

**MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: UN ANÁLISIS COMPARATIVO DE
ESTRATEGIAS ENTRE COLOMBIA Y MODELOS EXITOSOS EN AMÉRICA LATINA.**

Autora: Angie Lizeth Cedano Nova

Tutora: Ziomara Rojas Rivera

Universidad Santo Tomás Tunja

División de Ciencias, Económicas, Administrativas y Contables

Auditoria en Salud

Tunja- Boyacá

2025

Tabla de Contenido.

Tema	4
Introducción	5
Problema	8
Objetivos.....	9
Justificación	10
Marco de referencia	11
Metodología	17
Desarrollo del Tema.....	18
Conclusiones.	33
Referencias.....	35

Índice de Cuadros, gráficas y figuras.

Figura 1	17
Tabla 1	18

Tema

La Atención Primaria en Salud (APS) constituye una estrategia esencial para fomentar el bienestar y prevenir afecciones desde un enfoque integral, garantizando que toda la población pueda acceder de manera justa a los servicios de salud fundamentales. En América Latina, algunos países han implementado con éxito estrategias de APS que han contribuido al mejoramiento de los indicadores de salud y bienestar social. El presente estudio se orienta al análisis y comparación de los procesos de implementación de la Atención Primaria en Salud en el contexto colombiano frente a modelos exitosos en América latina, como los de Brasil y Cuba, para identificar ventajas de implantación para mejora en el contexto colombiano.

Introducción

El concepto de Atención Primaria en Salud (APS) ha experimentado múltiples revisiones y adaptaciones a lo largo del tiempo, el término APS apareció a fines de los años sesenta en la revista *Contact*, que difunde experiencias de misioneros en salud.

Iniciativas anteriores, como enfermeras visitadoras y campañas de vacunación, ya anticiparon este enfoque. En 1977, Castellanos Robayo definió la APS como un método integral que identifica problemas de salud más allá de lo médico, involucrando a la comunidad y a otros sectores, mientras que Vargas Tentori propuso la Atención Primaria en Salud como una estrategia orientada a garantizar un mayor alcance de los servicios sanitarios, especialmente en poblaciones tradicionalmente desatendidas. (Nebel & Lago, 2017)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la APS se entiende como: “La asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.” (Correa, D. S et al, 2021, p 3). La Atención Primaria en Salud es esencial en el sector sanitario, favoreciendo tanto el progreso social como la integración comunitaria y la mejora del bienestar común. Surgió a finales de la década de 1970 con las recomendaciones de Alma-Ata, con el objetivo de proporcionar opciones de atención a las personas de bajos recursos que habían migrado a las áreas urbanas, centrándose en programas especializados para diferentes grupos y enfermedades. (Massuda et al, 2018).

La APS ha estado condicionada por factores históricos, sociales, políticos, culturales y económicos, lo que ha provocado que se desvíe de la definición original presentada en la cumbre de Alma-Ata. Con el tiempo, su aplicación ha variado según los recursos disponibles en cada país; la APS se concibe como una política integral, un modelo de atención en el primer nivel de atención médica, y el nivel asistencial que engloba estos

servicios. Fundamentalmente, la estrategia de APS tiene como objetivo mejorar el bienestar de la población en su conjunto, promoviendo la participación comunitaria y la cooperación intersectorial. Por otro lado, el modelo de atención primaria se distingue por ser el punto de acceso al sistema de salud, brindando atención continua, integral y coordinada, y se diferencia claramente de los servicios hospitalarios y especializados. (Nebel & Lago, 2017)

Los desafíos en la atención primaria varían según la región. A nivel mundial, se notan diferencias en la duración de las consultas, la financiación y la estructura del sistema. Las necesidades también difieren: Japón enfrenta retos con una población envejecida y enfermedades crónicas, mientras que en África subsahariana se combinan enfermedades crónicas e infecciosas. Además, los médicos deben equilibrar los requerimientos específicos de los pacientes con las pautas en el bienestar, mediante decisiones colaborativas. (Nebel & Lago, 2017)

En América Latina, existen modelos de APS exitosos que han logrado mejorar los indicadores de salud y fomentar el bienestar social. Países como Brasil y Cuba han implementado enfoques integrales y participativos que podrían ofrecer importantes enseñanzas para Colombia. En Brasil, El Programa Salud y Familia, iniciado en la década de 1990, dio origen a la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), desarrolló un modelo centrado en el paciente que ha contribuido a reducir la desnutrición y la mortalidad infantil. (Maceira, D., et al, 2024) El modelo cubano de APS se destaca como un ejemplo de atención sanitaria equitativa y centrada en la comunidad. Su enfoque de atención universal, gratuita y preventiva ha permitido alcanzar importantes logros en salud pública. (Di Fabio, et al, 2020).

En Colombia, un estudio en 2008 como lo menciona (Maceira et al, 2024, p 5) “mostró que la implementación de la estrategia había contribuido a mejorar los indicadores de

mortalidad infantil, mortalidad postneonatal y mortalidad por neumonía en menores de 5 años”.

No obstante, la implementación de esta estrategia ha encontrado obstáculos debido a factores estructurales inherentes al sistema de salud nacional. La inestabilidad en la asignación de recursos y las dificultades financieras de los hospitales han limitado su progreso. En el ámbito local, los hospitales se vieron obligados a reorganizar sus operaciones, reduciendo el enfoque de la APS a intervenciones específicas llevadas a cabo por los equipos de atención en el hogar. Además, estos equipos señalaron que la comunicación insuficiente entre los responsables de diseñar las políticas y quienes las implementan a nivel local constituye otro obstáculo significativo. (Mosquera, et al (2014).

Este estudio se propone a través de una revisión sistemática de literatura se plantea las siguientes preguntas ¿cuáles son las principales estrategias de atención primaria en salud en Colombia? y ¿cómo se comparan con las de otros países latinoamericanos?, al abordar esta cuestión, se pretende analizar las estrategias de APS en Colombia y en otros países para identificar fortalezas y debilidades que contribuyan a optimizar la calidad y promover la equidad en la atención sanitaria.

Problema

¿Cuáles son las principales estrategias de atención primaria en salud implementadas en Colombia y cómo se comparan con las de otros países latinoamericanos?

Objetivos

Objetivo General

Analizar las estrategias de atención primaria en salud implementadas en Colombia, así como los enfoques de otros países en América Latina, con el fin de identificar fortalezas y debilidades que ayuden a optimizar la calidad y promover la equidad en la atención sanitaria.

Objetivos Específicos

1. Identificar las principales estrategias de APS que se han implementado en Colombia durante las últimas décadas, enfocándose en su desarrollo, alcance y resultados.
2. Comparar las estrategias de APS con los países latinoamericanos con los mejores índices de salud como Brasil, Cuba, Panamá, entre otros.
3. Elaborar recomendaciones basadas en las mejores prácticas identificadas en la comparación, para propuestas futuras en la elaboración de políticas públicas en Colombia.

Justificación

La atención primaria en salud (APS) es crucial para optimizar los sistemas de salud y promover el bienestar social, pero en Colombia enfrenta importantes desafíos que limitan su efectividad, como la fragmentación de servicios, el sistema de salud y la escasez de recursos. Al mismo tiempo, América Latina cuenta con modelos exitosos de APS, como los de Brasil y Cuba, entre otros, que han demostrado su capacidad para mejorar indicadores de salud y reducir desigualdades. Un análisis comparativo entre las estrategias de APS en Colombia y estos modelos exitosos es crucial, ya que permitirá identificar fortalezas y debilidades, orientar la formulación de políticas públicas más eficaces y subrayar la relevancia de la participación comunitaria. todo ello alineado con los objetivos de desarrollo sostenible. Este estudio contribuirá, en última instancia, a fortalecer la APS en Colombia, optimizar la calidad y promover la equidad en la provisión de atención sanitaria en la población general.

Marco de referencia

El Modelo de Atención Integral en Salud define la interacción entre la población y los sistemas sanitarios, asegurando el acceso a la salud mediante un enfoque territorial y comunitario. Fomenta redes de atención integradas, la participación social, la gestión eficiente de recursos, así como enfoques de género e interculturalidad para garantizar una atención equitativa y de calidad. (Modelo de atención integral en salud, 2019)

La APS constituye el primer punto de contacto entre los individuos y los profesionales. No obstante, sus características, así como el alcance de los servicios, los logros y las dificultades para acceder a ellos, difieren según el sistema de salud de cada país y su contexto social, económico, cultural y político. (Pincay et al, 2020)

El concepto de APS ha sido revisado y adaptado en diversas ocasiones desde 1978.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la APS se entiende como: “La asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.” (Correa et al, 2021, p 3). La APS es fundamental en el sistema sanitario, promoviendo tanto el progreso social como la colaboración de la población y la promoción de la salud como bien común. Surgió a finales de la década de 1970 con las recomendaciones de Alma-Ata, con el objetivo de proporcionar opciones de atención a las personas de bajos recursos que habían migrado a las áreas urbanas, centrándose en programas especializados para diferentes grupos y enfermedades. (Massuda, A et al, 2018)

Los países que priorizan la atención primaria registran mejores indicadores de salud, como una menor tasa de nacimientos con bajo peso y una reducción en la mortalidad infantil, especialmente en la etapa postneonatal. También presentan una distribución más equitativa de los recursos, acceso a seguros médicos o servicios de salud financiados por el gobierno, una baja intervención del sector privado y costos reducidos

para los pacientes. Además, estos sistemas son bien valorados por la población, ofrecen una amplia gama de servicios con un enfoque familiar y logran una mejor salud con menor gasto. (Pincay et al, 2020)

EN AMÉRICA LATINA

En Brasil

Dispone de una de las iniciativas de APS más grandes del mundo. La Estrategia Saúde da Família (ESF; La Estrategia de Salud de la Familia) es el vehículo principal para lograr la cobertura sanitaria universal dentro del Sistema Único de Salud de Brasil y su cobertura se ha ampliado del 6,6% en 1998 al 62,6% en 2019. El ESF abarca principios clave de la APS, incluida la atención comunitaria, equipos multidisciplinarios y orientación hacia la prevención de enfermedades y la promoción del bienestar.

(Moncayo et al, 2024, p 2)

En Cuba:

Uno de los pilares fundamentales del modelo cubano es el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia (MEF). (Di Fabio, et al, 2020).

Un elemento distintivo del sistema es la dispensarización, que consiste en clasificar a la población en grupos según su estado de salud (sanos, en riesgo, enfermos o discapacitados) para aplicar estrategias de prevención y tratamiento personalizadas. (Di Fabio, et al, 2020).

En Argentina: se enfocó inicialmente en madres y niños sin seguro formal en nueve provincias del norte del país. Luego, se amplió a nivel nacional para cubrir a toda la población y nuevas líneas de atención. Se implementaron el Programa Redes, el Programa Médicos Comunitarios (PMC) y el programa Remediar. Redes promovía el acceso equitativo para personas sin cobertura; el PMC financió la capacitación y contratación en atención primaria, aunque su presupuesto resultó limitado; y a través del programa Remediar se amplió el acceso equitativo

a medicamentos básicos. logrando reducir gastos en familias de bajos ingresos mediante compras eficientes en la red de APS. (Maceira, D., et al, 2024)

En Bolivia, “contemplando los principios de participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad e integralidad. Promover la participación social en la toma de decisiones vinculadas a la gestión en salud y generar programas para abordar la salud de los pueblos originarios” (Maceira, D., et al, 2024, p 4-5)

El Salvador, “La coordinación de las redes de salud, que involucra la participación activa de las familias y la comunidad, ha favorecido la eliminación de barreras geográficas, económicas y culturales, mejorando así el acceso” (Maceira, D., et al, 2024, p 5)

En Panamá: El enfoque no se limita al tratamiento de enfermedades, sino que prioriza la promoción de la salud. Se están formando alianzas estratégicas para crear grupos organizados en las comunidades y comités de salud en Atención Primaria en Salud. Estos grupos se centran en actividades de promoción de estilos de vida saludables, manteniendo una estrecha relación con las comunidades. Además, se busca establecer vínculos con asociaciones e instituciones locales para fomentar la intersectorialidad, trabajando conjuntamente en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. También se implementan estrategias para garantizar que los pacientes reciban atención oportuna y de calidad, brindada por equipos capacitados y sensibles a las necesidades de la población. (Correa, D. S et al, 2021, p 5-6).

En Costa Rica;

Se logró una expansión en la disponibilidad y utilización de prestaciones sanitarias, lo que impactó favorablemente en la longevidad poblacional y en la reducción de las tasas de

mortalidad en la infancia y en la edad adulta. Un estudio atribuye una reducción del 8% en la mortalidad infantil y del 2% en la adulta entre 1985 y 2001. Sin embargo, se identificó la necesidad de ajustar los recursos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para afrontar el cambio demográfico actual. (Maceira, D., et al, 2024)

En Ecuador;

El modelo de atención sanitaria se orienta hacia un abordaje integral, continuo e interconectado, con un marcado énfasis en el fortalecimiento de estilos de vida saludables y en la anticipación de riesgos para la salud. De acuerdo con la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, se pretende brindar una atención focalizada en el bienestar físico y psicosocial, el progreso humano y la mejora sostenida de las condiciones de vida. Las acciones de promoción del bienestar y de carácter preventivo ocupan un rol prioritario dentro del modelo, mientras que la atención curativa adquiere un lugar complementario. (Giraldo Osorio, A., y Vélez Álvarez, C. 2013, p 4).

EN COLOMBIA

Desde 2004, Bogotá implementó el Programa Salud a su Hogar (SHP) como parte de una estrategia de APS para reducir desigualdades, mejorar el acceso a prestaciones sanitarias y el impulso a la implicación activa de la comunidad. Un estudio de 2008 mostró mejoras en la mortalidad infantil, posneonatal y por neumonía en niños menores de 5 años. Por otro lado, otro análisis indicó que aspectos como el acceso, el enfoque familiar y la orientación comunitaria aún están poco desarrollados. (Mosquera, P. A et al, 2014).

La estrategia PSQL organiza acciones de salud pública en cuatro categorías: (i) actividades que giran en torno a la vida diaria (familias, barrios, escuelas y lugares de trabajo); (ii) intervenciones a lo largo del curso de vida (desde la niñez hasta la vejez); (iii) actividades para abordar las transversalidades (género,

equidad y diversidad); y proyectos (iv) para desarrollar la autonomía comunitaria (Mosquera, P. A et al, 2014, p 4).

Luego, Ministerio De Salud Y Protección Social, Resolución 100 (2024) establece que” Primer contacto a través de Equipos Básicos de Salud/Equipos de Salud Territoriales; Abordaje Familiar y Comunitario; Longitudinalidad, Atención Integral, Integrada y Continua; Énfasis en la Promoción y Prevención; Participación Social Incidente y Decisoria; Interculturalidad y Transectorialidad”

Actualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2788 (2022) realiza actividades como la caracterización de familias y su entorno, la realización de intervenciones colectivas para fortalecer redes sociales y la educación en salud, así como el desarrollo de un plan integral de cuidado según el curso de vida. También se encargará de evaluar riesgos individuales y comunitarios, informar sobre el acceso a servicios de salud como derecho fundamental, promover la demanda de estos servicios, y referir a usuarios a atención primaria según los riesgos identificados. Además, asegurará la disponibilidad real de los servicios sanitarios, facilitarán la comunicación entre grupos étnicos y el sistema de salud, coordinarán servicios de salud y sociales, socializarán los hallazgos con las comunidades, y documentará y reportará la información requerida al Ministerio.

Desafíos para la implementación

Como lo menciona Mosquera, P. A et al, (2014) de la siguiente manera:

1. La fragmentación del sistema de salud: señala que la división de funciones y el debilitamiento del papel del Estado limitan su influencia y control sobre las aseguradoras.

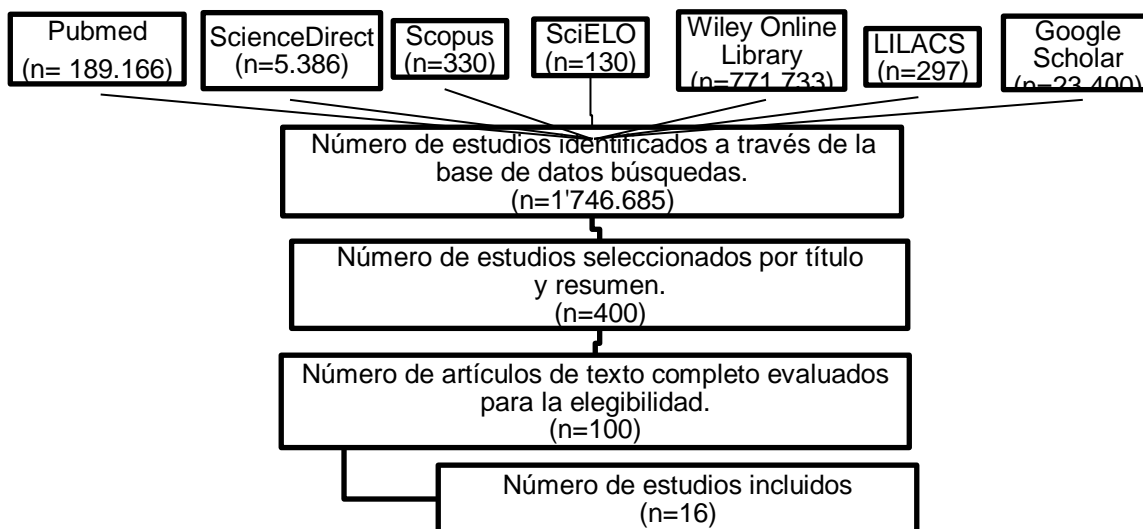
2. La falta de recursos estables: se esperaba que los hospitales financiaran parte del trabajo de los equipos de salud mediante la venta de servicios.
3. La reubicación: la falta de comunicación entre los diseñadores de las pautas y los implementadores locales creó una desconexión entre la teoría y la práctica, con pautas a menudo contradictorias y rígidas.
4. La alta rotación de personal en el sector salud es causada por la falta de recursos estables, políticas de desregulación laboral y presiones financieras en los hospitales. Esto resulta en condiciones laborales precarias, como contratos temporales y bajos salarios, que generan desmotivación.
5. Los problemas de coordinación en el proceso de APS se deben a la falta de compromiso de algunas instituciones para participar en reuniones conjuntas y colaborar en la identificación de necesidades.
6. La participación comunitaria se ve afectada por intereses individuales de líderes y la influencia de instituciones y partidos políticos.

Como lo menciona (Macinko, J et al, 2016) , En el caso de Colombia, los niveles muy elevados (superiores al 50 por ciento) de uso de urgencias por un problema que era tratable en atención primaria pueden ser una consecuencia lógica de los informes de los usuarios sobre la muy baja accesibilidad a la atención primaria los fines de semana, los largos tiempos de espera para las citas de atención primaria, los bajos niveles de contar con una fuente habitual de atención y la mala coordinación de la atención.

Metodología

Esta es una investigación cualitativa de tipo descriptivo, con un enfoque transversal y retrospectivo, basada en una revisión exhaustiva de la literatura en varias bases de datos (Pubmed, ScienceDirect, Scopus, SciELO, Wiley Online Library, LILACS, Google Scholar). En el proceso de revisión, se consideraron tanto artículos de revisión como documentos oficiales emitidos por las entidades gubernamentales de salud de varios países en América Latina junto con sus políticas de salud. Los términos clave utilizados en la búsqueda incluyeron: Los términos clave utilizados incluyeron atención primaria en salud (APS) (primary health care), Colombia, América Latina (Latin America), estrategias (estrategias). En esta investigación, se aplicaron criterios específicos de inclusión para asegurar la relevancia y calidad de los estudios seleccionados. En primer lugar, se eligieron artículos escritos en idioma inglés, español y portugués. Además, se estableció un rango de tiempo que abarca desde el año 2013 hasta la fecha actual. La selección se realizó a partir de una revisión tanto del título como del resumen (abstract) de cada artículo, de manera que sólo se incluyeron aquellos estudios cuyo contenido se ajustara directamente a los objetivos y preguntas de la investigación (figura 1).

Figura 1 Diagrama prisma de la estrategia de búsqueda.



Desarrollo del Tema

A continuación, se incluirá una tabla (tabla 1) detallada en la que se analizarán las principales diferencias de cada estrategia implementada en Colombia en comparación con las estrategias utilizadas en otros países de América Latina. Esta tabla permitirá observar las variaciones en políticas, enfoques y resultados entre Colombia y los otros países latinoamericanos, proporcionando una visión completa sobre cómo cada país aborda distintos desafíos y objetivos estratégicos en áreas clave.

Tabla 1

TÍTULO	AUTOR Y AÑO	LUGAR	ESTRATEGIAS
Resolución 2788 de 2022	Ministerio de Salud y Protección Social, (febrero 2023).	Colombia	<ul style="list-style-type: none"> ● Las intervenciones colectivas incluyen: caracterización de familias y entorno ● Intervenciones como redes comunitarias, centros de escucha y educación en salud; y formulación de un plan integral de cuidado primario según los resultados de esta caracterización. ● Identificar riesgos individuales y comunitarios en función del ciclo de vida, género y contexto socioeconómico,

			<p>fomenta la incorporación al sistema sanitario y facilita la disponibilidad de servicios de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las acciones de canalización a servicios de salud según los riesgos detectados, • Seguimiento al acceso efectivo a servicios. • Socialización de resultados con la comunidad y se sistematizan los datos en registros administrativos.
<p>Comparación de los modelos de atención primaria en salud desde un enfoque sanitario en Colombia y sus países fronterizos.</p>	<p>Correa, D. S., Vásquez, J. R. M., & Guette, M. L. V. (2021).</p>	<p>Brasil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se fundamenta en un Programa de Atención Familiar, cuyo objetivo es proporcionar una variedad de servicios de salud accesibles directamente desde los hogares. • Su enfoque es participativo, involucrando a todos los miembros de la comunidad, incorporando a los delegados

			religiosos, entidades no lucrativas y centros educativos.
Análisis del sistema de salud cubano y del modelo de atención primaria orientada a la comunidad.	Di Fabio, J. L., Gofin, R., & Gofin, J. (2020).	Cuba	<ul style="list-style-type: none"> ● Accesibilidad: Universal y gratuita. ● Enfoque comunitario: Médico y enfermera asignados por comunidad. ● Centros de salud con servicios especializados y diagnósticos. ● Equipos de diagnóstico en policlínicos. ● Prevención y promoción: Enfoque integral en salud pública. ● Organización territorial: Policlínicos y médicos de familia. ● Financiamiento: 100% estatal.
Primary health care as a tool to promote	Maceira, D., Quintero, R. E. P.,	Costa Rica	<ul style="list-style-type: none"> ● “Establecimiento de equipos multidisciplinarios, la participación comunitaria y la

equity and sustainability; a review of Latin American and Caribbean literature	Suarez, P., & Peña Peña, L. V. (2024).		<p>integración vertical de la atención en todos los niveles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ajustar los escasos recursos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para responder al actual cambio demográfico”
Strategies to promote evidence use for health programme improvement: learning from the experiences of embedded implementation research teams in Latin America and the Caribbean.	Varali Ay, N. I., Kennedy, C., Bennett, S. C., & Peters, D. H. (2022).	República Dominicana	<ul style="list-style-type: none"> ● “Procesos anuales de planificación de programas y presupuestación. ● Capacitaciones a proveedores de salud sobre anticoncepción masculina”
Primary health care as a tool	Maceira, D., Quintero, R.	Argentina	<ul style="list-style-type: none"> ● “Acceso equitativo a los servicios de salud para

<p>to promote equity and sustainability; a review of Latin American and Caribbean literature</p>	<p>E. P., Suarez, P., & Peña Peña, L. V. (2024).</p>		<p>aquellos segmentos de la población sin cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financiación con recursos humanos y capacitación en el primer nivel de atención. • Cobertura de medicamentos esenciales a través de los centros de atención primaria”
		<p>Bolivia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la participación activa de la sociedad en los procesos de toma de decisiones relacionados con la gestión del sistema de salud, así como diseñar e implementar programas orientados a atender las necesidades sanitarias de los pueblos originarios • las redes de servicios de salud municipales y departamentales que deben conectarse con el tercer nivel.

		El Salvador	<ul style="list-style-type: none"> ● “la coordinación de las redes de salud basada en la intervención de los hogares y de la colectividad ● Eliminación de las redes geográficas, barreras económicas y culturales. “
Comparación de los modelos de atención primaria en salud desde un enfoque sanitario en Colombia y sus países fronterizos.	Correa, D. S., Vásquez, J. R. M., & Guette, M. L. V. (2021).	Panamá	<ul style="list-style-type: none"> ● Constituir organizaciones comunitarias estructuradas y comités de salud como espacios de participación y gestión local en materia sanitaria ● Actividades de promoción enfocados en el concepto de estilos de vida ● Organizaciones e instituciones establecidas en el ámbito comunitario con el propósito de fortalecer la articulación intersectorial orientada a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades

			<p>mediante acciones coordinadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se contemplan acciones destinadas a favorecer el acceso del usuario a la atención médica, garantizando una intervención eficaz y con estándares de excelencia, proporcionada por un equipo de profesionales cualificados y con empatía hacia las demandas en materia de salud de la comunidad.
<p>La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. Atención Primaria.</p>	<p>Giraldo Osorio, A., & Vélez Álvarez, C. (2013).</p>	<p>Ecuador</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar una atención enfocada en el bienestar integral, el desarrollo humano y la mejora de la calidad de vida. • Revalorizar la promoción de la salud y las acciones preventivas como ejes centrales de la política sanitaria, relegando la atención curativa a un rol complementario o secundario

La tabla compara diversas estrategias de APS en países de América Latina. A continuación, se resumen las principales características de cada país:

- ❖ Colombia: La estrategia se enfoca en atención integral, caracterización de familias y su entorno, fomentar el bienestar y acciones preventivas, además de optimizar el acceso a los servicios de salud de acuerdo con los riesgos identificados en la población

- ❖ Brasil:
 - Basada en el Programa de Atención Familiar, promueve la participación comunitaria e involucra actores clave como iglesias y favorecer la optimización del acceso a los servicios sanitarios.
 - Brasil tiene un sistema de rastreo más estructurado y con un enfoque poblacional, mientras que en Colombia la atención primaria se enfrenta a desafíos en accesibilidad, financiamiento y continuidad del cuidado. Ambos países destacan la importancia de la detección temprana, pero Brasil enfatiza más en la planificación centralizada y programas organizados de rastreo, mientras que Colombia depende en gran parte de la gestión de las EPS. Ministério da Saúde de Brasil (2013)

- ❖ Cuba: El modelo cubano de APS es el pilar del Sistema Nacional de Salud (SNS) del país, con un enfoque preventivo, comunitario y universal. Su implementación ha permitido optimizar los parámetros de salud y disminuir las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios. (Di Fabio, et al, 2020).
 - Cuba ha consolidado un sistema de APS universal, gratuito y con fuerte participación comunitaria, lo que ha mejorado significativamente sus indicadores de salud. Colombia podría beneficiarse del modelo cubano en

términos de: Fortalecimiento de la atención comunitaria con médicos asignados por territorios. Expansión de redes de APS para descentralizar servicios especializados. Implementación de la dispensarización poblacional para mejorar la prevención y el seguimiento de enfermedades. (Di Fabio, et al, 2020).

❖ Costa Rica:

- Promueve equipos multidisciplinarios, integración vertical de la atención, y ajuste de recursos para enfrentar el cambio demográfico.
- El modelo costarricense de APS se caracteriza por su enfoque preventivo y comunitario, con una estructura descentralizada que promueve la implicación directa de la ciudadanía en los procesos de administración sanitaria. La implementación de los Establecimientos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) ha permitido una cobertura amplia y equitativa en todo el país, asegurando la disponibilidad de prestaciones sanitarias con altos estándares de calidad. (Arias Sobrado, 2015).
- Una diferencia notable en APS es el financiamiento, en Costa Rica es principalmente estatal a través de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), mientras que en Colombia se asignan recursos específicos para programas como los equipos básicos de salud. (Arias Sobrado, 2015).

❖ República Dominicana:

- Se centra en la planificación anual de programas y la capacitación de proveedores de salud en áreas específicas como la anticoncepción masculina.

- Colombia podría beneficiarse de una mayor integración de su APS en el sistema de salud pública, mientras que República Dominicana puede aprender de la gestión territorial de los EBS para fortalecer su modelo en zonas vulnerables (Ministerio de Salud Pública de República Dominicana, 2022).
- ❖ Argentina:
 - Pretende favorecer el acceso equitativo a los servicios de salud a través de la formación del personal sanitario y el aseguramiento del suministro de medicamentos esenciales en el primer nivel de atención.
 - Según el Ministerio de Salud Pública del 2017, Argentina ha desarrollado un modelo de APS basado en Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) y estrategias de descentralización. Por otro lado, el modelo colombiano se basa en un esquema de aseguramiento y gestión del riesgo, con la implementación reciente de los Equipos Básicos de Salud (EBS) según la (Ministerio De Salud Y Protección Social, Resolución 2788 de 2022 y Resolución 2519 de 2022).
- ❖ Bolivia: Promueve la participación social y fortalece las redes de salud municipales para mejorar la gestión de la salud en comunidades indígenas.
 - Rodríguez de Villarpando et al. (2021) analizaron la situación de la APS en Sacaba y su impacto en la salud comunitaria. Bolivia ha desarrollado un modelo basado en la atención comunitaria y la interculturalidad, con un acceso universal garantizado por el Estado, pero con desafíos en infraestructura y disponibilidad de especialistas.

- ❖ El Salvador: Se enfoca en la coordinación de redes de salud con participación comunitaria y la eliminación de obstáculos que dificultan el acceso a las prestaciones sanitarias.
 - Según el Ministerio de Salud de El Salvador (2022), El Salvador ha desarrollado un modelo de atención basado en redes integradas y acceso universal, con una fuerte participación comunitaria.

- ❖ Panamá: Fomenta la formación de grupos comunitarios para fomentar hábitos de vida orientados al bienestar y la prevención de enfermedades y trabajar en conjunto con instituciones para mejorar la salud.
 - Según Cortés Espinosa (2014), el modelo de APS enfatiza la participación social como un componente fundamental en la administración de la salud pública. La política de salud panameña reconoce la salud como un derecho, integrando la APS con un enfoque comunitario.

- ❖ Ecuador: Prioriza la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, dejando la atención curativa en segundo plano.
 - Según Naranjo Ferregut et al. (2014), prioriza la atención integral y la interculturalidad en el sistema de salud ecuatoriano. Ecuador ha implementado un modelo de salud basado en redes integradas y acceso universal, con una fuerte apuesta por la interculturalidad y la atención familiar-comunitaria.

El análisis comparativo de las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS) en América Latina evidencia la diversidad de enfoques y modelos implementados en cada país, dependiendo de sus necesidades y contextos particulares. Colombia ha desarrollado un sistema basado en la caracterización de familias y entornos, impulso de acciones preventivas y garantía de los servicios de atención médica. según riesgos

detectados, aunque enfrenta desafíos en accesibilidad y continuidad del cuidado. Modelos como el de Brasil, con su Programa de Atención Familiar, y el de Costa Rica, con equipos multidisciplinarios y financiamiento estatal, destacan por su enfoque preventivo y comunitario. Cuba sobresale por su modelo universal, gratuito y territorializado, lo que ha permitido mejorar indicadores de salud de manera significativa. Naciones como República Dominicana y Argentina han centrado sus políticas en garantizar un acceso equitativo a los servicios sanitarios y en fortalecer la formación del recurso humano en salud. Por su parte, Bolivia y El Salvador han orientado sus iniciativas hacia la promoción de la participación comunitaria y la articulación de redes integradas de atención. En tanto, Panamá y Ecuador han implementado enfoques intersectoriales y estrategias de fomento del bienestar priorizando las acciones preventivas por encima de las intervenciones curativas.

Colombia tiene la oportunidad de fortalecer su APS aprendiendo de estos modelos exitosos, potenciando la descentralización, garantizando un financiamiento sostenible y favoreciendo la articulación entre la comunidad en los procesos de administración sanitaria. La integración de estrategias efectivas y adaptadas a las realidades locales permitirá consolidar un sistema de APS más equitativo, accesible y eficiente para toda la población.

Recomendaciones

Como lo menciona (Giraldo Osorio, A., & Vélez Álvarez, C, 2013) las estrategias clave para implementar una APS:

1. Fortalecer el desarrollo del capital humano en el sector salud es esencial para mejorar el acceso a los servicios en comunidades desatendidas: Es fundamental identificar y priorizar a las poblaciones que requieren APS, especialmente aquellas que enfrentan obstáculos geográficos y una distribución desigual de los

profesionales. Se debe destinar recursos a la formación y capacitación del personal sanitario, asegurando que su distribución esté estratégicamente orientada hacia áreas rurales y marginadas, con el fin de garantizar un acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud para todas las comunidades. Asimismo, es necesario implementar políticas que promuevan la movilidad del personal hacia estas zonas y fomentar la cooperación interinstitucional para superar las barreras de acceso.

2. Establecer un grupo de trabajo interprofesional para desarrollar e implementar roles: A nivel nacional, se recomienda conformar un grupo de trabajo interprofesional que incluya médicos, profesionales de salud aliados, administradores de servicios de salud y formuladores de políticas. Este grupo deberá liderar una evaluación de necesidades y desarrollar una estrategia, superando barreras como la falta de comprensión y aceptación de estos roles en cada una de las entidades.
3. Fortalecer la capacidad de evaluación de necesidades: Esta evaluación debe priorizar a las poblaciones que se beneficiarán de la APS y guiar la introducción de funciones de enfermería de práctica avanzada para maximizar su impacto.
4. Realizar un seguimiento a largo plazo y compartir experiencias: Continuar monitoreando el impacto en los resultados de salud y reorientar las políticas públicas para atender las necesidades emergentes de los grupos poblacionales. Compartir los resultados de la implementación con la OPS y otras naciones permitirá mejorar las estrategias de implementación a nivel regional y facilitar la adaptación de estos roles en diferentes contextos.

Según (Pumar-Méndez, M. J. et al, 2022) se establecen las siguientes acciones:

- Fortalecer las políticas públicas de salud: Promover colaboraciones entre la comunidad, investigadores y universidades para evaluar las necesidades locales y movilizar apoyo para políticas que mejoren la salud pública.

- Crear espacios favorables para la salud mediante iniciativas que mejoren las condiciones del entorno y fomentar estilos de vida saludables, con la participación activa de los actores comunitarios.
- Potenciar la acción comunitaria: Desarrollar iniciativas que permitan a la comunidad asumir un rol protagónico en la toma de decisiones y mejorar los servicios.
- Desarrollar habilidades personales: Implementar programas de educación en salud, evaluando las necesidades de cada individuo y facilitando el acceso a recursos de desarrollo de habilidades.
- Reorientar los servicios sanitarios mediante la ampliación de recursos, la optimización de infraestructuras y la formación continua en APS, con énfasis en la integralidad, promoción y prevención de la salud (HPP), fortaleciendo las estructuras organizativas y garantizando la evaluación continua de los programas.
- Estas recomendaciones buscan un enfoque integral y colaborativo, clave para mejorar la accesibilidad y efectividad de la APS en la comunidad.

Para los autores (Endalamaw, A., et al, 2024) mencionan las siguientes estrategias:

- Fortalecer el liderazgo y supervisión en APS: Implementar un liderazgo efectivo y supervisión continua para mejorar la retención de personal.
- Promover la colaboración comunitaria: Involucrar a diversos sectores (educadores, políticos y organizaciones locales) en la contratación y retención de proveedores de APS, especialmente en áreas rurales.
- Definir roles y alcance claro de las prácticas: Especificar responsabilidades según el perfil profesional, permitiendo prácticas autónomas y optimizando la distribución de tareas para mejorar el servicio en APS.

- Optimizar el financiamiento y beneficios no financieros: Aumentar los incentivos financieros y el reconocimiento del personal, incluyendo incentivos no financieros y mejores salarios, para apoyar la retención y atracción de trabajadores en APS.
- Incorporar tecnología en APS: Usar tecnología de monitoreo remoto para aumentar la accesibilidad y disponibilidad de atención, especialmente en áreas rurales.
- Desarrollar un ambiente laboral adecuado: Facilitar condiciones de trabajo que incluya apoyo entre pares, trabajo en equipo y un entorno que promueva la práctica autónoma.
- Crear condiciones atractivas para vivir en áreas rurales: Fomentar estilos de vida adecuados y equilibrio laboral para atraer y retener personal en entornos rurales, considerando la influencia de familiares y el bienestar integral de la comunidad.

Estas recomendaciones buscan mejorar la eficiencia, accesibilidad y sostenibilidad de la APS, especialmente en áreas con limitaciones en recursos humanos y financieros.

Conclusiones.

- Desde 1978, la APS ha evolucionado, enfocándose en la accesibilidad, participación comunitaria y sostenibilidad de la salud pública, especialmente en contextos urbanos y para poblaciones vulnerables.
- Implementación en Colombia: Iniciativas como el programa Salud a su Hogar y la Resolución 2788 (2022) enfatizan la difusión de hábitos saludables y la prevención, con un enfoque orientado a la familia y la comunidad, mejorando el acceso y la coordinación en salud pública.
- Países como Brasil, Cuba y Argentina adaptan estrategias de APS a sus necesidades, promoviendo la equidad, participación social, y acceso a medicamentos.
- Cada país ha adoptado estrategias específicas para enfrentar sus propios desafíos en APS, la experiencia internacional ofrece valiosas lecciones que pueden ser adaptadas y aplicadas en Colombia. La consolidación de un sistema de APS más equitativo, accesible y eficiente requiere una combinación de factores como una planificación estratégica basada en la prevención, un enfoque comunitario fortalecido y un compromiso gubernamental sostenido en términos de financiamiento

y recursos humanos. La implementación de estas estrategias asegurará una APS alineada con las necesidades de la población en su totalidad, promoviendo el bienestar y la calidad de vida a largo plazo.

- **Desafíos y recomendaciones:** Persisten obstáculos como la fragmentación del sistema, inestabilidad laboral y coordinación deficiente. Recomendaciones incluyen fortalecer el liderazgo, optimizar el financiamiento, y fomentar entornos colaborativos y tecnológicos para mejorar la APS, especialmente en áreas rurales.
- **Recomendaciones integrales:** Impulsar políticas públicas, desarrollo comunitario, y el uso de tecnología. Mejores condiciones laborales y financiamiento adecuado son claves para la sostenibilidad de la APS en áreas con recursos limitados.

Referencias

- Eugenia Elorza Nebel Silvana Moscoso, M. I., & Fernando Pablo Lago, I. I. (2017). Revista Cubana de Salud Pública (Vol. 43, Issue 3).
<http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu>
- Correa, D. S., Vásquez, J. R. M., & Guette, M. L. V. (2021). Comparación de los modelos de Atención Primaria en Salud desde un enfoque sanitario en Colombia y sus países fronterizos. *Movimiento Científico*, 15(1), 1–13.
<https://doi.org/10.33881/2011-7191.MCT.15107>
- Massuda, A., Tilton, C. M. S., Neto, P. P. (2018). Remembering Alma-Ata: challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 157.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.157>
- Maceira, D., Quintero, R. E. P., Suarez, P., & Peña Peña, L. V. (2024). Primary health care as a tool to promote equity and sustainability; a review of Latin American and Caribbean literature. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 91.
<https://doi.org/10.1186/S12939-024-02149-9>
- Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega, R., Labonte, R., Sanders, D., Dahlblom, K., & San Sebastián, M. (2014). Challenges of implementing a primary health care strategy in a context of a market-oriented health care system: the experience of

- Bogota, Colombia. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(4), e347–e367. <https://doi.org/10.1002/HPM.2228>
- Congreso de Colombia. (17 ENE 2024). RESOLUCIÓN NÚMERO 100 DE 2024. [Ley 2294 de 2023].
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%20100%20de%202024.pdf
 - Ministerio de Salud y Protección Social (febrero 2023). Resolución 2788 de 2022. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamientos-operacion-equipos-basicos-salud-resolucion-2788-2022.pdf>
 - Moncayo, A. L., Cavalcanti, D. M., Ordoñez, J. A., Almeida, C., Perdomo, J. F., Zuluaga, D., Sosa, A. Z., Hessel, P., Chivardi, C., & Rasella, D. (2024). Can primary health care mitigate the effects of economic crises on child health in Latin America? An integrated multicountry evaluation and forecasting analysis. *The Lancet. Global Health*, 12(6), e938. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00094-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00094-9)
 - Varallyay, N. I., Kennedy, C., Bennett, S. C., & Peters, D. H. (2022). Strategies to promote evidence use for health programme improvement: learning from the experiences of embedded implementation research teams in Latin America and the Caribbean. *Health Research Policy and Systems*, 20(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S12961-022-00834-1/TABLES/2>
 - Giraldo Osorio, A., & Vélez Álvarez, C. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*, 45(7), 384–392. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2012.12.016>
 - Pumar-Méndez, M. J., Lopez-Dicastillo, O., Hernantes, N., Iriarte-Roteta, A., Belintxon, M., García-Iriarte, A., Mujika, A. (2022). Development of a taxonomy of activities in health prevention and promotion for primary care. *Journal of Nursing Management*, 30(5), O10–O22. <https://doi.org/10.1111/JONM.12980>

- . Endalamaw, A., Khatri, R. B., Erku, D., Zewdie, A., Wolka, E., Nigatu, F., Assefa, Y. (2024). Barriers and strategies for primary health care workforce development: synthesis of evidence. *BMC Primary Care*, 25(1), 99. <https://doi.org/10.1186/S12875-024-02336-1>
- . Macinko, J., Guanais, F. C., Mullachery, P., & Jimenez, G. (2016). Gaps In Primary Care And Health System Performance In Six Latin American And Caribbean Countries. *Health Affairs (Project Hope)*, 35(8), 1513–1521. <https://doi.org/10.1377/HLTHAFF.2015.1366>
- . Echeverría Viceministro de Salud Pedro Rosales Viceministro de Salud, G. (2019). Modelo de atención integral en salud.
- . Virginia Esmeralda Pincay Pin, María Agustina Vélez Macías, Noralma Katherine Jaime Hernández, Madan Maricela Vélez Franco. (2020). Importancia de la atención primaria de la salud en la comunidad. <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/535>
- . Ministério da Saúde de Brasil. (2013). Caderno de Atenção Primária n. 29 – Rastreamento. Ministério da Saúde.
- . Arias-Sobrado, J. (2015). Hospital sin paredes, estrategia pionera de la Atención Primaria de Salud en Latinoamérica. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 1(1), 34-38.
- . Ministerio de Salud Pública de República Dominicana. (2022). *Modelo de Atención en Salud para el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Salud Pública.
- . Ministerio de Salud Pública. (2017). Modelo de atención en salud para el Sistema Nacional de Salud. Viceministerio de Planificación y Desarrollo, Dirección de Desarrollo Estratégico del Sector Salud. ISBN 978-9945-591-58-3.

- . Rodríguez de Villarpando, M. P., Ascarrunz Mendivil, C. S., Leyns, C. C., & Magne Anzoleaga, J. V. (2021). Situación actual de la Atención Primaria de Salud en el sistema público en el municipio de Sacaba (Cochabamba-Bolivia), dentro del contexto del proyecto "Thani Warmi". Universidad Mayor de San Simón.
- . Ministerio de Salud de El Salvador. (2022). Modelo de Atención Integral de Salud para el Sistema Nacional Integrado de Salud. San Salvador: Ministerio de Salud.
- . Cortés Espinosa, J. (2014). Modelo de promoción de la salud con participación social en Panamá. *Monitor Estratégico*, 6, 38-42.
- . Naranjo Ferregut, Jorge Augusto, Delgado Cruz, Amarily, Rodríguez Cruz, Roberto, Sánchez Pérez, Yarelys. (2014). Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300011&lng=es&tlng=es.
- . Di Fabio, J. L., Gofin, R., & Gofin, J. (2020). *Análisis del sistema de salud cubano y del modelo de atención primaria orientada a la comunidad*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(2), e 2193.