3. Resumen principales aportes del elemento mecanismos de participación de activa de APS
Fuente: Elaboración propia.

Políticas y Programas Pro-equidad

En 2008, el artículo “la política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud” realizaron una recopilación de evidencias e información, incluyendo publicaciones, presentaciones en encuentros y foros a nivel distrital y nacional e información a partir de estadísticas, entrevistas y documentos de trabajo de la secretaria distrital, mostro que a pesar que había apoyo por programas de rehabilitación, el programa Bogotá sin hambre, adecuación sanitaria y además se brindó capacitación a 300 líderes comunitarios en prevención de enfermedades, no se usan adecuadamente (6)

En 2014 el “informe anual de atención primaria en salud: avances y retos en Colombia” resalto mediante una mesa de trabajo que en Pereira se crean políticas públicas del municipio como: Primera infancia, infancia y adolescencia, salud sexual y reproductiva. A su vez en la mesa de trabajo Medellín implemento programa como Escuelas y colegios saludables en el ámbito escolar, programa de instituciones saludables con Así te ves salud, ámbito laboral y en el ámbito comunitario, así como en Barraquilla que implemento la salud está en mi casa, Salud al colegio, Entorno saludable y Entorno laboral saludable (13)

| Titulo | Autor | Aportes |
|---|---|---|
| La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. | Vega Romero R, Acosta Ramírez N, Mosquera Méndez PA, Restrepo Veléz MO. | mostro que a pesar que había apoyo por programas de rehabilitación, el programa Bogotá sin hambre, adecuación sanitaria y además se brindó capacitación a 300 líderes comunitarios en prevención de enfermedades, no se usan adecuadamente (6) |
| Informe Anual 2014 Atención Primaria en Salud: avances y retos en Colombia. | Pineda Restrepo , Jerez Trujillo. | Identifico que en Pereira se crean políticas públicas del municipio como: Primera infancia, infancia y adolescencia, salud sexual y reproductiva. A su vez en la mesa de trabajo Medellín implemento programa como Escuelas y colegios saludables en el ámbito escolar, programa de instituciones saludables con Así te ves salud, ámbito laboral y en el ámbito comunitario, así como en Barraquilla que implemento la salud está en mi casa, Salud al colegio, Entorno saludable y Entorno laboral saludable (13) |

Tabla No. 4. Resumen principales aportes del elemento políticas y programas pro-equidad de APS

Organización y Gestión Optima

En 2008 el estudio “evaluación económica y sostenibilidad financiera del modelo de atención primaria en salud (APS) en la localidad de suba de Bogotá-Colombia”, realizo la evaluación del costo efectividad del modelo de atención primaria en salud a su hogar implementado en 2004, mediante la comparación de los años 2002-2003 contra 2005-2006 se evidencio una disminución de los indicadores de mortalidad materna y mortalidad por EDA en menores de

5 años, esto gracias al incremento en costos para la integralidad al contar con los servicios básicos, servicios complementarios, servicios de promoción y prevención; la coordinación desde la salud pública y el primer contacto y la accesibilidad por la inducción a la demanda. (18)

En 2008, el estudio “el caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá – Colombia” se realizó una revisión y

análisis de entrevistas, talleres, observación en campo y revisión documental, describieron como reto mejorar la coordinación, en el monitoreo de actividades, productos/servicios, recursos y la evaluación de los resultados en salud y como lograr la sostenibilidad financiera por la disminución de la demanda gracias a la efectividad del modelo ya que el programa era costo efectivo por lo que permite disminuir la mortalidad evitable y obtener ganancias de años de vida. (5)

A su vez en 2008, el artículo “la política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud” realizaron una recopilación de evidencias e información, incluyendo publicaciones, presentaciones en encuentros y foros a nivel distrital y nacional e información a partir de estadísticas, entrevistas y documentos de trabajo de la secretaria distrital. resaltaban el reto que tenía la coordinación con la calidad del desempeño y la sostenibilidad financiera. (6)

Por otra parte, en 2009, el artículo “evaluación de la estrategia de atención primaria con enfoque familiar "salud puerta a puerta"; en el departamento del Huila durante el periodo 2006-2007”, evaluó las actividades realizadas de la APS, analizando la coordinación hizo una apropiada gestión de sistemas, incentivos, políticas y procedimientos con un 92,7% de cumplimiento. (8)

A su vez en 2009, el artículo “evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud – APS” comparo las ESE con los centros ambulatorios privados. Los usuarios de ambas instituciones calificaron como nivel intermedio la coordinación por el manejo de los resultados de los exámenes, carnets y documentos por el paciente, pero para los profesionales esta calificación era alta (9)

Por otra parte, en 2013 el estudio “evaluación del desempeño de las dimensiones esenciales de los servicios de atención primaria de salud en seis localidades de Bogotá-Colombia: un estudio transversal”, en el que compararon las percepciones de usuarios, profesionales, gerentes de salud; mediante encuestas, logrando identificar que tanto los usuarios públicos como los privados calificaron la coordinación como buena, los profesionales le daban mejor calificación en las entidades privadas, pero la distribución de recursos financieros fue crítica para ambas entidades. (12)

En el informe anual de atención primaria en salud: avances y retos en Colombia resalto en Bogotá, Medellín, Barranquilla y Pereira mediante una mesa de trabajo en Bogotá se debía reforzar la coordinación aseguro que se debía garantizar la disponibilidad de dispositivos móviles y de software en línea para monitoreo y control del programa en campo y fortalecer la acción y comunicación intersectorial. (13)

En Medellín gracias a la capacitación en atención primaria en salud del personal de la salud y al software que permitió llevar un registro, procesar, consolidar y generar informes oportunos de las actividades del programa salud en el hogar, dándole un cumplimiento satisfactorio a la coordinación. En Barranquilla se requirió influir más acción en la coordinación al contratar y capacitar en APS al personal de salud. En Pereira se debía mejorar la coordinación para consolidar un modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios basada en la equidad socio-sanitaria, en la justicia social, en la transectorialidad y en el costo-efectividad de las intervenciones. (13)

| Titulo | Autor | Aportes |
|--|--|--|
| Evaluación económica y sostenibilidad financiera del Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) en la localidad de Suba de Bogotá – Colombia | Chicaíza Becerra , García Molina. | gracias al incremento en costos para la integralidad al contar con los servicios básicos, servicios complementarios, servicios de promoción y prevención; la coordinación desde la salud pública, el primer contacto y la accesibilidad por la inducción a la demanda, se evidencio una disminución de los indicadores de mortalidad materna y mortalidad por EDA en menores de 5 años. (18) |
| El caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá – Colombia. | Acosta Ramirez N, Vega Romero R. | describieron como reto mejorar la coordinación, en el monitoreo de actividades, productos/servicios, recursos y la evaluación de los resultados en salud para brindar mejor atención y disminuir la mortalidad evitable y obtener ganancias de años de vida. (5) |
| Evaluación de la estrategia de atención primaria con enfoque familiar “Salud puerta a puerta” en el departamento del Huila durante el periodo 2006-2007. | Ruiz Jaramillo CE. | Encontró que la coordinación hizo una apropiada gestión de sistemas, incentivos, políticas y procedimientos con un 92,7% de cumplimiento. (8) |
| evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud - APS | Vega Romero , Martínez Collantes , Acosta Ramírez. | Al comparar las ESE con los centros ambulatorios privados, evidenciaron que para los usuarios evaluar la coordinación a los servicios de salud lo hacían teniendo en cuenta el manejo de los resultados de los exámenes, carnets y documentos por el paciente, generando un nivel intermedio en ambas entidades. (9) |

Tabla No. 5. Resumen principales aportes del elemento organización y gestión optima de APS

Recursos Humanos Adecuados

En 2009 el artículo “evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud – APS” comparo las ESE con los centros ambulatorios privados

para ambas instituciones los usuarios y los profesionales calificaron como alta la formación del personal. (9)

Después en 2011 el estudio “experiencia de implementación de un modelo de atención primaria”, analizó la perspectiva de fuentes y actores de los cuales reconoció falta de

contratación de personal de planta por lo que los planes de atención estaban segmentados, además de poca actividad de los equipos provinciales, ni de los profesionales de enlace. (19)

Luego en 2012, en el artículo “evaluación del desempeño de servicios de atención primaria en salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia” analizaron el desempeño de la implementación de la APS en tres municipios de Santander con mayor desarrollo y tres con menor desarrollo mediante cuestionarios, lo que les permitió describir que los usuarios, profesionales y supervisores de municipios con mayor desarrollo percibían favorablemente la formación profesional. (11)

Por otra parte en 2013, el estudio “evaluación del desempeño de las dimensiones esenciales de los servicios de atención primaria de salud en seis localidades de Bogotá-Colombia: un estudio transversal”, en el que compararon las percepciones de usuarios, profesionales, gerentes de salud; mediante encuestas, lograron identificar que tanto los usuarios públicos como los privados calificaron la formación profesional como buena, Los profesionales de entidades públicas la calificaban como intermedia, siendo mayor la formación profesional en las entidades privadas. (12)

En 2014, el “informe anual de atención primaria en salud: avances y retos en Colombia” resalto mediante una mesa de trabajo en Bogotá, que contaban con 7.500 profesionales y técnicos en ciencias de la salud, ciencias ambientales, ciencias sociales/humanas, pero que se debían capacitar en atención primaria en salud al personal y evitar la rotación constante de estos. (13)

A su vez, en 2015 el estudio “Atención Primaria en Salud. Una mirada desde los profesionales de enfermería: Barreras, conocimientos y actividades. Barranquilla (Colombia)” mediante encuestas describieron que el 63% no aprobaban la encuesta de conocimientos básicos de APS, en donde además identificaron menos del 45% en la acción intersectorial y en la continuidad; ejecutando más del 60% actividades de coordinación con el registro de

historias clínicas e información, y en más del 50% realiza actividades de primer contacto en la captación de usuarios y las acciones de integralidad. (20)

Después en 2016, el estudio “evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia” evidenciaron que hubo contrataciones al personal de salud inestables que no permitían el adecuado cumplimiento en la oportunidad y primer contacto para los usuarios ya que esto se presentaba más en las contrataciones para trabajo extramural. (17)

Posteriormente en 2019 el estudio “situación de la enfermería en el desarrollo de la atención primaria en salud en Antioquia (Colombia): aproximación desde la perspectiva de los profesionales”, realizó entrevistas y observación a profesionales de enfermería, demostrando la importancia del liderazgo del enfermero en la intersectorialidad y transectorialidad, pues era el encargado de la coordinación del equipo multidisciplinario y participación de líderes sociales, profesores y otras personas claves en la dinámica rural, además de esto era el encargado de la atención comunitaria puesto que planea, ejecuta y evalúa estas actividades; al mismo tiempo iba promoviendo la participación social. Pero identificaron que por la poca flexibilidad y el encasillamiento no le permitió al profesional crear este tipo de estrategias o el poco interés por estas en el personal de zonas rurales (21)

Por otra parte en 2020 el estudio “conceptos y directrices que orientan la atención primaria en salud en diversos territorios colombianos (2017)” mediante talleres y entrevistas grupales evidenciaron que los conceptos de APS no eran claros para los profesionales ni para los líderes comunitarios, puesto que este era mayormente asociado con la atención básica prestada en el primer nivel de complejidad con un 31,2%, el 27% tenía conocimientos amplios, el 24,6% lo relacionaba con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y el 17,2% lo asociaba con el acceso a servicios de salud de calidad; en donde los actores institucionales fueron los predominantes en el porcentajes del conocimiento amplio de APS (22)

| Título | Autor | Aportes |
|---|---|--|
| Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. | Ruiz Rodríguez , Acosta Ramírez , Rodríguez Villamizar L, Uribe M, León Franco. | reconoció falta de contratación de personal de planta por lo que los planes de atención estaban segmentados, además de poca actividad de los equipos provinciales, ni de los profesionales de enlace. (19) |
| Informe Anual 2014 Atención Primaria en Salud: avances y retos en Colombia. | Pineda Restrepo , Jerez Trujillo. | Identifico que contaban con 7.500 profesionales y técnicos en ciencias de la salud, ciencias ambientales, ciencias sociales/humanas, que se debían capacitar en atención primaria en salud al personal y evitar la rotación constante de estos. (13) |
| Atención Primaria en Salud. Una mirada desde los profesionales de enfermería: Barreras, conocimientos y actividades. Barranquilla (Colombia). | Bruno Rubio, Bustamante Llinás M, Jiménez Hamburguen A, Maldonado Mendoza L, Segura Barrios I, Tuesca Molina R. | mediante encuestas describieron que el 63% no aprobaban la encuesta de conocimientos básicos de APS, en donde además identificaron menos del 45% en la acción intersectorial y en la continuidad; ejecutando más del 60% actividades de coordinación con el registro de historias clínicas e información, y en más del 50% realiza actividades de primer contacto en la captación de usuarios y las acciones de integralidad. (20) |
| Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. | Rodríguez-Villamizar , Ruiz Rodríguez , Acosta Ramírez. | evidenciaron que hubo contrataciones al personal de salud inestables que no permitían el adecuado cumplimiento en la oportunidad y primer contacto para los usuarios ya que esto se presentaba más en las contrataciones para trabajo extramural. (17) |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Conceptos y directrices que orientan la atención primaria en salud en diversos territorios colombianos (2017).</p> | <p>Molano Builes P, Mejía Ortega , Gómez Granada A, Vargas Betancourt , Cuellar Bravo.</p> | <p>evidenciaron que los conceptos de APS no eran claros para los profesionales ni para los líderes comunitarios, puesto que este era mayormente asociado con la atención básica prestada en el primer nivel de complejidad con un 31,2%, el 27% tenía conocimientos amplios, el 24,6% lo relacionaba con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y el 17,2% lo asociaba con el acceso a servicios de salud de calidad; en donde los actores institucionales fueron los predominantes en el porcentajes del conocimiento amplio de APS (22)</p> |
|---|--|--|

Tabla No.6. Resumen principales aportes del elemento organización y gestión optima de APS
Fuente: Elaboración propia.

Acciones Intersectoriales

En 2007 el estudio “reflexiones y experiencias en atención primaria en salud en Bogotá, D.C. 2004-2007”, mediante identificación de las situaciones y descripción de los hechos, permitió mejores acciones colectivas e individuales como la educación y la integración social, gracias al trabajo multidisciplinar. (4)

A su vez en 2008 el estudio “el caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá – Colombia” se realizó una revisión y análisis de entrevistas, talleres, observación en campo y revisión documental, destacaron el trabajo intersectorial con proyectos como saneamiento básico alternativo, fitomedicamentos, proyectos ambientales escolares y monitores ambientales comunitarios. (5)

En 2008 el artículo “la política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud” realizaron una recopilación de evidencias e información, incluyendo publicaciones, presentaciones en encuentros y foros a nivel distrital y nacional e información a partir de estadísticas, entrevistas y documentos de trabajo de la secretaria distrital, mostro que a pesar que hay apoyo por programas de rehabilitación, el programa Bogotá sin hambre, adecuación sanitaria y

además se brindó capacitación a 300 líderes comunitarios en prevención de enfermedades, no había efectividad en la intersectorialidad (6) Por otra parte, en 2009 el artículo “evaluación de la estrategia de atención primaria con enfoque familiar "salud puerta a puerta"; en el departamento del Huila durante el periodo 2006-2007”, evaluó las actividades realizadas de la APS, evidencio que gracias a la socialización de problemas y diagnósticos comunitarios se cubrieron estas necesidades con programas como afiliación al régimen subsidiado, jornadas de las registradurías, jornadas de vacunación canina y felina, proyectos municipales de mejoramiento de vivienda articulación con el programa de salud mental dando así un 87% de cumplimiento. (8) Después en 2011, el estudio “experiencia de implementación de un modelo de atención primaria” analizo la perspectiva de fuentes y actores de los cuales reconoció poca actividad de los equipos provinciales, además por falta de contratación de personal los planes de atención estaban segmentados. (19)

En 2014, el “informe anual de atención primaria en salud: avances y retos en Colombia” resalto mediante una mesa de trabajo Bogotá contaba con 1.005 equipos de respuesta inicial y 85 equipos de respuesta complementaria, con 7.500 profesionales y técnicos en ciencias de la

salud, ciencias ambientales, ciencias sociales/ humanas, para que realizaran acciones de Atención Primaria en Salud. (13)

En Medellín había gran cobertura intersectorial pues contaba con programa como Escuelas y colegios saludables en el ámbito escolar, programa de instituciones saludables con Así te ves salud, ámbito laboral y en el ámbito comunitario, así como en Barraquilla que también tenía gran capacidad intersectorial, ya que el modelo de APS contaba con programas de la salud está en mi casa, Salud al colegio, Entorno saludable y Entorno laboral saludable (13)

En Pereira contaba con mayor cobertura en el programa de vacunación, trabajo intersectorial de psicólogos, enfermeros profesionales, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, técnicos de salud pública, profesionales y técnicos en el área ambiental, etnoeducadores

y comunicadores sociales. (13)

Luego en el artículo Atención Primaria en Salud y Redes Integradas en una institución de salud de primer nivel, Tauramena (Casanare, Colombia): propuesta de Mejoramiento al analizar que tenía participación de médicos, bacteriólogos, enfermeras, terapeutas respiratorios y físicos, odontólogos, trabajadores sociales, psicólogos y demás que permitieron cumplir la cobertura y los objetivos en los diferentes programas. (15) Por otra parte, en el artículo Implementación de la APS en una zona urbana marginal de Cali: una experiencia de alianzas locales para enfrentar determinantes sociales. mediante la observación realizaban el trabajo intersectorial en una jornada comunitaria con estudiantes, el instituto colombiano de bienestar familiar y demás actores se aseguró el primer contacto y la remisión a centros de la salud para garantizar la accesibilidad. (16)

| Titulo | Autor | Aportes |
|--|---|--|
| La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. | Vega Romero R, Acosta Ramírez N, Mosquera Méndez PA, Restrepo Veléz MO. | mostro que a pesar que hay apoyo por programas de rehabilitación, el programa Bogotá sin hambre, adecuación sanitaria y además se brindó capacitación a 300 líderes comunitarios en prevención de enfermedades, no había efectividad en la intersectorialidad (6) |
| Evaluación de la estrategia de atención primaria con enfoque familiar "Salud puerta a puerta" en el departamento del Huila durante el periodo 2006-2007. | Ruiz Jaramillo CE. | evidencio que gracias a la socialización de problemas y diagnósticos comunitarios se cubrieron estas necesidades con programas como afiliación al régimen subsidiado, jornadas de las registradurías, jornadas de vacunación canina y felina, proyectos municipales de mejoramiento de vivienda articulación con el programa de salud mental dando así un 87% de cumplimiento. (8) |
| Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. | Ruiz Rodríguez , Acosta Ramírez , Rodríguez Villamizar L, Uribe M, León Franco. | reconoció que la falta de contratación de personal genera poca actividad de los equipos provinciales y encuentra que los planes de atención estaban segmentados. (19) |

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
| Informe Anual 2014 Atención Primaria en Salud: avances y retos en Colombia. | Pineda Restrepo , Jerez Trujillo. | Encontró que en Bogotá daban cumplimiento al tener personal de diversas áreas de las ciencias humanas que brindaran una respuesta inicial y complementaria, a diferencia de Medellín, Barranquilla y Pereira que cumplían su acción intersectorial mediante los programas pro-equidad. |
|---|-----------------------------------|--|

Tabla No. 7 Resumen principales aportes del elemento Acciones Intersectoriales de APS

Fuente: Elaboración propia.

Atención Integral y Continua

En 2007 el estudio “reflexiones y experiencias en atención primaria en salud en Bogotá, D.C. 2004-2007”, mediante la identificación de las situaciones y descripción de los hechos, donde la integralidad en la atención se evidencio deficiente por los lineamientos que deben cumplir las entidades sociales del estado (ESE), en especial en la oportunidad de la referencia y la contrarreferencia. Así mismo menciono que avanzar en la continuidad era un trabajo difícil debido a la inestabilidad laboral del personal de salud (4)

A su vez en 2008, el estudio “el caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá – Colombia” realizó una revisión y análisis de entrevistas, talleres, observación en campo y revisión documental, en donde notó un incremento de la continuidad gracias a las visitas de seguimiento, pero en ciertas poblaciones como mujeres en edad fértil, gestantes, personas con diabetes o con hipertensión arterial; caso contrario pasaba con el seguimiento de los niños menores donde se vio una ligera disminución a programas de vacunación y crecimiento y desarrollo. (5)

Por otra parte, en 2009 el artículo “evaluación de la estrategia de atención primaria con enfoque familiar "salud puerta a puerta"; en el departamento del Huila durante el periodo 2006-2007”, evaluó las actividades realizadas de la APS, analizo que en la integralidad se demostró adecuada con un 100% de cumplimiento en atención gracias a programas de detección temprana, promoción de la salud, información apropiada. (8)

Después en 2011, el estudio “experiencia de implementación de un modelo de atención

primaria” analizo la perspectiva de fuentes y actores de los cuales por falta de contratación de personal de planta se presentaban falencias en la continuidad, ya que los planes de atención estaban segmentados. (19)

Luego en 2012, en el artículo “evaluación del desempeño de servicios de atención primaria en salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia” analizaron el desempeño de la implementación de la APS en tres municipios de Santander con mayor desarrollo y tres con menor desarrollo mediante cuestionarios, donde los usuarios, profesionales y supervisores de municipios con mayor desarrollo percibían favorablemente la integralidad (portafolio de servicios). (11)

Por otra parte, en 2013 el estudio “evaluación del desempeño de las dimensiones esenciales de los servicios de atención primaria de salud en seis localidades de Bogotá-Colombia: un estudio transversal”, en el que compararon las percepciones de usuarios, profesionales, gerentes de salud; mediante encuestas, logrando identificar que tanto los usuarios públicos como los privados calificaron la integralidad como bueno, los profesionales y gerentes le daban una calificación más alta a las entidades públicas. (12)

En 2014 el “informe anual de atención primaria en salud: avances y retos en Colombia” resalto mediante una mesa de trabajo en Bogotá mejoró la integralidad con la especialización a 14 ESE de primer y segundo nivel en Atención Primaria en Salud, y se avanzó en la perspectiva de conformación de redes de atención, a su vez se realizó valoración integral del riesgo en salud a más de 140.000 personas de todas las etapas de ciclo vital. Al hablar de continuidad se evidencio una disminución significativa puesto que en el año 2013 el 85% de las

personas utilizaron los servicios de salud de cualquier entidad cifra que se había mantenido por encima del 93% en los 5 años anteriores. (13)

En Medellín se evidencio la inequidad social ya que en los estratos medio y alto más del 70% sienten que el servicio de salud era continuo, pero en los niveles bajos menos del 60% tenían esta percepción. A su vez se evidencio satisfactorio, ya que para el año 2013 el 93% de personas utilizo los servicios de salud de cualquier entidad y durante los 5 años anteriores el rango era superior al 90%. En Pereira se evidencio una disminución del 6% respecto a los 2 años anteriores, siendo así el 91% de las personas que utilizaron los servicios de salud de cualquier entidad en el 2013. (13) Análogamente, en el estudio “la atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios” mediante guías de discusión y encuestas, encontraron mejoras en la continuidad en la atención gracias a la visita familiar y llamadas telefónicas se hacía un

seguimiento a los usuarios, pero no era del todo efectiva esta función debido a las barreras administrativas de las EPS. (14)

Luego en 2015, el artículo “Atención Primaria en Salud y Redes Integradas en una institución de salud de primer nivel, Tauramena (Casanare, Colombia): propuesta de Mejoramiento” al analizar la situación del municipio encontraron que contaba con 2 IPS con consulta externa y dos consultorios médicos privados y el hospital local de Tauramena que tenía hospitalización, urgencias y atención extramural, que garantizaba en un nivel intermedio la integralidad. (15)

Así mismo en 2015, en el artículo “implementación de la APS en una zona urbana marginal de Cali: una experiencia de alianzas locales para enfrentar determinantes sociales” mediante la observación identificaron integralidad adecuada con servicios de odontología, valoración visual, promoción y prevención de la enfermedad y demás. (16)

| Titulo | Autor | Aportes |
|---|---|--|
| El caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá – Colombia. | Acosta Ramirez N, Vega Romero R. | Evidencio un incremento de la continuidad gracias a las visitas de seguimiento, pero en ciertas poblaciones como mujeres en edad fértil, gestantes, personas con diabetes o con hipertensión arterial; caso contrario pasaba con el seguimiento de los niños menores donde se vio una ligera disminución a programas de vacunación y crecimiento y desarrollo. (5) |
| Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. | Ruiz Rodríguez , Acosta Ramírez , Rodríguez Villamizar L, Uribe M, León Franco. | Resalto que por falta de contratación de personal de planta se presentaban falencias en la continuidad, ya que los planes de atención estaban segmentados. (19) |

| | | |
|---|--|---|
| <p>La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios.</p> | <p>Giraldo Osorio A, Vélez Álvarez C.</p> | <p>encontraron mejoras en la continuidad en la atención gracias a la visita familiar y llamadas telefónicas se hacía un seguimiento a los usuarios, pero no era del todo efectiva esta función debido a las barreras administrativas de las EPS. (14)</p> |
| <p>Implementación de la aps en una zona urbana marginal de Cali: una experiencia de alianzas locales para enfrentar determinantes sociales. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia).</p> | <p>Holguín Ruiz , Aristizábal Grisales , Murillo Hurtado , Acosta Ramírez.</p> | <p>Resalto que basaban la integralidad con dar acceso a todos los servicios de salud en cualquier etapa del ciclo vital como servicios de odontología, valoración visual, promoción y prevención de la enfermedad y demás. (16)</p> |

Tabla No. 8 Resumen principales aportes del elemento Atención Integral y Continua de APS
Fuente: Elaboración propia.

En 2007 el estudio “reflexiones y experiencias en atención primaria en salud en Bogotá, D.C. 2004-2007”, mediante la identificación de las situaciones y descripción de los hechos, en el que observo falencias en este elemento por lo que hizo énfasis en que el personal de planta brindara información personalizada, oportuna y humanizada que además se construyera con base en la información que tuvieran de la familia y del entorno. (4) A su vez en 2008, el estudio “el caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá – Colombia” se realizó una revisión y análisis de entrevistas, talleres, observación en campo y revisión documental, se destacó por el poco enfoque familiar y comunitario (5) Por otra parte, en 2009 el artículo “evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud – APS” comparo las ESE con los centros ambulatorios privados, encontrando que los usuarios y profesionales de ambas instituciones calificaban como baja la orientación a la

comunidad y el enfoque familiar. (9) Después en 2017, el estudio “Evaluación de contenidos curriculares y percepción de competencias de estudiantes del área de la salud respecto del Modelo Integral de Atención en Salud en Colombia. Análisis de la escasa formación en APS desde los programas académicos universitarios. (19) Luego en 2012, en el artículo “evaluación del desempeño de servicios de atención primaria en salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia”, analizaron el desempeño de la implementación de la APS en tres municipios de Santander con mayor desarrollo y tres con menor desarrollo mediante cuestionarios, lo que les permitió describir que los usuarios de municipios con menor desarrollo percibían deficiencias en el enfoque familiar y la orientación comunitaria; por otra parte los usuarios, profesionales y supervisores de municipios con mayor desarrollo calificaban favorablemente la orientación a la comunidad. (11) Por otra parte en 2013, el estudio “evaluación del desempeño de las dimensiones esenciales de los servicios de atención primaria de salud en seis localidades de

Bogotá-Colombia: un estudio transversal”, en el que compararon las percepciones de usuarios, profesionales, gerentes de salud; mediante encuestas, lograron identificar que en ambos tipos de institución los usuarios calificaron el enfoque familiar como crítico y la orientación comunitaria fue peor calificada en las instituciones privadas y en las publicas la calificaban como intermedio. (12)

A su vez, los profesionales de

establecimientos privados calificaron la orientación comunitaria como intermedia, pero los de instituciones públicas la calificaron más alto. Por otro lado, los gerentes de salud de entidades privadas tenían mayor calificación en el enfoque familiar, pero desempeño intermedio en la orientación comunitaria y en las entidades públicas era más significativa la orientación comunitaria. (12)

| Titulo | Autor | Aportes |
|---|---|--|
| reflexiones y experiencias en atención primaria en salud en Bogotá, D.C. 2004-2007 | Secretaría de salud , Organización panamericana de la salud | observo falencias en este elemento por lo que hizo énfasis en que el personal de planta brindara información personalizada, oportuna y humanizada que además se construyera con base en la información que tuvieran de la familia y del entorno. (4) |
| Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud - APS. | Vega Romero , Martínez Collantes , Acosta Ramírez. | comparo las ESE con los centros ambulatorios privados, encontrando que los usuarios y profesionales de ambas instituciones calificaban como baja la orientación a la comunidad y el enfoque familiar. (9) |
| Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. | Rodríguez Villamizar , Acosta Ramírez , Ruiz Rodríguez. | describieron que los usuarios de municipios con menor desarrollo percibían deficiencias en el enfoque familiar y la orientación comunitaria; por otra parte los usuarios, profesionales y supervisores de municipios con mayor desarrollo calificaban favorablemente la orientación a la comunidad. (11) |
| Evaluación del desempeño de las dimensiones esenciales de los servicios de atención primaria de salud en seis localidades de Bogotá – Colombia: un estudio transversal. | Mosquera PA, Hernández , Vega , Martínez J, San Sebastián. | Lograron identificar que en ambos tipos de institución los usuarios calificaron el enfoque familiar como crítico y la orientación comunitaria fue peor calificada en las instituciones privadas y en las publicas la calificaban como intermedio. A su vez, los profesionales de establecimientos privados calificaron la orientación comunitaria como intermedia, pero los de instituciones públicas la calificaron más alto. Por otro lado, los gerentes de salud de entidades privadas tenían mayor calificación en el enfoque familiar, pero desempeño intermedio en la orientación comunitaria y en las entidades públicas era más significativa la orientación comunitaria. (12) |

Tabla No. 9 Resumen principales aportes del elemento Orientación Familiar y Comunitaria de APS

Fuente: Elaboración propia.

Énfasis en Promoción y Prevención

En 2007 el estudio “reflexiones y experiencias en atención primaria en salud en Bogotá, D.C. 2004-2007”, mediante la identificación de las situaciones y descripción de los hechos, donde mostro que la oportunidad en la atención de los programas de promoción y prevención era de un día a cuatro. (4)

A su vez en 2009, el artículo “evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud – APS” comparo las ESE con los centros ambulatorios privados. Los usuarios de instituciones públicas valoraban mejor el portafolio de servicios a comparación de los de entidades privadas gracias a la prevención y promoción de la salud, planificación familiar, consejería sobre el riesgo de consumo de alcohol y tabaco, educación sobre violencia intrafamiliar,

educación sobre preparación higiénica de la comida y manejo del agua y en eventos curativos como el tratamiento de heridas. Los profesionales indicaban que en ambas instituciones la calificación era alta (9)

Luego en 2012, el estudio “sistematización de experiencias desarrolladas en el país sobre APS y RISS en los niveles territoriales” mostro resultados positivos en programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación en salud. (10)

En 2014 el “informe anual de atención primaria en salud: avances y retos en Colombia” resalto mediante una mesa de trabajo en Bogotá, que se presentó una mejora gracias a la implementación de los programas de vacunación, las estrategias de instituciones amigas de la mujer y la infancia (IAMI) e instituciones amigas de la familia gestante y la infancia (IAFI), (13)

| Titulo | Autor | Aportes |
|--|--|---|
| Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud - APS. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia). | Vega Romero , Martínez Collantes , Acosta Ramírez. | Identificaron que los usuarios de instituciones públicas valoraban mejor el portafolio de servicios a comparación de los de entidades privadas gracias a la prevención y promoción de la salud, planificación familiar, consejería sobre el riesgo de consumo de alcohol y tabaco, educación sobre violencia intrafamiliar, educación sobre preparación higiénica de la comida y manejo del agua y en eventos curativos como el tratamiento de heridas. Los profesionales indicaban que en ambas instituciones la calificación era alta (9) |
| Informe Anual 2014 Atención Primaria en Salud: avances y retos en Colombia. | Pineda Restrepo , Jerez Trujillo. | presentó una mejora gracias a la implementación de los programas de vacunación, las estrategias de instituciones amigas de la mujer y la infancia (IAMI) e instituciones amigas de la familia gestante y la infancia (IAFI), (13) |

Tabla No. 10 Resumen principales aportes del elemento Énfasis en Promoción y Prevención de APS Fuente: Elaboración propia.

En 2008, el estudio “evaluación económica y sostenibilidad financiera del modelo de atención primaria en salud (APS) en la localidad de suba de Bogotá-Colombia”, realizó la evaluación del costo efectividad del modelo de atención primaria en salud a su hogar implementado en 2004, encontró que existe una variabilidad en los ingresos y los costos, debido a que el Fondo Financiero Distrital pagaba por enfermedad tratada lo que no promueve la APS. Por lo que recalco que había que empezar a construir un sistema en el que los incentivos económicos estuvieran orientados hacia la salud y no hacia la enfermedad, con políticas que mejoraran el bienestar y la calidad de vida que la población requería. (18)

Por otra parte, en 2014 el “informe anual de atención primaria en salud: avances y retos en Colombia” resalto mediante una mesa de trabajo en Bogotá el 45% de 140.000 personas, no accedían de forma efectiva a los servicios de protección específica y detección temprana del POS y desconocían su estado de salud. (13) Del mismo modo en 2014, el estudio “la atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios” mediante guías de discusión y encuestas, encontraron que las razones por las cuales los usuarios solicitaban una atención en salud eran principalmente recuperarse y prevenir la enfermedad (47.8% y 41.2% respectivamente). (14)

| Titulo | Autor | Aportes |
|---|------------------------------------|--|
| Evaluación económica y sostenibilidad financiera del Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) en la localidad de Suba de Bogotá – Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia). | Chicaíza Becerra , García Molina. | Encontró que el Fondo Financiero Distrital pagaba por enfermedad tratada lo que no promueve la APS. Por lo que recalco que había que empezar a construir un sistema en el que los incentivos económicos estuvieran orientados hacia la salud y no hacia la enfermedad, con políticas que mejoraran el bienestar y la calidad de vida que la población requería. (18) |
| Informe Anual 2014 Atención Primaria en Salud: avances y retos en Colombia | Pineda Restrepo , Jerez Trujillo. | Resalto que en Bogotá el 45% de 140.000 personas, no accedían de forma efectiva a los servicios de protección específica y detección temprana del POS y desconocían su estado de salud. (13) |
| La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios. | Giraldo Osorio A, Vélez Álvarez C. | Identificaron que las razones por las cuales los usuarios solicitaban una atención en salud eran principalmente recuperarse y prevenir la enfermedad (47.8% y 41.2% respectivamente), favoreciendo así el cumplimiento de este elemento. (14) |

Tabla No. 10 Resumen principales aportes del elemento Énfasis en Promoción y Prevención de APS Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los métodos más usados para evaluar la Atención Primaria en Salud fueron mediante entrevistas, encuestas y observación; herramientas importantes puesto que permiten conocer la perspectiva de los participantes, pero aun así, para evaluar adecuadamente este tema es importante también implementar el análisis de informes de calidad y prestación de servicios que aporten resultados basados en evidencia y donde se valoren todos los elementos esenciales de APS ya que estos se encuentran relacionados, generando así resultados con mayor confiabilidad.

En el elemento de cobertura y acceso universal los autores aseguran mayor cumplimiento en la capital del país a diferencia de municipios y otras ciudades, esto en la implementación permite evidenciar la inequidad en salud, por lo que desde la mirada de enfermería se resalta la importancia de llevar a cabo estrategias y proyectos que disminuyan las barreras de acceso y favorezcan la atención al paciente, no solo en zonas de difícil acceso si no también en los casos en que la demanda es mayor a la oferta.

Por esto, aunque en el elemento “primer contacto” los estudios mostraron un alto cumplimiento gracias a la demanda inducida generada, pero solo Pineda y Jerez (13) en su informe analizan y mencionan la categorización y priorización, factores que desde una mirada del profesional de enfermería son relevantes y se deberían implementar constantemente ya que permiten redireccionar al usuario a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que cubran las necesidades específicas de cada individuo.

Por otro lado, el elemento “mecanismo de participación activa” es al que menor cumplimiento le dan los autores, por ello es importante recalcar a la población la importancia de su participación en la creación de políticas y estrategias en salud, debido a que son ellos quienes conocen las verdaderas necesidades en cada comunidad. Por otra parte, en el elemento “programas pro-equidad” se debe reforzar la visibilidad ante la comunidad

para mejorar la participación en estos, ya que en los estudios se mostró que su cumplimiento no es adecuado.

Así mismo, en el elemento “organización y gestión óptima” los autores mencionan que es necesario mejorar la coordinación, lo cual en la implementación del profesional de enfermería permite evidenciar que es necesario fortalecer los sistemas de recolección y análisis de la información con el único enfoque de atención primaria en salud, para así facilitar la comunicación intersectorial y la generación de informes y estadísticas a evaluar.

Además, en el elemento “recursos humanos adecuados” generalmente tienen un cumplimiento intermedio, pero según Molano, Mejía, Gómez, Vargas y Cuellar (22) los conocimientos de atención primaria en salud son deficientes, lo cual desde la perspectiva de enfermería debe fortalecerse los conocimientos de objetivos y funciones de la APS no solo en el talento humano en salud, si no también en todos los actores participantes (entidades gubernamentales y no gubernamentales, comunidad). A su vez resulta importante que en varios estudios revelan la inestabilidad laboral del talento humano en salud, por lo que se debe fortalecer la estabilidad al recurso humano de cada área, lo que favorece los conocimientos de estos y la continuidad en la atención.

Igualmente en los estudios se evidencio que el elemento “continuidad” no tiene un adecuado cumplimiento, ya que las personas solo asisten a los centros medicos si se sienten enfermos, por ende es imperativo establecer estrategias para recalcar a la población la importancia de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, del mismo modo el elemento “atención integral” el cual tiene un buen cumplimiento gracias a los portafolios de servicios, aun así consideran que este es mejor en entidades públicas, pero esto desde la mirada de enfermería lleva a considerar que es por falta de conocimiento de los usuarios sobre los servicios de las entidades privadas, ya que por normatividad se encuentra estandarizada la atención básica que se debe brindar.

Por otra parte, en el elemento “acción intersectorial” los autores la muestran

adecuada gracias al trabajo multidisciplinar y los programas pro-equidad, pero aun así en algunos estudios se menciona la dificultad en la comunicación intersectorial, lo cual es importante para un profesional de enfermería por lo que es importante reforzar los medios de comunicación establecidos y la forma en que se da la información por lo que se debe mejorar la comunicación acertiva de los actores intersectoriales.

De forma contraria, el elemento “orientación familiar y comunitaria” es evaluado por los autores de forma negativa, motivo por el cual se debe resaltar la salud familiar y comunitaria y así obtener un impacto en los determinantes sociales que afectan la salud de cada individuo; además que la familia y el círculo social debe ser incluido en cada etapa de salud y/o enfermedad como red de apoyo para la persona.

Por otra parte los elementos de “promoción de la salud y prevención de la enfermedad” y “cuidados apropiados” no son ampliamente evaluados, pero en ambos se evidencia que a pesar que APS se enfoca en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el sistema de salud y la comunidad se concentran en la enfermedad debido a que en esta se basa el cubrimiento en costos y las personas solo se acercan a los centros médicos ante una enfermedad.

Por consiguiente el profesional de enfermería, al desempeñarse en varios campos que influyen en la atención primaria en salud debe tener conocimiento ampliado en el tema, lo que sumado a sus cualidades de liderazgo y empatía, permiten que se desempeñe como evaluador, coordinador y educador, fortaleciendo así cada uno de los elementos esenciales de APS que garantizan el derecho a salud a los individuos

CONCLUSIONES

La evaluación de los elementos de APS, requiere de recursos y del desarrollo de sistemas de información que permita enfocar la evaluación no solo en datos administrativos recolectados de forma rutinaria tiene limitaciones evidentes, sino que permitan contar con indicadores

obtenidos de razones, tasas, de utilización de servicios, para poder medir el impacto en la población de Atención Primaria en Salud.

Dentro de la revisión se evidencia que APS es la estrategia que materializa el derecho a la salud a través de la atención integral e integrada, ya que no se debe confundir la atención primaria de salud con la atención a las enfermedades. La atención primaria se centra en la asistencia a las personas sanas como enfermas y de allí se materializa el derecho a la salud

Por otra parte, en el análisis de los resultados se muestra que es primordial que todos los actores (individuo, comunidad, sector salud, entidades gubernamentales y demás sectores involucrados) tengan claro el concepto, los objetivos y funciones de la Atención Primaria en Salud y los lineamientos y directrices a tener en cuenta para dar cumplimiento con los elementos esenciales y así garantizar la salud y calidad de vida de las personas.

REFERENCIAS

1. **Vega Romero, r; Acosta Ramírez, N.** Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Chile. Rio de Janeiro(2014): ISAGS: UNASUR, Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341748002.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud. 46.º Consejo Directivo. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: orientación estratégica y programática para la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; (2004). Disponible en <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd46-13-s.pdf>. Acceso el 14 de septiembre de 2021.
3. **Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Oliveira MMC, Starfield B, Harzheim E.** Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para valorar la atención primaria de la salud.(2013) Rev Panam Salud Publica. 2013;33(1):30-9..Disponible

en <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/15269/Informe%20DAPS%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

4. **Secretaría distrital de salud. Dirección de salud pública.** (2009) Ficha Técnica Intervención Plurimodal: Promoción de la Salud Mental y el Desarrollo Humano. Bogotá, D. C (2009). [fecha de Consulta 14 de Febrero de 2022]. Disponible en. http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Equidad%20en%20Salud/Atenci%C3%B3n%20primaria%20n%20salud_un%20camino%20hacia%20la%20equidad.pdf
5. **Acosta Ramírez, Naydú, & Vega Romero, Román.** El caso de la implementación de la estrategia de atención primaria integral en salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá —Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 7(14), 125-144. [fecha de Consulta 14 de Febrero de 2022]. ISSN: 1657-7027. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54571406>
6. **Vega Romero R, Acosta Ramírez N, Mosquera Méndez PA, Restrepo Veléz MO.** La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *Medicina Social*. 2008; 3(2): p. 148-167. Disponible en <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/207/412>
7. **Mosquera Méndez, Paola Andrea, Granados Hidalgo, Gema, & Vega Romero, Román.** La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud**. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 7(14), 88-109. Retrieved February 14, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272008000100006&lng=en&tlng=es.
8. **Ruiz Jaramillo CE.**(2009) Evaluación de la estrategia de atención primaria con enfoque familiar “Salud puerta a puerta” en el departamento del Huila durante el periodo 2006-2007. *revista facultad de salud*. 2009; 1(1): p. 23-34. Disponible <https://www.researchgate.net/journal/RFS-Revista-Facultad-de-Salud-2145-1362>
9. **Vega Romero, Román, Martínez Collantes, Jorge, & Acosta Ramírez, Naydú.** Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud - APS1. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 165-190. Retrieved February 14, 2022, Recuperado en :http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000100010&lng=en&tlng=es.
10. **Ministerio de Salud y Protección Social, Suárez R, Zamora S, Conte G, Olarte MF.** Sistematización de las experiencias desarrolladas en el país sobre APS y RISS en los niveles territoriales. Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS [Internet]. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2012 [cited 2020 Jan 1]. Available from: Available from: <https://bit.ly/38qwpus>
11. **Rodríguez-Villamizar, Laura A., & Acosta-Ramírez, Naydú, & Ruiz-Rodríguez, Myriam.** Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 15(2), 183-195. [fecha de Consulta 14 de Febrero de 2022]. ISSN: 0124-0064. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42229180001>
12. **Ruiz Rodríguez M, Acosta Ramírez N, Rodríguez Villamizar LA, Uribe Rivero LM, León Franco MH.** Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2011 [cited 2020 Jan 1]; 13(6):885-96. Recuperado en : <https://bit.ly/38qGoQt> .
13. **Muñoz EP, Hernández CA, Aguilar OL, Claros LM, Girón LN, Rojas A.** Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano. CEDETES; 2012. Recuperado en https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=+An%C3%A1lisis+y+propuesta+para+el+desarrollo+de+la+Atenci%C3%B3n+Primaria,+la+Promoci%C3%B3n+de+la+Sa

- lud+y+el+enfoque+de+determinantes+orientados+a+la+reducci%C3%B3n+de+las+inequidades,+articulado+al+sistema+de+salud+colombiano&author=Muz%C3%B1oz+EP&author=Hern%C3%A1ndez+CA&author=Aguilar+OL&author=Claros+LM&author=Gir%C3%B3n+LN&author=Rojas+A&publication_year=2012#d=gs_cit&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AqDrx2_ifiZYJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Des
14. **Franco-Giraldo, Alvaro. (2012). Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado?.** Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 30(1), 83-94. Retrieved February 14, 2022, recuperado de :http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000100010&lng=en&tlng=es.
 15. **Rodríguez-Pérez María, Hernández-Rincón Erwin.** Atención Primaria en Salud y Redes Integradas en una institución de salud de primer nivel, Tauramena (Casanare, Colombia): propuesta de Mejoramiento. Salud, Barranquilla [Internet]. 2015 Dec [cited 2022 Feb 14] ; 31(3): 651-657. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522015000300021&lng=en. <https://doi.org/10.14482/sun.31.3.7628>.
 16. **Holguin-Ruiz, Jorge; Aristizabal-Grisales, Juan Carlos; Murillo-Hurtado, Edwin Acosta-Ramirez, Naydú.** Implementation de la APS en una zona urbana marginal de Cali: una experiencia de alianzas locales para enfrentar determinantes sociales, 14, 28, pp.109-122. ISSN 1657-7027. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgygs18-28.iazu>.
 17. **Rodríguez-Villamizar, Laura A., Ruiz-Rodríguez, Myriam, Acosta-Ramírez, Naydú,** Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2016;34(1):88-95. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12043924010>
 18. **Chicaíza-Becerra, Liliana Alejandra, García-Molina, Mario,** Evaluación económica y sostenibilidad financiera del modelo de atención primaria en salud (APS) en la localidad de Suba de Bogotá —Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2008;7(14):110-124. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54571405>
 19. **Rodríguez-Villamizar LA, Vera-Cala LM, Rojas-Sánchez OA, Rivera-Carvajal R, Uribe-Rivero LM.** Evaluación de contenidos curriculares y percepción de competencias de estudiantes del área de la salud respecto del Modelo Integral de Atención en Salud en Colombia. Rev. Salud Pública (Bogotá) . 2017; 19(4):491-8. DOI:10.15446/rsap.v19n4.67261
 20. **Bruno Rubio, Vanessa, Bustamante Llinás, Mariajosé, Jiménez Hamburger, Alcira, Maldonado Mendoza, Linda, Segura Barrios, Ilubith, Tuesca Molina, Rafael,** Atención Primaria en Salud. Una mirada desde los profesionales de enfermería: Barreras, conocimientos y actividades. Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte [Internet]. 2015;31(2):295-308. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81742138010>
 21. **Atehortúa, Sonia; Castaño-Pineda, Yeferson & Restrepo Villa, Román Orlando.** Situación de la enfermería en el desarrollo de la atención primaria en salud en Antioquia (Colombia): aproximación desde la perspectiva de los profesionales. Revista Gerencia y Políticas de Salud, (2019) 18(36) Recuperado de [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20\(2019-1\)/54559086006/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20(2019-1)/54559086006/)
 22. **Molano-Builes Patricia E., Mejía-Ortega Luz M., Gómez-Granada Johnny A., Vargas-Betancourt Mónica L., Cuellar-Bravo Khaterine.** Conceptos y directrices que orientan la atención primaria en salud en diversos territorios colombianos (2017). Rev. salud pública [Internet]. 2020 Oct [cited 2022 Feb 14] ; 22(5): e202. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642020000500202&lng=en. Epub Jan 22, 2021. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n5.90114>.
 23. Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución 2626 de 2019, “por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS- y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE”. Bogotá: Gobierno de Colombia ; 2019 [cited 2020 Jan 1]. Available from: Available from: <https://bit.ly/35eaAwn>

24. **Rodríguez-Villamizar Laura A, Ruiz-Rodríguez Myriam, Acosta-Ramírez Naydú.** Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2016 Apr [cited 2022 Feb 14] ; 34(1): 88-95. Recuperado en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2016000100011&lng=en. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a11>.
25. **Parga Coca H.** Evaluación del proceso de implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), en el municipio de Palmira entre 2012-2014. [Tesis de

Maestría, Universidad del valle]. 2015. Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/12568/CB-0542436.pdf?sequence=1>

26. **Sierra Forero LE.** La estrategia de atención primaria en salud desde la experiencia de enfermería en el departamento de boyacá. rastrosyrostros [Internet]. 26 de agosto de 2019 [citado 14 de febrero de 2022];4(6):26-38. Disponible en: <https://revistas.uptc.edu.co/index.php/rastrosyrostros/article/view/9947>.
27. **Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019,** “por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS- y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE”. Bogotá: Gobierno de Colombia ; 2019 [cited 2020 Jan 1]. Available from: Available from: <https://bit.ly/35eaAwn> .