

Competencias del profesional de la salud en la Atención Primaria de Salud

Competences of the Health Professionals in Primary Healthcare

Ruth Beatriz Mora-Rojas¹ <https://orcid.org/0000-0002-9107-9177>

Gladys Edith Villalobos-Bolívar¹ <https://orcid.org/0000-0002-5993-5404>

Ingrid Yiseh Mosquera-Hurtado¹ <https://orcid.org/0000-0002-0163-0034>

¹Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, Colombia.

*Autor para la correspondencia: rmora@areandina.edu.co

RESUMEN

Introducción: Las competencias en atención primaria de salud deben caracterizar el perfil de los profesionales de la salud que se desempeñan en atención primaria.

Objetivo: Describir las competencias del profesional de salud para la implementación de la atención primaria.

Métodos: Estudio cualitativo descriptivo bajo los postulados de Margarete Sandelowski y el método de Ritchie y Spencer. Realizado en Bogotá y Soacha durante el año 2021. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a nueve profesionales de la salud.

Resultados: Las competencias que deben caracterizar a los equipos de Atención Primaria están vinculadas con los elementos, componentes y principios de la atención primaria de salud, con énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la orientación familiar y comunitaria, el trabajo intersectorial e interdisciplinario, la educación en salud para el autocuidado, la formación en política en salud y la atención integral.

Conclusiones: Desempeñarse en Atención Primaria requiere competencias específicas para la asistencia y la gestión administrativa; exige altos conocimientos científicos, éticos, humanísticos y competencias blandas: liderazgo, trabajo colaborativo, capacidad para la toma de decisiones y resolución de conflictos; recursos financieros y superar barreras estructurales que comprometen el trabajo de los profesionales encargados para

garantizar el cumplimiento y la efectividad de la atención primaria en Colombia.

Palabras clave: atención primaria de salud; atención primaria; competencia profesional.

ABSTRACT

Introduction: Competences in primary healthcare should characterize the profile of health professionals working at that level.

Objective: To describe the competences of health professionals for the implementation of primary healthcare.

Methods: A qualitative-descriptive study, following Margarete Sandelowski's postulates and the Ritchie and Spencer's method, was carried out in Bogota and Soacha during the year 2021. Semistructured interviews were applied to 9 health professionals.

Results: The competences that should characterize primary healthcare teams are linked to the elements, components and principles of primary healthcare itself, with emphasis on health promotion and disease prevention, as well as family and community orientation, intersectoral and interdisciplinary work, health education for self-care, training in health policy and comprehensive care.

Conclusions: Practicing in primary healthcare requires specific competences for assistance and administrative management; it requires high scientific, ethical and humanistic knowledge, as well as soft skills: leadership, collaborative work, decision-making capacity and conflict resolution. It also requires financial resources and overcoming structural barriers that compromise the work of professionals in charge of guaranteeing compliance and effectiveness of primary healthcare in Colombia.

Keywords: primary healthcare; primary care; professional competence.

Recibido: 26/01/2023

Aceptado: 23/04/2023

Introducción

La atención primaria de salud (APS) surge en 1978 con la Declaración de Alma Ata como política basada en la estrategia de atención en salud integral y de calidad.⁽¹⁾ Con

esta estrategia los sistemas de salud buscan garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para toda la población, implica disminución de la inequidad y eficiencia de los sistemas de salud,⁽²⁾ propósito ratificado en la Declaración de Astaná 2018 y los objetivos de desarrollo sostenible.⁽³⁾

Aunque existen diferentes modelos basados en la APS, esta estrategia se caracteriza por los principios de integralidad, coordinación entre los niveles de atención en salud y longitudinalidad. Estos principios identifican una APS integradora y de calidad y, de este modo, los Estados deberán garantizar servicios de salud y condiciones de vida saludable.^(1,3)

En el marco de la Ley 1438 de 2011, Colombia adoptó la APS como eje estructural de su modelo de salud, con el fin de lograr el mejoramiento de la prestación del servicio de salud, enfatiza en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluye diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y servicios sociales indispensables para promover la salud de los colombianos.^(4,5)

La implementación de la APS en el país dispone de equipos de salud de Atención Primaria, (AP) primer contacto de la población con el sistema de salud, dedicados a la caracterización de la población y a intervenir en promoción de la salud, así como equipos multidisciplinarios con capacidad de brindar atención integral y hacer gestión ante las instituciones de salud, los entes territoriales, gubernamentales y otros sectores. Ello representa desafíos para los profesionales de los equipos de AP, quienes deben promover la salud, resolver necesidades y garantizar el bienestar de la población.⁽⁵⁾

No obstante, tal responsabilidad no es exclusiva de dichas personas, sino tarea compartida entre el Estado, los equipos de AP y los profesionales de la salud de los diferentes niveles de complejidad, pues todos necesitan reconocer e incorporar los principios de la estrategia de APS y contar con elementos científico-técnicos y actitudes que permitan la operatividad efectiva de la AP en la práctica diaria.

El objetivo del estudio fue describir las competencias del profesional de salud para la implementación de la atención primaria.

Métodos

Estudio cualitativo-descriptivo bajo los postulados de Margarete Sandelowski.⁽⁶⁾ Para el análisis se acudió al marco de Ritchie y Spencer 1994,⁽⁷⁾ las cuatro primeras etapas

de este método permiten la descripción y continúa un proceso interpretativo para completar el análisis de los datos (cuadro). La validación se efectuó mediante la contrastación de los datos con la literatura científica y la devolución a dos participantes.

Cuadro - Método de Ritchie y Spencer

Etapa	Cómo
1. Familiarización con los datos.	Lectura y transcripción de las entrevistas.
2. Identificación de un marco teórico apropiado para análisis.	Postulados de Bárbara Starfield. ⁽⁸⁾
3. Indexación (o codificación) de los datos.	Organización de los datos – categorización
4. Elaboración de tablas.	Elaboración de mapas conceptuales (datos de las entrevistas), visualización de los resultados.
5. Mapeo e interpretación de datos.	Análisis e interpretación de los datos mediante revisión de la literatura.

Fuente: Marco metodológico de Ritchie y Spencer.⁽⁷⁾

El estudio se realizó en Bogotá y Soacha durante el año 2021, participaron nueve profesionales de la salud: tres médicos, cinco enfermeras y un psicólogo; cuatro hombres y cinco mujeres. La edad de los participantes osciló entre los 25 y 48 años; su participación fue voluntaria, previa presentación del consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad de la información, el anonimato y la posibilidad de retiro de la investigación en cualquier momento.

La ubicación de los participantes se realizó a través de los escenarios de docencia, asistenciales de práctica y a una institución de salud del municipio de Soacha. En la selección se tuvo en cuenta el principio de muestreo teórico.⁽⁹⁾ Para ello, se establecieron los siguientes criterios de inclusión: profesionales trabajadores de la salud de los sectores público y privado; de diferentes disciplinas de la salud; con desempeño en el área asistencial, en salud pública, AP o docencia; con mínimo tres años de experiencia laboral en el sector salud y se excluyeron trabajadores del área administrativa. Todo, a fin de obtener representatividad y facilitar la transferibilidad de los resultados obtenidos. El tamaño de la muestra se definió siguiendo el criterio de saturación teórica.⁽⁹⁾ La recolección de la información se obtuvo por parte de los investigadores y la técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada,⁽⁹⁾ incluyó una guía de preguntas sobre las competencias en AP de los Profesionales de la Salud (PS) partiendo de las siguientes:

¿Cómo está conformado el equipo de AP? ¿Qué competencias caracteriza al PS que trabaja en AP? ¿Cuáles son las funciones del PS en AP? ¿Qué estrategias utilizan para abordar la familia?

Dadas las restricciones de la pandemia por la COVID-19, la entrevista fue realizada a través de la plataforma Meet. Cada una tuvo duración promedio de 80 minutos, cuando fue necesario completar los datos, se realizó una segunda entrevista. Las entrevistas se grabaron y transcribieron en su totalidad por los investigadores, en formato Microsoft Office Word, en un período de 72 horas posterior a la aplicación. La primera entrevista fue transcrita, se revisó y se hicieron los ajustes necesarios para realizar la segunda, la cual incluyó nuevas preguntas que respondieran al objetivo del estudio y así sucesivamente, hasta cuando se obtuvo saturación teórica. Para la categorización, el material obtenido se incorporó inicialmente a una tabla Microsoft Office Excel, agrupando elementos comunes sobre las competencias en AP, y luego al programa NVivo10 de donde surgieron las categorías a confrontar con el marco teórico planteado por Starfield⁽⁸⁾ y la literatura científica.

Para garantizar el rigor de la investigación, los resultados fueron discutidos entre los investigadores del estudio y pares externos. Además, se presentaron a dos de los participantes vía correo electrónico y se incluyó la retroalimentación propuesta por ellos. Al mismo tiempo, se tuvieron presentes los siguientes criterios: adecuación teórica-epistemológica, credibilidad, transferibilidad y reflexividad.⁽⁹⁾

Esta investigación obtuvo aprobación del Comité de Ética de la Fundación Universitaria del Área Andina, consideró los lineamientos éticos planteados en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud,⁽¹⁰⁾ los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y las pautas éticas internacionales para la investigación en salud.⁽¹¹⁾

Resultados

Del análisis de la información se obtuvieron las siguientes categorías, impuestas como unidad de análisis relacionadas con los elementos esenciales de los modelos de salud basados en APS, que se convirtieron en el insumo para orientar los resultados y la discusión.

Caracterización del equipo de AP

Tres participantes de este estudio se desempeñan en AP. Ellos manifiestan que los

equipos están conformados por médico, enfermera, fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social y auxiliar de enfermería, quienes son contratados por períodos de uno o dos meses mediante orden de prestación de servicio; no tienen formación especializada en AP y reciben capacitación de corto tiempo en temas afines al perfil del profesional, aspectos percibidos como limitantes para su implementación.

“Tenemos un contrato por prestación de servicios, nuestra gran dificultad es el corto tiempo de esos contratos, son de dos meses, hasta de un mes, entonces esto hace que sea difícil para cumplir las metas”. E7

Énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad

La AP enfatiza en la conservación de la salud y la minimización de riesgos. Los relatos evidencian la importancia otorgada a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad para el mantenimiento de la salud, como una de las funciones esenciales de la estrategia.

“La AP favorece la conservación de la salud, enfatiza en los principios de prevención, minimización del riesgo y pues retrasar algunos efectos que tengan que ver con el deterioro de la salud”. E1

Educación en salud para el autocuidado

Al implementar la AP, los equipos deben estar en capacidad de brindar educación en salud para promover el autocuidado, el mantenimiento de la salud y estilos de vida saludable, responsabilizando a la persona y la familia por su modo de vida individual y, en consecuencia, de su estado de salud. No obstante, el estilo y modo de vida obedece al sistema socioeconómico predominante, así la promoción de la salud va más allá de promover estilos de vida sanos y depende de las particularidades en las cuales vive la población.

“Necesitamos de las estrategias de AP para fortalecer, el autocuidado de los pacientes, el estilo de vida saludable, para que no recaigan o no se compliquen”. E4

Trabajo intersectorial e interdisciplinario

Para responder a las necesidades en salud de la población, en el desarrollo de la AP es fundamental reconocer el trabajo intersectorial y con la comunidad, lo cual permite direccionar a la persona, familia y comunidad hacia las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud y de otros sectores, con el fin de cumplir con el principio de la estrategia que pretende garantizar la atención integrada dirigida a toda la población.

“La AP tiene en cuenta todos los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria y destaca las estrategias de coordinación intersectorial que permiten la atención integrada”. E4

Orientación familiar y comunitaria

La implementación de la AP inicia con el acercamiento a la familia por parte de los auxiliares de enfermería. Ellos caracterizan, ofrecen información y orientan a las familias y comunidades, en particular a las más vulnerables, reconociendo sus necesidades y las del entorno en donde viven.

“Las auxiliares de enfermería captan todos los datos de cada familia [...]. Ellas dan información y canalizan acorde a las necesidades que tenga cada familia”. E7

Formación política en salud

Desempeñarse en AP requiere formación sobre política en salud para identificar las rutas integrales de atención y garantizar la atención. Conocer la normativa en salud facilita la gestión, el trabajo multidisciplinar, la movilización de recursos y el desarrollo de políticas locales vinculadas con el empoderamiento y participación ciudadana como un derecho de la población para responder a sus necesidades en salud.

“Es necesario para la implementación de la AP conocer la política en salud, la ruta integral de atención para orientar a la persona y a la comunidad”. E2

Atención integral

Trabajar en AP implica profesionales con conocimientos y habilidades que les permitan ofrecer atención en salud, de acuerdo con las necesidades de la familia y comunidad;

abordar de manera individual y colectiva a la población; reconocer los mecanismos de referencia y contrarreferencia; y el trabajo intersectorial. Los participantes reconocen la importancia de la atención integral cuando abarca los diversos entornos donde las personas viven, laboran, estudian y se recrean.

“Estamos en el entorno hogar; en el educativo abordamos niños, adolescentes; en el público, por la pandemia en los parques y donde se presentan aglomeraciones; y, en el espacio público, cada profesional de acuerdo a sus competencias brinda intervenciones a la población”. E7

Discusión

Desde la aparición de la estrategia APS en Alma Ata se ha logrado que los sistemas de salud muestren progresos relacionados con el control de enfermedades. Sin embargo, la persistencia de las desigualdades sociales, la privatización y fragmentación de estos sistemas no han permitido alcanzar a plenitud su propósito de garantizar atención integral y de calidad.⁽¹²⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que existen factores que influyen directamente en la equívoca implementación de la APS, como financiamiento insuficiente, distribución de servicios inequitativos, falta de incentivos, debilidades en la capacitación y escasez del recurso humano dedicado a la AP, que impiden resolver los problemas en salud de la comunidad.⁽¹³⁾ No obstante, para la OMS, la APS es la estrategia más apropiada para responder a las nuevas demandas de salud del siglo XXI.⁽¹³⁾ Por ello, es necesario fortalecer el primer nivel de atención, pues ha demostrado mejores resultados en salud y menores costos.⁽⁸⁾

Al respecto, los resultados de este estudio, en correspondencia con la literatura, evidencian cómo los equipos de AP carecen de formación especializada, aspecto que se convierte en desafío para los Gobiernos, que han de garantizar atención integral y calidad del cuidado, lo cual precisa trabajo colaborativo, red de servicios y equipos calificados, al estar demostrado que tener una especialidad mejora los conocimientos y habilidades para la ejecución efectiva de la AP.^(12,14)

En el mismo sentido, la política de talento humano en Colombia recomienda que el proceso formativo de los profesionales de la salud esté articulado con las necesidades

en salud de la población y las características del sistema de salud. Destaca la educación y currículos en salud pública con énfasis en AP,⁽¹⁵⁾ que permitan ofrecer cuidado centrado en la persona, continuo e integral, para que los individuos se empoderen y comprometan con su salud acorde con los propósitos de la APS.⁽¹⁶⁾

Así las cosas, la AP debe ser ofrecida por equipos que cuenten con competencias específicas, conocimientos, habilidades, actitudes y motivaciones para desempeñar el rol correspondiente de forma exitosa y alcanzar el mejor estado de salud de la población. Estos equipos deben disponer también de competencias blandas para establecer relaciones respetuosas y asertivas entre sus miembros y con la comunidad, trabajar de manera colaborativa, comunicarse de forma efectiva, desarrollar liderazgo,^(17,18) tener capacidad de negociación, tomar decisiones y solucionar conflictos. La gestión administrativa requiere competencias para operativizar la política pública en salud, habilidad en el uso de la tecnología,⁽¹⁹⁾ gestionar recursos financieros y propiciar la capacitación del recurso humano encargado de la AP.^(12,14)

En coherencia con lo anterior, las competencias que deben caracterizar al equipo de AP están vinculadas con los elementos esenciales de la estrategia APS y hacen hincapié en acciones del primer nivel de atención basadas en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación en salud para el autocuidado.

Contrastando con la literatura, no mencionan las competencias blandas⁽¹⁴⁾ acordes con su formación y propias de los profesionales con desempeño en AP, tanto en la asistencia como en la gestión administrativa, reconocidas como cardinales para garantizar la implementación de la AP, donde médicos y enfermeras juegan un papel protagónico.^(5,8,14,20)

Por tal razón, es necesario alcanzar formación continuada, desarrollo de actitudes positivas hacia la AP y condiciones laborales justas, según lo demuestra esta pesquisa, cuando presenta como una limitante para el óptimo cumplimiento de su función el tipo de contrato laboral de los equipos. Lo dicho, en armonía con *Hernández*,⁽⁵⁾ y la política colombiana de talento humano,⁽¹⁵⁾ en la que se plantean como indispensables los contextos y entornos laborales favorables que faciliten la implementación de la estrategia de forma efectiva.

Otro hallazgo del presente estudio es el énfasis del concepto de AP, vinculado exclusivamente a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y su relación con el primer nivel de atención en salud. Esto implica desconocimiento del compromiso de la mediana y alta complejidad de atención en salud y, por tanto,

restricción a su acceso, conforme a lo concebido por *Costa-Moreira*,⁽²¹⁾ cuando asegura que estas acciones deben construirse de manera sinérgica entre la necesidad individual y la promoción de salud del colectivo. En contraste con estos resultados, la WHO⁽³⁾ y Walraven⁽²²⁾ destacan que la AP, si bien es considerada la puerta de entrada al sistema de salud, el primer contacto, es aplicable en todos los niveles de atención, incluso en los de alta complejidad.

Frente a lo anterior, vale insistir, la AP no es sinónimo de primer nivel de atención. Existe consenso en que la APS es una política pública para asegurar la atención esencial, que incluye garantizar bienestar a la población a través de servicios de salud y sociales.⁽²³⁾

La investigación desarrollada indica cómo en Colombia se delega un rol clave de la AP a los auxiliares de enfermería, encargados de caracterizar a las familias, en coherencia con *Hartzler*,⁽²⁴⁾ aun cuando se ha demostrado que son las enfermeras especialistas en trabajo comunitario las llamadas a liderar este proceso, por cuanto su formación académica les permite realizar el diagnóstico familiar y comunitario seguro, priorizar necesidades, tomar decisiones y orientar a la comunidad para resolver sus problemáticas en salud;⁽²⁵⁾ de acuerdo con *Gabrani*,⁽²⁶⁾ *Lukewich* y otros⁽²⁷⁾ y *Bagnasco*,⁽²⁸⁾ quienes señalan que, si las enfermeras en AP son competentes, la población está más satisfecha y los costos en salud son más bajos. Ello demanda redefinir los roles de las enfermeras en el equipo de AP; elevar su estatus en el sistema de salud; fortalecer sus competencias clínicas, comunitarias y actitudinales, incluida la dimensión social de la atención, como lo han hecho en Cuba.⁽²⁹⁾ En Estados Unidos, Australia y Canadá las enfermeras que trabajan en AP son el primer contacto con la población, ayudan a prevenir y controlar las enfermedades crónicas.⁽²⁶⁾

Esto último evidencia la necesidad de profundizar durante la formación de los profesionales en los elementos de la AP. Además, es importante contar con disponibilidad financiera y condiciones de trabajo decentes como aspectos clave que permitan cumplir con el propósito de la AP y, en consecuencia, percibir servicios de salud más accesibles, seguros y de calidad para responder a las demandas de la población.⁽¹⁴⁾

Dado que esta pesquisa se basó en una muestra intencional, participaron nueve profesionales de la salud, seis de ellos se desempeñan en instituciones de Bogotá, dos hacen parte del equipo de AP del municipio de Soacha y uno de Cota; los hallazgos no son generalizables a todo el territorio colombiano, lo cual constituye una limitante. Es

preciso realizar nuevos estudios acerca del trabajo de los profesionales de estos equipos en otras regiones del país, así como indagar en la percepción sobre la AP de los actores comunitarios y usuarios de los servicios de salud.

En conclusión, desempeñarse en Atención Primaria requiere competencias específicas para la asistencia y la gestión administrativa; exige altos conocimientos científicos, éticos, humanísticos y competencias blandas: liderazgo, trabajo colaborativo, capacidad para la toma de decisiones y resolución de conflictos; recursos financieros y superar barreras estructurales que comprometen el trabajo de los profesionales encargados para garantizar el cumplimiento y la efectividad de la atención primaria en Colombia.

Aporte científico

Contribuir en la formación de los profesionales de la salud en AP para una mejor y efectiva implementación.

Agradecimiento

A María Victoria Herrera Roa, gerente de la E.S.E. Municipal de Soacha Julio César Peñaloza.

Referencias bibliográficas

1. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. Rev. Panam Salud Publica. 2018;42e104:1-6. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
2. Calderón C. Atención primaria de salud: por qué, dónde y cómo. Hacia promoc. Salud. 2019;24(1):9-10. DOI: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.1.1>
3. World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care. 2018 [acceso 02/02/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
4. República de Colombia. Ministerio de salud y protección social. Política de Atención integral en salud. Bogotá D.C: El Ministerio; 2016 [acceso 07/02/2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais->

[2016.pdf](#)

5. Hernández-Flórez LJ, Rios-Oliveros DS. La atención primaria en salud renovada: el caso de Bogotá en un escenario de pandemia de COVID-19. *Rev. Salud Pública*. 2022;24(1):1-7. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103277>
6. Turale S. A Brief Introduction to Qualitative Description: A Research Design Worth Using. *Pac Rim Int J Nurs Res Thail*. 2020 [acceso 10/10/2022];24(3):289-91. Disponible en: file:///C:/Users/RuthM/Downloads/somchith,+01+Editorial_3.pdf
7. Bonello M, Meehan B. Transparency and Coherence in a Doctoral Study Case Analysis: Reflecting on the Use of NVivo within a 'Framework' Approach. *The Qualitative Report*. 2019;24(3):483-98. DOI: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2019.3823>
8. World Health Organization. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. Geneva: 2018 [acceso 08/10/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/public-health.pdf>
9. Loayza-Maturrano EF. La investigación cualitativa en Ciencias Humanas y Educación. Criterios para elaborar artículos científicos. *Educare et Comunicare*. 2020 [acceso 06/10/2022];8(2):56-66. Disponible en: https://web.archive.org/web/20210428060517id_/https://www.aacademica.org/edward_faustino.loayza.maturrano/16.pdf
10. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993 octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: MinSalud; 1993 [acceso 20/02/2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
11. Aguilera B, López G, Portales B, Reyes M, Vrsalovic J. Ética, derecho y regulación de la investigación biomédica en Chile. *Rev. Bioét*. 2020 [acceso 06/10/2022];28(2):239-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282385>
12. Hernández-Rincón EH, Muñoz-Abril YC, Avella-Pérez LP. Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia. *Rev. Cubana Med Gen Integr*. 2019 [acceso 06/10/2022];35(3):1-16. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2019/cmi193m.pdf>
13. Dois A, Bravo P, Contreras A, Soto MG, Mora I. Formación y Competencias para

- los equipos de atención primaria desde la Mirada de los expertos chilenos. Rev Panam Salud Pública. 2018;(42):1-7. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.147>
14. Henry TL, Britz JB, St. Louis J, Bruno R, Oronce CI, Georgeson A, *et al.* Health Equity: The Only Path Forward for Primary Care. Ann Fam Med. 2022;20(2):175-8. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2789>
15. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Bogotá: Minsalud; 2018 [acceso 09/03/2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
16. Lima-Toivanen M, Pereira RM. The contribution of eHealth in closing gaps in primary health care in selected countries of Latin America and the Caribbean. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e188. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.188>
17. Janssen M, Sagasser MH, Fluit CRMG, Assendelft WJJ, De Graaf J, Scherpbier ND. Competencies to promote collaboration between primary and secondary care doctors: an integrative review. BMC FamPract. 2020;179:1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01234-6>
18. World Health Organization Regional Office for Europe. Competencies for nurses working in primary health care. Copenhagen: EURO WHO; 2020 [acceso 10/03/2022]. Disponible en: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/441868/Competencies-nurses-primary-health-care-eng.pdf
19. Jiménez G, Spinazze P, Matchar D, KohChoonHuat G, Van-der-Kleij RMJJ, Chavannes NH, *et al.* Digital health competencies for primary health care professionals: A scoping review. J Med Inform. 2020;143. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104260>
20. Di Fabio JL, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. Rev. cub. salud pública. 2020 [acceso 16/03/2022];46(2):e2193. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000200004
21. Costa-Moreira D, Bispo-Júnior JP. Experiencias y desafíos para la inclusión profesional en la atención primaria de salud en Brasil. Rev. cub. salud pública. 2020 [acceso 22/03/2022];46(2):e1569. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46n2/e1569/es>

22. Walraven G. The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it useful? *J Glob Health*. 2019;9(1):010313. DOI: <https://doi.org/10.7189/jogh.09.010313>
23. World Health Organization. Primary health care. Ginebra: WHO; 2021 [acceso 10/03/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
24. Hartzler AL, Tuzzio L, Hsu C, Wagner EH. Roles and Functions of Community Health Workers in Primary Care. *Ann Fam Med*. 2018 [acceso 10/03/2022];16(3):240-5. Disponible en: <https://www.annfam.org/content/annalsfm/16/3/240.full.pdf>
25. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ, Leal-Costa C, García-González J, Hernández-Méndez S, Ruzafa-Martínez M. Competencia en Práctica Basada en la Evidencia y factores asociados en las enfermeras de Atención Primaria en España. *Aten Primaria*. 2021;53(7):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102050>
26. Gabrani J. Updating Nursing Competencies in Primary Healthcare in Albania; Transforming Roles Through Tailored Education. *Int J Public Health*. 2021;66:1-2. DOI: <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604085>
27. Lukewich J, Allard M, Ashley L, Aubrey-Bassler K, Bryant-Lukosius D, Klassen T, *et al*. National Competencies for Registered Nurses in Primary Care: A Delphi Study. *West J of Nurs Res*. 2020 [acceso 10/03/2022];42(12):1078-87. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0193945920935590>
28. Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Pozzi F, Aleo G, Watson R, *et al*. Core competencies for family and community nurses: A European e-Delphi study. *Nurse Educ Pract*. 2022;60(103296):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103296>
29. Morales-Ojeda R, Mas Bermejo P, Castell-Florit Serrate P, Arocha-Mariño C, Valdivia-Onega NC, Druyet-Castillo D, *et al*. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e25. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.25>

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Ruth Beatriz Mora-Rojas.

Metodología: Ruth Beatriz Mora-Rojas.

Administración del proyecto: Ruth Beatriz Mora-Rojas.

Curación de datos: Ruth Beatriz Mora-Rojas.

Análisis: Ruth Beatriz Mora-Rojas, Ingrid Yiseh Mosquera-Hurtado.

Redacción-borrador original: Ruth Beatriz Mora-Rojas.

Redacción-revisión y edición: Ruth Beatriz Mora-Rojas, Gladys Edith Villalobos-Bolívar.

Financiamiento

Derivado del proyecto *Análisis de las funciones esenciales de la Atención Primaria de Salud en una Institución de Salud en un Municipio de Cundinamarca durante el año 2021*, financiado por la Fundación Universitaria del Área Andina.

