



Rev. Costarricense de Salud Pública, 2017, vol. 26(1): 86-96

Artículo Original

CONCEPTUALIZACIÓN Y ASPECTOS POLÍTICOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: MIRADA DESDE LOS ACTORES SOCIALES

CONCEPT AND POLITICAL ASPECTS OF PRIMARY HEALTH CARE, VIEW FROM OF THE SOCIAL ACTORS

Argüello Gutiérrez Yenny¹. Castro Jiménez Laura Elizabeth². Rodríguez Rojas Yúber Liliana.³

1. Magister en Fisiología. Fisioterapeuta. Corporación Universitaria Iberoamericana, Yenny.arguello@iberoamericana.edu.co. Dirección Postal Calle 67 N° 5-27 Bogotá Colombia.
2. Magister en Salud Pública, Fisioterapeuta. Corporación Universitaria Iberoamericana, laura.castro@iberoamericana.edu.co
3. Magister en Salud y Seguridad del Trabajo, Fisioterapeuta, Corporación Universitaria Iberoamericana y lrodriguezr@gmail.com

Recibido: agosto del 2014 Aceptado: julio del 2016

RESUMEN

El presente artículo describe los saberes y concepciones de los actores sociales clave (entiéndase líderes pertenecientes a las comunidades, personas que han estado vinculados a programas de Atención Primaria en Salud (APS) y sus familias, representantes gubernamentales, entre otros) relacionados con las prácticas I del programa de Fisioterapia de la Corporación Universitaria Iberoamericana (Bogotá-Colombia), en torno a la conceptualización y aspectos políticos de la APS; a través de un estudio cualitativo de tipo descriptivo, la información fue recolectada por medio de entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Se obtuvo como resultados que los actores sociales de manera general

desconocen el concepto y las dimensiones de la APS, ya que la definen como la primera atención y direccionada solamente para poblaciones con condiciones específicas como edad avanzada, situación de pobreza, estado de gravidez o condición de discapacidad. En los aspectos políticos se evidencia

un desconocimiento importante y sus discursos van direccionados a la falta de recursos y voluntades desde los entes gubernamentales por fortalecer los programas de APS.

Palabras claves: Atención primaria en salud, Promoción de la salud, Prevención de enfermedades, Rehabilitación y Fisioterapia.

ABSTRACT

This article describes the conceptions and knowledge of the key social actors (read leaders from communities, who have been linked to programs of Primary Health Care (PHC) and their families, government officials, etc.) related to the practical I of the program of Physiotherapy of the University Corporation Iberoamericana, around the conceptualization and political aspects of PHC; through a qualitative descriptive study, information was collected through semi-structured interviews and focus groups. Such analysis indicated that social actors generally unfamiliar with the concept and dimensions of the APS, as I define it as the first attention and addressed only to populations with specific conditions such as advanced age, poverty, state of pregnancy or disability status. In the political aspect is an important lack evidence and speeches are addressed to a lack of resources and wills from government agencies to strengthen PHC programs

Key words: Primary Health Care, Health Promotion, Disease Prevention, Rehabilitation and Physical Therapy Specialty.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia global orientada a cubrir las diversas necesidades en salud de las personas y comunidades en su contexto, para así encarar la inequidad y controlar la permanencia de desigualdades evitables (1). Desde esta perspectiva, la APS es un área de

conocimiento propio (2), que aborda la salud como un derecho humano fundamental e integral (que vincula tanto el derecho a la vida como el derecho a la participación ciudadana en salud (3); el mejoramiento de la calidad de los servicios ofrecidos en el marco de la atención sanitaria (2); la promoción, preservación y recuperación de la autonomía de individuos y comunidades) y el diseño de nuevos modelos, estrategias y programas de APS.

La APS ha sufrido una evolución conceptual (Ver Figura N° 1), tuvo su origen en con la Declaración de Alma Ata en la cual se definió como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (4). Años más tarde fue entendida como un proceso social, económico y cultural orientado a generar iguales oportunidades a las personas para desarrollar su proyecto de vida (5). Posteriormente, debido a las dificultades que se evidenciaron en la interpretación de esta expresión, al cambio en indicadores epidemiológicos y a los desafíos que ello representa, a la necesidad de corregir las inconsistencias de los enfoques anteriores, a los nuevos abordajes dados a partir de la práctica basada en la evidencia y al reconocimiento de las capacidades de la atención primaria en salud en pro de

la reducción de los determinantes sociales, se creó una nueva concepción denominada *la atención primaria en salud renovada* (6).

Esta atención primaria en salud renovada tiene como finalidad garantizar el acceso equitativo a los servicios básicos promoviendo la intersectorialidad y la participación, por cuanto es catalogada como la “puerta de entrada”; además, requiere complementarse con otros niveles de atención (especializada, hospitalaria, entre otros) e introducir mecanismos de coordinación e integración (6). No obstante, para lograr una atención primaria en salud efectiva se requiere un abordaje sistémico, el cual implica la distribución equitativa de los recursos, de forma progresiva y con financiación universal, eliminación o tarifas bajas en los copagos y cobertura integral. Asimismo, en el nivel clínico se deben contemplar como elementos clave: 1) el acceso y uso de la atención inicial “primer contacto”, esta atención debe estar centrada en el paciente y no en la enfermedad, 2) adecuado tiempo con las poblaciones, 3) Servicios integrales y oportunos, y 4) coordinación para la referencia y contrarreferencia de los pacientes (7). En este sentido, se requiere de un enfoque de **APS Integral**, “fundamentado en los valores y principios de equidad en salud, derecho a la salud, acción sobre los determinantes sociales de la salud, orientación hacia las personas, las familias, las comunidades y el ambiente, y que desarrolle un conjunto de estrategias que permitan proveer atención médica integrada a los individuos, generar autocuidado y

educación en salud, organización y desarrollo comunitario, movilización y empoderamiento social, acción intersectorial para mejorar la salud, abogacía y construcción de coaliciones y redes sociales por la salud” (8 p.25).

Partiendo de lo previamente expuesto, la investigación tiene como objetivo *Describir los saberes y concepciones de los actores sociales clave relacionados con las prácticas I del programa de Fisioterapia de la Corporación Universitaria Iberoamericana, en torno a la conceptualización y aspectos políticos de la APS*

MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto de investigación responde a un marco metodológico de tipo cualitativo, dentro del Macroproyecto titulado *Acciones de la Fisioterapia en el marco de la Atención Primaria en salud en cinco territorios sociales* con un diseño de tipo descriptivo (9). En cuanto al escenario fueron sitios de las prácticas I del Programa de Fisioterapia de la Corporación Universitaria Iberoamericana (Bogotá-Colombia): Chapinero, Rafael Uribe, Alcaldía de la Calera y Hospital San José. Los criterios de inclusión de los escenarios fueron: sitios de práctica con convenio docencia-servicio vigente y que contemplaran la cláusula de compromiso y aval para el desarrollo de acciones y productos investigativos y que las acciones desarrolladas en el marco de la práctica tuvieran una relación directa con las estrategias de la APS. Como criterio de exclusión se contempló: los escenarios que no

brindaban las condiciones requeridas para el desarrollo de la investigación. Cabe resaltar, que el número de sujetos estuvo dado por el alcance de la saturación teórica. Se desarrollaron grupos focales y entrevistas semiestructuradas a los actores sociales clave, tanto los grupos focales como las entrevistas fueron grabados en formato de audio y transcritos en formato RTF. Asimismo, se diseñó un guion para orientar la entrevista y los grupos focales; estos fueron sometidos a pruebas preliminares, con el ánimo de mejorar el diseño de las preguntas y el orden en las cuales se presentan. La información recopilada se procesó por medio de Atlas. Ti versión 6, usando el análisis de contenido

RESULTADOS

En cuanto a la *Conceptualización y Dimensiones de la APS*, la ley 1438 del 2011 la define como la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad; a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Lo que se encontró es que muy pocos actores sociales reconocen este concepto y, por el contrario, algunos lo asocian con la primera atención que se hace en los usuarios:

“La atención primaria que debe recibir cualquier persona, como

un primer auxilio la primera atención que debe recibir toda persona en primera instancia cuando va al médico.” ASCE3

También se evidencia como se confunde el concepto de APS con Prevención de la enfermedad; aunque se define que la primera es la estrategia para llegar a la segunda, la separación tácita del concepto no es clara. Como se demuestra a continuación:

“La atención primaria es netamente la prevención que uno puede lograr darle a una persona de lo que se va a hacer en frente a algo que esté desarrollando” ASCE1

“Atención primaria es la prevención que se debe hacer al ser humano, es una protección primaria”. ASRU2

Y existe una confusión que puede ser dañina para el desarrollo de la estrategia al mezclar la APS, como *atención para pobres*, porque esto indica que la comunidad evidencia que no es un programa universal sino focalizado y no lo sienten parte de ellos sino para aquellos que no tienen recursos económicos.

“Es un canalizador de servicios para la focalización de personas pobres”. ASRU1

En cuanto a las dimensiones de la APS, según la carta de Ottawa en 1986, la *Promoción de la Salud* consiste en: “Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”, pero lo que se encontró es que este discurso es muy distante de la conceptualización

que tiene los actores sociales, puntualizando en el buen trato hacia el usuario-paciente.

“La promoción de la salud para mi es la atención humanitaria, que el médico lo atienda uno bien o las personas en salud atiendan a la persona bien”. **ASCI**

Por otro lado, la **Prevención** tiene que ver con las teorías de causalidad de la enfermedad en cualquier modelo médico; ella ha sido definida como: "La aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria) curar la enfermedad (prevención secundaria) y devolver las capacidades pérdidas como consecuencia de la enfermedad (prevención terciaria (10)". Para los actores sociales este es uno de los conceptos que se tiene más claro y una tendencia importante es que adjudican la responsabilidad del cuidado de la salud en ellos mismos.

“Prevención es como saber uno que más o menos que tiene y cuidarse” **ASC2**

“Prevención, pues es que la persona tenga todo el... este pendiente de su salud y cualquier necesidad que tenga, pues vaya al médico diga lo que le pasa para que el médico le indique que debe hacer y así prevenir un problema mayor”. **ASC3**

Otra tendencia importante en la prevención de la enfermedad es tener la posibilidad de acceso a los servicios de salud, sin que esté genere barreras

para la interconsulta con los diferentes profesionales de la salud.

“La prevención es tratar uno con los profesionales en medicina, en terapia, psicología, ehh...en deporte porque eso es una prevención para todas las personas para niños, para niñez, adultez y vejez”. **ASCI**

La **Rehabilitación** es de los conceptos que definitivamente no se reconocen, ya que se identifica en los discursos como un tema meramente clínico y que tan sólo se da en condición de discapacidad.

“En este campo es rehabilitar a las personas en su estado que esta...Si...que tienen un problema de salud sea cual sea. Y que necesita como que la ayude para rehabilitarlo para que vuelva... aaa... (Estar bien) ... a estar más o menos bien dentro de lo posible”. **ASC3**

Desde el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (11), la dimensión de Promoción de la Salud, reúne las acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios, necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto, logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en ese territorio y así las condiciones de calidad de la vida. En los discursos se vislumbra la necesidad de Movilización social, Generación de entornos saludables, Generación de capacidades sociales e individuales,

Participación ciudadana y Educación en salud.

En la promoción, deberíamos enfocarnos, ahorita en este mundo moderno a las enfermedades que vienen... y decirle a la gente que tenga conciencia en eso, enfocarlas y meterlas en el cuento. ASRU2

Los talleres de promoción son muy importantes y que se deben manejar de verdad como con el conocimiento exacto para que uno como usuario también los pueda mover y tatar de cuidar al máximo el bienestar de cada uno de nosotros. ASCE2

Plan de trabajo transectorial, eso quiere decir que es, involucrar a todos los sectores, educación salud vivienda, ambiente a todos los sectores para que canalicen recursos, en la identificación de problemáticas necesidades, y, de desde hay generar, los recursos físicos humanos técnicos los que existan para minorar esas necesidades u esas dificultades que tienen las poblaciones. ASRU1

Dentro de las acciones de Prevención de la Enfermedad se definen como “la aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria) curarla (prevención secundaria) y devolverle las capacidades perdidas (prevención terciaria)”. Se visualiza una concordancia con la definición de la prevención primaria y secundaria.

Los talleres, los talleres son parte muy fundamental para que nosotros como usuarios ehh conozcamos y sepamos cómo prevenir

la enfermedad y no tener que ir ya con la enfermedad a la institución.

ASCE2

preocuparse por que el paciente sepa que tiene y decirle como debe de evitar que se le agrande el problema, entonces mire estos medicamentos debe tomarlos tal cual yo se los estoy prescribiendo bájele a la sal, bájele a las grasas, menos estrés, haga la caminadita de tanto tiempo, yo pienso que si no, si no se le hacen esas advertencias al paciente si el médico sabe que él no tiene en cuenta esto de pronto él puede recaer y el problema va a ser más para la gente que maneja el billetico de la salud, entonces yo si pienso que es muy importante que también nos guíen a la prevención. ASCE2

Sin embargo, no se encuentran discursos donde se ratifique ni la existencia ni la importancia de la prevención terciaria, vista ésta desde la recuperación de las capacidades funcionales, a través del trabajo conjunto entre los usuarios y el personal del sistema sanitario; debido a que la mayoría de estos procesos llevan un flujo en el cual se crean los “programas de prevención” desde el conocimiento y la competencias de los profesionales en salud pero sin atender a las necesidades, gustos y expectativas particulares de cada persona; que sin duda alguna los convertirían en programas más efectivos y eficientes en términos tanto de bienestar como de sostenibilidad de los sistemas de salud.

Otra de las dimensiones abordadas es la Rehabilitación, la cual incorpora las acciones necesarias para el logro de la

integración o reintegración de las personas con deficiencias y discapacidades, a las actividades que les corresponden como ciudadano en una comunidad (12). En los actores sociales se concibe tan sólo desde el momento en que ya hay instaurada una discapacidad y no se visualiza la importancia de todo el proceso, es decir, desde cuando tenemos una persona “sana” y debemos procurar por mantener su estado de bienestar integral dentro de un ambiente saludable.

la rehabilitación en la atención primaria yo pienso que es donde arranca todo el proceso, yo pienso que desde la atención primaria en la rehabilitación es donde viene toda la cadena que sigue para que una persona en condición de discapacidad tenga una mejor calidad de vida, empezando porque el médico debe advertirle al familiar, al acudiente, al cuidador de la persona los pasos que debe seguir direccionándolo bien y dándole como recomendaciones en un caso de que se demore la atención en otros niveles.

ASCE2

Si bien en el siguiente discurso se evidencia la integración que se propone desde los diferentes ambientes de los individuos, se enmarca la rehabilitación a la atención inmediata, haciendo alusión a una situación de riesgo ya establecida y no a todo el manejo que se hace en las personas independientemente de su condición.

Toda la parte psicosocial, toda la construcción de tejido social me parece que, que la EPS interviene en algunas acciones individuales, de la persona en sus gestos que requiere

una atención inmediata, me parece que tiene que hacer mucho más tejido social, en el entorno con la comunidad desde su cultura desde lo político, ehh y todo el tema ocupacional toda la parte de rehabilitación que ya requiera un adulto mayor la persona en situación de discapacidad, me parece que son como esos dos elementos que debe, que no sea solamente como, como interve intervenir las poblaciones que están afectadas, y identificar otras sino como ir más allá. **ASRU1**

En cuanto a los aspectos políticos, el marco legal de la APS, se sustenta y articula en normas y políticas tanto nacionales como internacionales; que cuentan con su marco general en la Constitución Política de 1991. Actualmente en Colombia contamos con el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021, que espera generar sinergias público privadas para la búsqueda de igualdad de oportunidades para la prosperidad social, a través de las Políticas de Promoción Social. Algunos actores cuentan con una información general al respecto, donde los actores reconocen la existencia de leyes y decretos que regulan las acciones de la APS.

Las políticas están enfocadas desde la ley 100 de 1993 y las reformas reglamentarias, la once veintidós del 2007 y la 538 del 2011 ese es el marco de la política en el tema de salud obviamente hay unas resoluciones hay otras normas, que regulan todo el tema de salud ehh salud ambiental, ehh salud mental, ehh salud sexual y reproductiva, son otras políticas que se van desagregando de la ley 100. **ASRU1**



Sin embargo, a pesar de la basta reglamentación que existe en Colombia, los actores tienen sus discursos enmarcados en el incumplimiento a la ley, revelando una brecha importante entre lo que se encuentra escrito y lo que en realidad se materializa en la atención y participación de las personas.

Todo queda en el papel y en los libros de acá. Últimamente han sacado leyes a morir la 438, la 360 la 752, y si uno se pone a leerlas no se ha cumplido nada ¿sí?, seguimos en lo mismo, entonces verdaderamente cuando, no hay, vuelvo y repito una política de estado. ASRU2

Por último, se hace necesario la educación y empoderamiento de los actores sociales en términos políticos que les permitan gestionar y establecer redes de apoyo para la defensa de su salud y bienestar. Ya que los discursos son muy imprecisos y no se tiene claridad en las políticas, estrategias o acciones que se derivan de la APS.

...yo estuve en las dos mesas de trabajo de encuentros ciudadanos fue lo del medio ambiente, hablamos también sobre la seguridad que no solamente meter a la gente a la cárcel, sino rehabilitarla eso se habló. ASCI

En cuanto a los criterios para la Formulación de Programas de APS, según el PDSP 2012 - 2021, los programas de APS deben formularse con base en la interacción y acciones coordinadas de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en

Salud, Direcciones Territoriales en Salud, Alcaldías Municipales y Autoridades Territoriales, Entidades responsables del pago de servicios, las IPS y el Sector Académico. Los actores referencian que se parte de “diagnósticos” poco claros y estrategias direccionadas a poblaciones “especiales”; situación que irrumpe con el concepto de la APS; ratificando que se asume como algo para unos pocos y en situaciones de emergencia.

Pues en el diagnóstico, para ver cuáles son las necesidades más necesitadas en nuestra localidad ¡sí!, Pues resulta que en el fondo si hay necesidades pues... hay muchas cosas que no se pueden cubrir porque tenemos esto y depende de ello, la calidad de vida, de la familia. ASRU2

la secretaría de salud, eh pues focaliza como en algunas necesidades de una población y desde ahí con estos elementos es que enfoca como todas las políticas que hay, en el caso de salud al colegio identifique identifica a los colegios en dónde hay más presencia de sustancias psicoactivas, todo el tema de matoneo y es allí en dónde ellos, ehh... llevan los programas, pero también desde allí, en el caso de la del sector educativo pues con los estamentos directivos no y con la misma comunidad se planifican estas políticas. En el tema de salud a su casa eh, pues son políticas que orientaa la Secretaría de Salud, y que, de alguna manera a otra, ha generado como algunos espacios de discusión desde Salud Pública, desde las gerencias de los hospitales, para evaluar cambiar modificar y definir

alguna política implementada.
ASRU1

Es así como se evidencia como problemas en la implementación de Programas de APS, por parte de los actores la **accesibilidad**, vista dentro del panorama social como la equiparación de oportunidades, que permita el diseño en función de todas las necesidades humanas con el fin de potenciar a la integración mediante la rehabilitación humana (12).

Una problemática es esa, accesibilidad. Accesibilidad a la salud especialmente para niños y adultos mayores. **ASC3**

Por otro lado, la situación económica de las personas usuarios de estos servicios y más grave aún los recursos destinados desde el Estado para los programas se conciben como insuficientes asociado a las necesidades de la comunidad inmersa en ellos. Recursos económicos que, si bien se dan, no son concordantes con el tamaño de la población y con las necesidades de continuidad de las acciones que se desarrollan.

Reciben un subsidio de \$80.000 o de \$90.000 ahorita lo están, pero que el paciente tiene que ir con un acompañante y mandan a sacar exámenes o radiografías o lo que sea, a por allá a la victoria, a la Kennide, a Engativa, a... entonces eh. Los mandan a diferentes sitios pasaban a dejar, tienen que pagar cuatro transportes, y cuatro transportes son... para dos personas son ocho transportes, sin comerse nada son diez o doce mil pesos. **ASC1**

Pero a veces no se pueden enfocar primero por las necesidades que hay, y segundo por la falta de recursos. Porque se hacen diagnósticos aquí en esta localidad y no se pueden cumplir. **ASRU2**

hay los centros de rehabilitación, que no... no sir... no dan abasto para la cantidad que se necesita ¿no?... en una localidad de más de seiscientos mil habitantes ya. Por la cantidad de gente que viene de ciertas partes, que ya son reinsertados, que ya son desplazados. Entonces es una... es una localidad de mucha gente flotante, mucha comunidad flotante, entonces también no se puede tener un sustento real a la fecha. Entonces es un.... Y la falta entonces para todos esos programas se necesita falta de hospital... falta de atención, porque no se pueden cubrir los programas. **ASRU2**

Cuando se cambia de gobierno, cuando hay intereses creados, cuando la atención en realidad puede tener su misión, de cumplir con la visión es diferente. Entonces ahí es cuando comenzamos a fallar. Tenemos los intereses creados que primero es la plata y después la salud, y no se valore a la persona como ser humano. **ASRU2**

CONCLUSIONES

En el marco de la APS, desde su aspectos conceptuales como políticos existe una cantidad importante de documentos y literatura de reglamentación y fundamentación al respecto, sin embargo, en los actores sociales clave que se encuentran inmersos en la operativización de los

programas de APS en las localidades se evidencia un fuerte desconocimiento y confusión con las acciones, actividades, responsables de los mismos y más relevante aún el papel que como participantes deben cumplir los ciudadanos de dichas localidades enmarcados en la estrategia de la APS.

Pudiendo asumir que una de las primeras acciones para lograr calidad, efectividad y cumplimiento adecuado en los programas enmarcados en la APS, debe ser la educación participativa que logre empoderar a las poblaciones de su proceso de cuidado y salud; tanto desde aspectos organizacionales, políticos, e incluso económicos.

AGRADECIMIENTOS

A la Corporación Universitaria Iberoamericana Bogotá Colombia por la aprobación y financiamiento para el desarrollo de este proyecto.

A las localidades de Chapinero, Rafael Uribe, Alcaldía de la Calera y Hospital San José por su participación en el proyecto.

REFERENCIAS

1. Paz, B. Entre lo ideal y las realidades: la fisioterapia en la atención primaria domiciliaria. Trabajo presentado para optar al título de Doctora. Programa de doctorado Investigación e Innovación en Educación. Universidad de les Illes Balears. España. 2008.
2. Violán, C.F.; Grandes, G.O.; Zabaleta-del-Olmo, E. & Gavilán, E. M. La investigación en atención primaria como área de conocimiento. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26(S):76–81.
3. Mogollón, Amparo Susana (Compiladora). Reflexiones en Salud Pública. (Editorial Universidad del Rosario). Colombia. 2009.
4. OPS. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
5. Rifkin, S. B. & Walt, G. Why Health Improves: Defining the Issues Concerning ‘Comprehensive Primary Health Care’ and ‘Selective Primary Health Care’. Soc Sci Med. 1986; 23(6):559-66.
6. Franco, A. Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2012;30(1): 83-94
7. Starfield B. An evidence base for primary care. Interview by John Marcille. Manag Care. 2008; 17:33-9
8. CEDETES y Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 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. Informe final. 2012.
9. Hernández, Roberto, Fernández, Carlos, & Baptista, Pilar. Metodología

- de la Investigación (M. G. Hill Ed. Quinta Edición ed.). México. 2010.
10. García, Consuelo. Tobón. Ofelia. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa? Universidad de Caldas. Colombia. 2013.
 11. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012 – 2021. Colombia. Marzo 15 de 2013.
 12. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Secretaría de Graduados en Ciencias Médicas, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud. Argentina. 2008.

Figura 1. Evolución conceptual de la APS



Fuente: Elaboración propia basada en OPS/OMS, 1978, 2007. Los autores autorizan la publicación de la figura.