

Equipos de atención primaria efectivos: un análisis normativo, más allá de los equipos básicos de salud en Colombia

doi: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v43n3.120393>

1 José Ivo Montaña-Caicedo

3 Álvaro Giovanni Silva-Amado

2 Carmen Tatiana Vélez-Mosquera

Resumen

Introducción: los equipos básicos de salud fueron creados para facilitar el acceso a los servicios de salud en Colombia.

Objetivo: analizar de qué forma los equipos básicos de salud en Colombia pueden incrementar el acceso a los servicios de salud.

Metodología: análisis normativo en tres etapas: (i) conformación, finalidad, funciones y efectividad de los equipos básicos de salud en Colombia; (ii) conformación, finalidad, funciones y efectividad de los equipos de atención primaria; y (iii) brechas entre los equipos básicos de salud en Colombia y los equipos de atención primaria efectivos.

Resultados: los equipos básicos de salud en Colombia no tienen una conformación definida, su finalidad no incluye la prestación de servicios de salud, sus funciones no abarcan las funciones claves de la atención primaria y podrían facilitar el acceso a los servicios de salud si aplican instrumentos validados. Los equipos de atención primaria efectivos usualmente inician su conformación con enfermería o medicina y, posteriormente, incorporan a otros integrantes técnicos o profesionales, clínicos o no clínicos, hospitalarios o comunitarios, formales o informales. Su finalidad es prestar servicios de salud, cumplen funciones claves de atención primaria y su efectividad está demostrada.

1 Universidad del Valle (Cali, Valle del Cauca, Colombia)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5060-8589>

Correo electrónico:

jose.ivo.montano@correounivalle.edu.co

Contribución: concepción, diseño, revisión, aprobación de la versión final y capacidad de responder por las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo. Asume la responsabilidad en nombre del grupo.

2 Universidad del Valle (Cali, Valle del Cauca, Colombia).

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5435-045X>

Correo electrónico:

carmen.velez@correounivalle.edu.co

Contribución: diseño, revisión, aprobación de la versión final y capacidad de responder por las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo.

3 Universidad del Valle (Cali, Valle del Cauca, Colombia).

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3309-9754>

Correo electrónico: alvaro.silva@correounivalle.edu.co

Contribución: diseño, revisión, aprobación de la versión final y capacidad de responder por las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo.

Cómo citar: Montaña-Caicedo JI; Vélez-Mosquera CT; Silva-Amado AG. Equipos de atención primaria efectivos: un análisis normativo, más allá de los equipos básicos de salud en Colombia. Av. enferm. 2025;43(1):120393

Recibido: 00/00/2025

Aceptado: 00/00/2025



Conclusiones: la conformación, finalidad y funciones de los equipos de atención primaria efectivos pueden complementar a los equipos básicos de salud en Colombia. Recomendamos construir una política pública de salud que considere factores que inhiben o facilitan la conformación de equipos efectivos, así como incluir aspectos normativos y empíricos en la agenda investigativa para fortalecer los equipos como pilar de la atención primaria.

Descriptores: Grupo de Atención al Paciente; Atención Primaria de Salud; Médicos; Enfermeras y Enfermeros; Personal de Salud; Colombia (fuente: DECS, BIREME).

Effective Primary Care Teams: A Normative Analysis Beyond Basic Health Teams in Colombia

Abstract

Introduction: Basic health teams were created to facilitate access to health services in Colombia.

Objective: To analyze how basic health teams in Colombia can increase access to health services.

Methodology: A three-stage normative analysis: (i) composition, purpose, functions, and effectiveness of basic health teams in Colombia; (ii) composition, purpose, functions, and effectiveness of primary care teams; and (iii) gaps between basic health teams in Colombia and effective primary care teams.

Results: Basic health teams in Colombia do not have a defined composition, their purpose does not include the provision of health services, their functions do not cover key primary care functions, and they could facilitate access to health services if they implement validated instruments. Effective primary care teams usually start their composition with nursing or medicine and later incorporate other technical or professional members, clinical or non-clinical, hospital-based or community-based, formal or informal. Their purpose is to provide health services, they fulfill key primary care functions, and their effectiveness is demonstrated.

Conclusions: The composition, purpose, and functions of effective primary care teams can complement basic health teams in Colombia. We recommend developing a public health policy that considers factors that inhibit or facilitate the formation of effective teams, as well as including normative and empirical aspects in the research agenda to strengthen teams as a pillar of primary care.

Descriptors: Patient Care Team; Primary Health Care; Physicians; Nurses; Health Personnel; Colombia (fuente: DECS, BIREME).

Equipes de atenção primária efetivas: uma análise normativa para além das equipes básicas de saúde na Colômbia

Resumo

Introdução: As equipes básicas de saúde foram criadas para facilitar o acesso aos serviços de saúde na Colômbia.

Objetivo: Analisar de que forma as equipes básicas de saúde na Colômbia podem ampliar o acesso aos serviços de saúde.

Metodologia: Análise normativa em três etapas: (i) composição, finalidade, funções e efetividade das equipes básicas de saúde na Colômbia; (ii) composição, finalidade, funções e efetividade das equipes de atenção primária; e (iii) lacunas entre as equipes básicas de saúde na Colômbia e as equipes de atenção primária efetivas.

Resultados: As equipes básicas de saúde na Colômbia não têm composição definida, sua finalidade não inclui a prestação de serviços de saúde, suas funções não abrangem funções-chave da atenção primária e poderiam facilitar o acesso aos serviços de saúde caso aplicassem instrumentos validados. As equipes de atenção primária efetivas geralmente se iniciam com profissionais de enfermagem ou medicina e, posteriormente, incorporam outros membros técnicos ou profissionais, clínicos ou não clínicos, hospitalares ou comunitários, formais ou informais. Sua finalidade é prestar serviços de saúde, cumprem funções-chave da atenção primária e têm efetividade demonstrada.

Conclusões: A composição, a finalidade e as funções das equipes de atenção primária efetivas podem complementar as equipes básicas de saúde na Colômbia. Recomendamos elaborar uma política pública de saúde que considere fatores que inibem ou facilitam a formação de equipes efetivas, bem como incluir aspectos normativos e empíricos na agenda de pesquisa para fortalecer as equipes como pilar da atenção primária.

Descritores: Equipe de Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde; Médicos; Enfermeiros; Pessoal de Saúde; Colômbia (fonte: DECS, BIREME).

Introducción

Los equipos de salud son grupos de profesionales de dos o más disciplinas que colaboran entre sí para resolver problemas, compartir responsabilidades y brindar cuidado a sus pacientes (1). Prestan atención coordinada y de alta calidad a individuos, familias y comunidades. Pueden ser grandes o pequeños, centralizados o dispersos, virtuales o presenciales, con tareas específicas y breves o amplias y extensas. Se ubican en diferentes ámbitos: hospitalario, quirúrgico, domiciliario, consultorio, emergencia y atención primaria (AP) (2).

En AP, los equipos suelen estar conformados por duplas de profesionales en enfermería y medicina; ocasionalmente, por triadas de medicina, enfermería y farmacia; y, en algunos casos, por equipos más amplios, multidisciplinarios y especializados (1). Los equipos de AP reciben diferentes deno-

minaciones según el país. En algunos países latinoamericanos se usa el término “equipo básico de salud”, como en Cuba, donde prestan servicios a grupos de familias (3); en Perú, donde están encargados de la AP, la participación ciudadana y la descentralización (4); y en Venezuela, donde están conformados por médico, enfermera y promotor de salud (5).

En Colombia, la Ley 1438 de 2011, en su artículo 15, define los equipos básicos de salud (EBS-C) “como un concepto funcional y organizativo que permite facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud” (6, p. 7-8). Facilitar el acceso parece una finalidad razonable para los EBS-C, pues los problemas de acceso representan la mayoría de las peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes de información registradas en el reporte de la Superintendencia Nacional de Salud (7). Sin embargo, no es claro si solo facilitar, sin prestar servicios, sea suficiente para garantizar un acceso efectivo.

Teniendo en cuenta que la AP ofrece la oportunidad no solo de facilitar el acceso, sino también de prestar servicios de salud en el entorno cotidiano de las personas y de vincular profesionales competentes para trabajar en equipo (8), realizamos un análisis normativo con el objetivo de comprender si los EBS-C pueden ser efectivos para mejorar el acceso a los servicios de salud en AP, considerando su conformación, finalidad y funciones, y las de los equipos de atención primaria efectivos (EAP-E).

Metodología

Realizamos un análisis normativo, el cual, en el contexto de la salud, emplea teorías, métodos, conceptos, principios y valores normativos para comprender mejor la naturaleza moral, política y legal de los servicios de salud, la salud pública y la práctica clínica. El análisis normativo permite cuestionar premisas, examinar los juicios de valor que sustentan las políticas y prácticas, apoyar la legitimidad institucional y dilucidar cómo las políticas públicas de salud pueden ser inconsistentes, inverosímiles o incompletas (9).

Desarrollamos el análisis en tres etapas: (i) analizamos la conformación, finalidad, funciones y efectividad de los EBS-C (6); (ii) analizamos la conformación, finalidad, funciones y efectividad de los equipos de AP; y (iii) examinamos las brechas entre los EBS-C y los EAP-E.

Para analizar los EBS-C y los EAP-E realizamos una búsqueda de literatura científica en PubMed, Scielo, Lilacs y Google Scholar, combinando diferentes términos en inglés relacionados con la conformación, finalidad, funciones y efectividad de los EBS-C, los EAP-E y la AP (Tabla 1), sin límite de tiempo inicial y hasta el 30 de abril de 2025. Obtuvimos 2980 referencias bibliográficas. Revisamos las referencias, descartamos duplicados, publicaciones en idiomas distintos del inglés, español o portugués, y aquellas cuyo título o resumen no guardaban relación con el objetivo del estudio. También se excluyeron publicaciones sin resumen o que, tras la lectura completa, no se relacionaban con el objetivo. Adicionalmente, revisamos las referencias bibliográficas de las publicaciones seleccionadas o descartadas y repetimos los mismos pasos de exclusión por idioma, título, resumen y texto completo. Finalmente, seleccionamos 71 referencias bibliográficas, de las cuales extrajimos los contenidos relevantes para el análisis presentado en la sección de resultados.

Tabla 1. Términos utilizados para la búsqueda bibliográfica en Pubmed, Scielo, Lilacs y Google Scholar. *: comodín para búsquedas en Pubmed.

Tema	Términos de búsqueda
Diagnóstico familiar	("family diagnosis" OR "family relationship" OR "family-based" OR "family-focused" OR "family-centred" OR "family well-being" OR "family support" OR "family assessment" OR "family functioning" OR "family engagement" OR "family studies" OR "family genogram") AND (template OR form OR card OR record)
Identificación del riesgo	("risk identif*" OR "risk recogn*" OR "risk know*" OR "risk stratification" OR "hazard assessment" OR "risk assessment") AND (sex OR age OR ethnicity OR race)
Informa el portafolio	(inform OR communication OR "health literacy")
Promover afiliación al sistema	("Health Insurance") AND ("Access*" OR "Utilization")
Inducir demanda	("induced demand" OR "demand generation" OR "health-seeking" OR "demand-side interventions")
Suministrar información	"medical record"
Atención primaria	("general practi*" OR "family practi*" OR "primary care" OR "Primary healthcare" OR "Primary Health Care" OR "General Practi*" OR "Family Practi*")
Equipos de atención primaria	team AND (multidisciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional)

Fuente: Elaboración propia

Resultados

Presentamos los resultados del análisis normativo para los EBS-C, los EAP-E y las brechas entre ambos a continuación:

Equipos Básicos de Salud en Colombia

Conformación, finalidad y funciones. En Colombia, la Ley 1438 de 2011 (6) no define la conformación de los EBS-C, centra su finalidad en facilitar el acceso a los servicios de salud sin prestarlos de manera directa y establece siete funciones que difieren de las funciones clave de la AP reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (8). En la búsqueda de literatura científica no encontramos evidencias acerca de la conformación, la finalidad ni las funciones de los EBS-C.

Efectividad. No encontramos evidencias científicas sobre la efectividad de los EBS-C. Sin embargo, ante la posibilidad teórica de que exista alguna efectividad indirecta o potencial, analizamos la literatura disponible sobre las maneras, mecanismos o instrumentos mediante los cuales cada función de los EBS-C podría llegar a ser efectiva. Los resultados se presentan a continuación:

1. **Realizar el diagnóstico familiar, de acuerdo con la ficha unificada que se define a nivel nacional** (6): La AP centrada en la familia es efectiva, por ejemplo, para el manejo de pacientes obesos (10), con problemas conductuales (11) o con demencia (12). La calidad de vida y la salud de las personas se relacionan con el funcionamiento familiar (13), que puede medirse mediante escalas como el Family Assessment Device (14) o el Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES) IV (15). Sin embargo, para comprender la salud de una familia debemos considerar, además del funcionamiento, otros factores como la comunicación, resolución de problemas, rutinas, salud mental, apoyo emocional, recursos, vivienda, transporte,

alimentación, educación, seguridad social, actividad física, cuidado de los niños y acceso a recursos externos, que pueden evaluarse mediante el *Family Health Scale* (FHS), instrumento validado que abarca diversos factores agrupados en cuatro dimensiones: procesos de salud social y emocional familiar, estilo de vida saludable familiar, recursos de salud familiar y apoyos sociales externos familiares (16).

Estas escalas, validadas científicamente, ilustran el proceso necesario previo a la utilización de un instrumento en la práctica clínica. De la misma manera, la ficha unificada para diagnóstico familiar que usen los EBS-C debería evaluarse y garantizar suficiente confiabilidad, validez y sensibilidad. Los estudios que evalúan instrumentos deben ser de alta calidad metodológica para garantizar conclusiones adecuadas sobre sus propiedades de medición (17).

2. **Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia** (6): La identificación presuntiva de enfermedades o riesgos mediante la aplicación de pruebas, exámenes u otros procedimientos como cuestionarios que puedan realizarse rápidamente, conocida como tamización o cribado, es una estrategia validada en muchos países para mejorar el estado de salud (18,19). Una prueba de tamización debe ser válida o capaz de distinguir a quienes padecen la afección buscada de quienes no la padecen; confiable o buen indicador de la enfermedad en estudio; y con rendimiento aceptable o la medida en que la enfermedad previamente no reconocida es diagnosticada (18).

Las estrategias de tamización deberían acogerse a diez principios: (i) la afección buscada debe ser un problema de salud importante; (ii) debe existir un tratamiento aceptado para pacientes con la enfermedad diagnosticada; (iii) debe haber instalaciones para el diagnóstico y el tratamiento; (iv) debe existir una etapa latente o sintomática temprana reconocible; (v) debe existir una prueba o examen adecuado; (vi) la prueba debe ser aceptable para la población; (vii) debe comprenderse adecuadamente la historia natural de la enfermedad; (viii) debe existir una política consensuada sobre a quiénes tratar como pacientes; (ix) el costo de la detección de casos debe ser equilibrado; (x) la detección de casos debe ser un proceso continuo (18).

En Colombia, las pruebas para identificación del riesgo o tamización están definidas en la política pública de salud denominada Ruta Integral de Atención de Promoción y Mantenimiento de la Salud (20). La aplicación de cualquier instrumento para identificación presuntiva de enfermedades o riesgo es, por definición, una actividad de tamización; por lo tanto, debe respetar los principios científicos, éticos y legales que garantizan la efectividad, seguridad y continuidad.

3. **Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las políticas y reglamentación de dichos servicios** (6): Informar sobre el portafolio o cartera de servicios contribuye a la alfabetización en salud, la cual implica el conocimiento, la motivación y las competencias de las personas para acceder, comprender, valorar y aplicar la información de salud para emitir juicios y tomar decisiones en la vida cotidiana en materia de atención de salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud, con el fin de mantener o mejorar la calidad de vida (21).

Las intervenciones grupales e individuales de diversa intensidad en AP y en entornos comunitarios son útiles para apoyar un cambio sostenido en la alfabetización en salud (22), que

contribuye a la participación del paciente en su autocuidado. Las personas con niveles más bajos de alfabetización en salud tienen mayor probabilidad de padecer multimorbilidad (23), peor estado de salud autopercebido, mayor uso de servicios hospitalarios (21) y de servicios de urgencias (24).

Usualmente, la información de salud es inaccesible porque las exigencias de alfabetización de los servicios de salud no se corresponden con las capacidades de alfabetización de los adultos en promedio (21).

Las instituciones de salud son estructuras complejas y entornos de trabajo dinámicos, con múltiples entradas, pasillos concurridos y letreros que requieren habilidades de navegación sofisticadas, en donde existen puntos de destino mal señalizados, mapas complejos que no coinciden con las señales ni los colores de los lugares; además, sitios web e interacciones telefónicas problemáticos; formularios para información de salud y antecedentes familiares para documentos legales como el consentimiento informado; e instrucciones cruciales llenas de jerga, como las relacionadas con la preparación para exámenes o para la atención domiciliaria (21).

Aunque informar acerca del portafolio de servicios es importante, para mejorar el estado de salud de las personas, familias y comunidades, los EBS-C necesitan hacerlo dentro de una estrategia de alfabetización en salud verificable mediante instrumentos validados científicamente, como el *Health Literacy Questionnaire* (HLQ) (25).

4. **Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de manera que al identificar una persona no afiliada al sistema se inicie el trámite de afiliación para que puedan acceder a los servicios de protección social** (6): La afiliación al sistema de aseguramiento en salud de Colombia es obligatoria, pues se trata de un sistema de seguridad social (6) que, además de buscar resultados de salud, procura mantener capacidad de respuesta a las expectativas de las personas, contribuir a la equidad en la contribución financiera para prevenir que las personas caigan en la pobreza debido a los costos de los servicios de salud y fortalecer los derechos de los pacientes como usuarios de los servicios de salud (26).

El aseguramiento en salud incrementa el acceso a los servicios, pero cada país puede optar por diferentes alternativas de aseguramiento, bien sea a través de la seguridad social, como en Colombia, de los impuestos generales o de una combinación de ambos. La seguridad social, comparada con el aseguramiento por impuestos, aumenta el gasto en salud per cápita de 3 a 4 %, reduce la participación del sector formal en el empleo de 8 a 10 %, reduce el empleo total hasta en 6 % e incrementa de 5 a 6 % los años potenciales de vida perdidos por cáncer de mama (27).

El estado de salud mejora con el acceso a los servicios de salud, independientemente del tipo de aseguramiento; sin embargo, el sistema de seguridad social colombiano exige requisitos ajenos a la salud de los pacientes, como la afiliación al sistema o la autorización para cada servicio. Desde esta perspectiva, el cumplimiento de los requisitos que condicionan el acceso podría contribuir a mejorar la salud. Por otro lado, la cobertura de afiliación reportada es superior al 99 % en Colombia (28), por lo cual la promoción de la afiliación tendría un impacto marginal en el estado de salud.

5. **Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública** (6): Inducir o motivar la búsqueda de atención y uso de servicios (29) tiene utilidad dudosa cuando se trata de servicios cuya efectividad no es clara (30) o es deseable cuando se trata de servicios efectivos, como en el caso de los eventos con un alto impacto en salud pública. Por ejemplo, el dengue es una prioridad en salud pública. Los factores que influyen en la búsqueda de atención por parte de los pacientes incluyen el conocimiento de la enfermedad, los costos para desplazarse a los servicios de salud, el apoyo social, la accesibilidad, los costos de la atención, el personal de salud y la calidad del servicio, entre otros factores individuales, interpersonales, organizacionales, comunitarios y de políticas públicas (31).

En tuberculosis, otra prioridad en salud pública, las razones más comunes que llevan a los pacientes a posponer la búsqueda de atención incluyen la levedad de los síntomas iniciales, una percepción de buena salud, temor a las consecuencias del diagnóstico, miedo a ser denunciado a las autoridades, desconocimiento del sistema sanitario, limitaciones de tiempo y barreras económicas (32).

En influenza, la demanda de vacunación de personas mayores de 60 años puede aumentarse mediante el envío de cartas, tarjetas postales, llamadas telefónicas personalizadas, *brochures* educativos, cuestionarios sobre actitudes, adecuación individual, visitas domiciliarias o facilitadores en las consultas (33).

Inducir demanda o búsqueda de atención por parte de los pacientes contribuye a mejorar los resultados de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública. Sin embargo, la demanda inducida por sí sola, sin garantizar acceso, integralidad, coordinación y continuidad, es insuficiente para mejorar el estado de salud.

6. **Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación** (6): Los servicios básicos de salud surgen del enfoque selectivo de la Atención Primaria de Salud (APS), que limita a priorizar enfermedades según prevalencia, morbilidad y mortalidad, e implementar programas por enfermedades a nivel poblacional y servicios de salud baratos denominados “APS básica” (34,35).

El enfoque selectivo ha mostrado algunos casos exitosos; los programas de vacunación probablemente son los más reconocidos. Sin embargo, excluye los derechos de las personas y la AP, que sí están incluidos en el enfoque integral de la APS reconocido por la Declaración de Alma-Ata en 1978, la cual estableció al mismo tiempo una lista limitada de actividades (36), allanando el camino para que durante muchos años se le atribuyera el origen del enfoque selectivo, que en realidad fue publicado un año después por otros autores (34).

Facilitar la prestación de servicios básicos de salud es insuficiente, aunque pueda mejorar algunos indicadores; por lo cual es necesario pasar de los programas, enfermedades y atención básica hacia el enfoque integral de la APS, que incluye la AP.

7. **Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria** (6): La historia clínica de AP permite la predicción de consultas a urgencias, ingresos hospitalarios y mortalidad. Los equipos de salud pueden reservar tiempo para revisar la lista de pacientes identificados como de alto riesgo y definir intervenciones (37). La Historia Clínica Electrónica (HCE) reduce la mortalidad (38), facilita la coordinación de

la atención entre varios proveedores, proporciona un mecanismo para una prescripción más segura, permite documentación legible, comunicación con los pacientes y aumenta la seguridad de los datos (39).

Sin embargo, la HCE también ha creado nuevos factores de estrés o ha exacerbado los tradicionales para los profesionales y se ha convertido en un factor clave del agotamiento profesional. Las cargas sustanciales de trabajo administrativo y de registro de datos son responsabilidades adicionales más recientes y, con frecuencia, parecen redundantes y engorrosas. Implica cuestiones como la facturación, indicadores de calidad y cumplimiento normativo, que pueden parecer ajenas a la atención fundamental al paciente.

La HCE tiende a tener usabilidad generalmente baja debido a interfaces complejas y flujos de trabajo ineficientes y poco intuitivos. La sobrecarga de información, las notas voluminosas, las alertas y los recordatorios aumentan la carga cognitiva en la atención al paciente. Las actividades de registro restan tiempo a las interacciones directas con los pacientes y ocupan tiempo fuera del horario de atención, interfiriendo con un equilibrio saludable entre la vida laboral y personal (39).

Los profesionales de salud elaboran la historia clínica directamente; por lo tanto, no es claro el grado ni el mecanismo mediante el cual “suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica” puede contribuir a mejorar la salud de las personas, familias o sus comunidades. Además, supone una tarea adicional que puede demorar la atención. La efectividad de la HCE depende de su elaboración por parte de los profesionales de salud, pero no está exenta del riesgo de incrementar el agotamiento de los profesionales según su diseño, flujos de trabajo y carga laboral.

Equipos de atención primaria efectivos

Conformación. En AP, la mayoría de las atenciones son realizadas por profesionales de medicina (40), de las cuales la mitad podrían ser realizadas por profesionales de enfermería (41, 42), conformando un EAP-E capaz de dar respuesta a alrededor de dos tercios de los motivos de consulta, proporción que puede incrementarse con otros perfiles clínicos y no clínicos determinados por las necesidades de los pacientes. Por ejemplo, en comunidades con presencia importante de niños o adultos mayores pueden incluirse pediatría o geriatría, respectivamente (40). Si hay preponderancia de dependencia funcional, pueden considerarse rehabilitadores (43). En caso de problemas mentales, psicología o psiquiatría (44). Si hay incidencia de determinantes sociales y condiciones de vulnerabilidad, trabajo social (45). Para pacientes con enfermedades crónicas, farmacéuticos (46). Los EAP-E también pueden involucrar a profesionales especializados de hospitales y a pacientes (47).

En los EAP-E para manejo de pacientes con enfermedades crónicas, los perfiles profesionales más frecuentemente incluidos son medicina (96%), enfermería (50%) y farmacia (43%), seguidos en menor proporción por nutrición y dietética, gestión no clínica, fisioterapia, psicología, educación en salud, especialistas en ejercicio, terapia ocupacional, optometría y psiquiatría (46). Otros factores relevantes para la conformación de los EAP-E son la disponibilidad y preferencias de los profesionales, el tamaño del prestador, la disponibilidad de recursos para contratar (45), las condiciones socioeconómicas de los pacientes, si viven en áreas remotas y rurales (48), la situación de vulnerabilidad social (49) y la discapacidad (50).

La conformación de los EAP-E determina su capacidad para manejar una amplia variedad de motivos de consulta, concentrando la atención de pocas especialidades “generalistas” para muchos pacientes (51). En AP, la revisión de resultados de exámenes y procedimientos, solicitudes de servicios, actividades preventivas y embarazo acumulan el 41,5% de los motivos de consulta; la hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia acumulan el 6,3%; y los procedimientos administrativos, el 1,8%. La otra mitad de los motivos de consulta corresponde a una variedad de problemas agudos y crónicos (52).

Finalidad y funciones. La finalidad de los EAP-E es prestar servicios de salud y sus funciones son las cinco claves de la AP (8): (i) Primer contacto, entendida como la medida en que la AP presta servicios de salud accesibles. (ii) Coordinación, correspondiente al grado en que la AP presta servicios de salud articulados con otros niveles de atención. (iii) Integralidad, definida como la amplitud con que la AP presta servicios de salud preventivos, curativos y de rehabilitación (8). (iv) Continuidad, referida a que la AP presta servicios de salud conectados, consistentes y coherentes con las necesidades de los pacientes (53). (v) Atención centrada en el paciente, correspondiente al modelo en que la AP presta servicios que exploran la salud, la enfermedad y la experiencia de estar enfermo, los significados para el paciente y el contexto personal, familiar y comunitario (54).

Efectividad. Los EAP-E son efectivos para mejorar el estado de salud; reducen la mortalidad por todas las causas, la mortalidad prematura por todas las causas y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas (55). Las cinco funciones clave de AP realizadas por los EAP-E incrementan la salud mental y psicológica de los pacientes, su percepción y satisfacción con la atención, la sensación de mejoría y la atención centrada en el paciente. Mejoran el proceso de atención y modifican el comportamiento de los profesionales sanitarios (47). Reducen la probabilidad de hospitalización, atención en urgencias, hospitalizaciones evitables, reingresos (56), presión arterial, glucemia y colesterolemia, y mejoran el control de pacientes con EPOC (46).

Brechas entre los equipos básicos de salud en Colombia y los equipos de atención primaria efectivos

A diferencia de los EBS-C, los EAP-E sí cuentan con una conformación definida, que usualmente empieza con profesionales de enfermería y medicina. Según las necesidades de los pacientes, pueden incorporar integrantes con perfil técnico o profesional, clínico o no clínico, hospitalario o comunitario, formal o informal. Dependiendo de las condiciones locales, la disponibilidad de recursos y las preferencias culturales, la conformación puede empezar por cualquiera de los tres perfiles profesionales y luego ampliarse incorporando nuevos perfiles con competencias profesionales para la AP de base comunitaria.

Contrario a los EBS-C, la finalidad de los EAP-E es prestar servicios de salud; sus funciones son las funciones clave de AP y la efectividad de los EAP-E está ampliamente establecida. La tabla 2 permite comparar la conformación, finalidad, función y efectividad entre los EBS-C y los EAP-E.

Tabla 2. Comparación entre los Equipos Básicos de Salud en Colombia y los Equipos de Atención Primaria Efectivos.

Componente	Equipos básicos de salud en Colombia	Equipos de atención primaria efectivos
	EBS-C	EAP-E
Conformación	No definida en las normas nacionales	Enfermería, medicina y otros perfiles según las necesidades, condiciones y preferencias en atención primaria
Finalidad	Facilitar el acceso a los servicios de salud, sin prestarlos	Prestar servicios de salud en atención primaria
Funciones	Siete funciones definidas en la Ley 1438 de 2011: <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar diagnóstico familiar 2. Identificar riesgos 3. Informar sobre el portafolio 4. Promover la afiliación 5. Inducir la demanda 6. Facilitar la prestación de servicios básicos 7. Suministrar información para la historia clínica 	Cinco funciones clave de atención primaria establecidas por la Organización Mundial de Salud: <ol style="list-style-type: none"> 1. Primer contacto 2. Coordinación 3. Integralidad 4. Continuidad 5. Atención centrada en el paciente
Efectividad	No hay evidencias de la efectividad de la conformación, finalidad y funciones de los EBS-C. Hay evidencias de la efectividad de algunos instrumentos que podrían usar los EBS-C para algunas de sus funciones.	Hay evidencias acerca de la efectividad de la conformación, finalidad y funciones de los EAP-E en cuanto a: <ul style="list-style-type: none"> • Reducción en la mortalidad por todas las causas: • Reducción en la mortalidad prematura • Aumento en la satisfacción con la atención • Mejora en el proceso de atención • Reducción en hospitalizaciones • Reducción en atenciones por urgencias • Mejoría en tensión arterial, glucosa, colesterol • Mejoría en control de pacientes con EPOC

Fuente: Elaboración propia

Discusión

La Ley 1438 de 2011 (6) define los EBS-C, su finalidad y sus siete funciones, las cuales resultan incongruentes con las de los EAP-E, conformados por profesionales quienes facilitan el acceso a los servicios de salud prestándolos directamente (40, 41, 51). Este hallazgo surge de un análisis con limitaciones potenciales, por ejemplo, la acotada posibilidad de extrapolación a otros países debido a que está centrado en las condiciones estatutarias de Colombia; sin embargo, a nivel inter-

nacional es reconocida la importancia de que los equipos de AP presten directamente servicios de salud (40, 41, 51).

Otra posible limitación es que la búsqueda bibliográfica siguió un procedimiento ad hoc para hallar publicaciones en internet, excluyendo documentos publicados de otra manera que podrían contener evidencias a favor de la efectividad de los EBS-C. No obstante, la comprensión de la naturaleza de las políticas públicas requiere enfoques que permitan plantear escenarios legítimos, consistentes y factibles (9), aun en ausencia de evidencia empírica de su efectividad. Otra limitación podría ser que cubre solo la finalidad, funciones y conformación de los equipos de AP; sin embargo, es una limitación de la Ley 1438 de 2011 (6), pues aborda únicamente los dos primeros.

Adicionalmente, existen otros factores excluidos de dicha Ley. Uno de especial relevancia es el conjunto de competencias profesionales necesarias para la AP. Las competencias profesionales abarcan conocimientos y habilidades (57) e incluyen el título profesional, la educación continua, la experiencia profesional y la valoración regular por pares (58). Las competencias para AP permiten a los equipos mejorar el estado de salud, la satisfacción individual, los costos, la accesibilidad, la integralidad, la longitudinalidad, la coordinación y la continuidad (59). Son desarrolladas y ofrecidas por especialidades “generalistas” que permiten concentrar atenciones para una mayor cantidad de pacientes en instituciones escalables, numerosas y accesibles como los centros de AP.

En contraste, la atención basada en hospital dispersa las atenciones en una mayor cantidad de especialidades para una menor cantidad de pacientes, en instituciones confinadas, escasas y distantes. Entre el 2,6% y el 65% de la atención basada en hospital puede realizarse con la misma seguridad y efectividad en AP (51). Los EAP-E articulan la AP y la atención basada en hospital (60), además de que la AP tiene mayor alcance en intervenciones preventivas (61).

Enfermería cuenta con competencias para AP, con opciones de formación clínica especializada de posgrado (62). Brinda servicios de tratamiento, apoyo y atención a personas que requieren cuidados debido a los efectos del envejecimiento, lesiones, enfermedades u otros impedimentos físicos o mentales, o posibles riesgos para la salud. Asume la responsabilidad de planificar y gestionar la atención al paciente, incluyendo la supervisión de otros profesionales, trabajando de forma autónoma o en equipo con médicos y otros profesionales en la aplicación práctica de medidas preventivas y curativas (63). Aporta liderazgo a los EAP-E.

Medicina cuenta con competencias para AP y la formación clínica especializada de posgrado es la vía más costo-efectiva para obtenerlas (54). La medicina especializada “generalista” o Medicina Familiar no limita su práctica clínica a ciertas categorías de enfermedades o métodos de tratamiento y puede asumir la responsabilidad por la provisión de atención médica continua e integral para las personas, familias y comunidades (63).

Otras profesiones también cuentan con competencias para AP: odontología provee servicios para mantener la salud oral (64); logopedia ayuda a garantizar interacciones; fonoaudiología mejora la comunicación; nutrición y dietética controla problemas relacionados con la nutrición; terapia ocupacional apoya en la participación y espacios accesibles; fisioterapia mantiene la movilidad y el funcionamiento; trabajo social ayuda ante desafíos biopsicosociales, determinantes sociales, de salud mental y navegación de los servicios (43).

Además de las competencias profesionales, la Ley 1438 de 2011 (6) excluye otros factores importantes como la colaboración, coordinación, comunicación, roles, toma de decisiones (46), cooperación,

distribución de responsabilidades, metas, división del trabajo, manejo de conflictos (65), liderazgo (46, 66), interacción humana, valores, objetivos (67), clima laboral y satisfacción de los pacientes (68).

La incongruencia entre las funciones de los EBS-C y las de los EAP-E posiblemente deriva en que se soslaye la importancia de las condiciones personales de los integrantes, por ejemplo, el manejo de las emociones (65), la seguridad psicológica (69), la experiencia clínica (70) y la cantidad de integrantes. Más integrantes en el equipo benefician la calidad de la atención y reducen el agotamiento emocional, pero los integrantes adicionales pueden tener rendimientos decrecientes por problemas de coordinación y menor motivación (70); la efectividad disminuye en EAP-E con más de diez integrantes en comparación con tres o menos (65).

También es importante considerar la compensación: cuando está basada en salario mejora la colaboración, mientras que los pagos por actividad la obstaculizan. Una cultura organizacional y liderazgo sólidos, recursos, reuniones de equipo, capacitación, protocolos claros y oportunidades de desarrollo profesional facilitan el trabajo en equipo. Los incentivos intrínsecos, como la autonomía, el dominio y el propósito social, mejoran el rendimiento y la satisfacción de los integrantes (71).

Conclusiones

La Ley 1438 de 2011 (6) establece EBS-C con una finalidad y funciones diferentes a las de los EAP-E; además, excluye la conformación, las competencias profesionales y otros factores asociados con la efectividad de los equipos de AP. Estas brechas pueden resolverse mediante una política pública de salud que establezca EAP-E conformados por enfermería, medicina y otras profesiones acordes con las necesidades de los pacientes, cuya finalidad sea prestar servicios de AP y que cumplan las funciones clave de la AP. La elaboración de dicha política pública de salud debería convocar a universidades, organizaciones y otras entidades relacionadas con la formación en competencias profesionales para AP, con el fin de ayudar a comprender los factores que inhiben o facilitan la conformación y los perfiles de los EAP-E.

A pesar de la importancia demostrada de la conformación, finalidad y funciones de los EAP-E, hay aspectos normativos y empíricos que requieren esfuerzos en la agenda investigativa en Colombia, como el desempeño de los EBS-C; la formación del talento humano; los incentivos; la colaboración; la coordinación; la comunicación; los roles; las responsabilidades; el manejo de conflictos; la toma de decisiones; el liderazgo; la motivación; el clima laboral; la seguridad psicológica; la cohesión; la confianza; el respeto; el agotamiento emocional; la cantidad de integrantes; la experiencia clínica; el salario; los incentivos; la autonomía; la participación social, entre otros. Proponemos aunar esfuerzos para acelerar el fortalecimiento de los EAP-E como pilar fundamental del despliegue de la estrategia de AP.

Financiación

El presente trabajo fue realizado con recursos propios de los autores.

Conflicto de interés

Ninguno declarado.

Consideraciones éticas

Este trabajo es libre de riesgo pues no incluye información personal y no requiere consentimiento informado. No utilizamos inteligencia artificial para escribirlo.

Referencias

- (1) Saint-Pierre C; Herskovic V; Sepúlveda M. Multidisciplinary collaboration in primary care: A systematic review. *Fam. Pract.* 2018;35(2):132-141. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz085>
- (2) Mitchell P; Wynia M; Golden R; McNellis B; Okun S; Webb CE et al. Core principles & values of effective team-based health care. Institute of Medicine of the National Academies, Washington DC. 2012. <https://doi.org/10.31478/201210c>
- (3) Álvarez-Sintes R; González Delgado O. Los programas de especialización para el equipo básico de salud en la medicina familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2023;39(3): e2948. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252023000300002&lng=en&nrn=iso&tlng=en
- (4) Rey-Gamero AC; Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Rev. Ger. Pol. Sal.* 2013;12(25):28-39. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp12-25.ecpe>
- (5) Heredia-Martínez HL; Artmann E. Criterios para la (re)distribución equitativa de los equipos básicos de salud en el nivel local en Venezuela. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(10):e00171117. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00171117>
- (6) República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011, artículo 15, página 8. Enero 19 de 2011. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>
- (7) República de Colombia. Superintendencia Nacional de Salud. Reporte de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes a la Información. <https://www.supersalud.gov.co/es-co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/planeacion-presupuesto-e-informes/informes-trimestrales-sobre-acceso-a-informacion-quejas-y-reclamo-s#k=filename%3A%22RQ%22>
- (8) World Health Organization. Integrated primary care for UHC. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>
- (9) Viens AM. The fundamental importance of the normative analysis of health. *Health Care Anal.* 2019;27:1-3. <https://doi.org/10.1007/s10728-019-00365-x>
- (10) Al Yazeedi B; Al-Haddabi B; Waly M; Al-Adawi S; Al-Mammari S; Al-Ghamari I et al. A cluster randomised controlled trial investigating the efficacy of family-centred obesity management program in primary care settings: A study protocol. *Clin. Obes.* 2025;15(2):e12719. <https://doi.org/10.1111/cob.12719>
- (11) Ivanova MY; Hall A; Weinberger S; Buckingham SL; Copeland WE; Crockett P et al. The Vermont Family Based Approach in primary care pediatrics: Effects on children's and parents' emotional and behavioral problems and parents' health-related quality of life. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2023;54(5):1297-1308. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01329-4>
- (12) Donath C; Gräßel E; Großfeld-Schmitz M; Menn P; Lauterberg J; Wunder S et al. Effects of general practitioner training and family support services on the care of home-dwelling dementia patients - Results of a controlled cluster-randomized study. *BMC Health Serv Res.* 2010;10: 314. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-314>
- (13) Prazeres F; Santiago L. Relationship between health-related quality of life, perceived family support and unmet health needs in adult patients with multimorbidity attending primary care in Portugal: A multicentre cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2016;14:156. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0559-7>
- (14) Epstein NB; Baldwin LM; Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *J. Marital Fam. Ther.* 1983;9(2):171-180. https://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=cd377890-a31d-4692-a9b8-47c563844862&groupid=10293
- (15) Olson D. FACES IV and the Circumplex Model: Validation study. *J. Marital Fam. Ther.* 2011;37:64-80. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x>
- (16) Crandall AA; Weiss-Laxer NS; Broadbent E; Holmes EK; Magnusson BM; Okano L et al. The Family Health Scale: Reliability and validity of a short- and long-form. *Front. Public Health.* 2020;8:587125. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.587125>
- (17) Mokkink LB; Terwee CB; Patrick DL; Alonso J; Stratford PW; Knol DL et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. *Qual Life Res.* 2010;19:539-549. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8>
- (18) Wilson JMG; Jungner G; World Health Organization. Principles and practice of screening for disease. 1968; <https://iris.who.int/handle/10665/37650>
- (19) U.S. Preventive Services Task Force. Screening and Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/>
- (20) República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280. 2018. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- (21) World Health Organization Office for Europe. Health literacy: The solid facts. Eds. Kickbusch I; Pelikan JM; Apfel F; Tsouros AD, editores. WHO Regional Office for Europe; 2013. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/50a8dd98-9a4d-449b-8549-63c8a6b05892/content>
- (22) Taggart J; Williams A; Dennis S; Newall A; Shortus T; Zwar N et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Fam Pract.* 2012;13:49. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-49>

- (23) Chauhan A; Linares-Jimenez FG; Dash GC; de Zeeuw J; Kumawat A; Mahapatra P et al. Unravelling the role of health literacy among individuals with multimorbidity: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2024;14:e073181-e073181. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073181>
- (24) O'Cathain A; Foster A; Carroll C; Preston L; Ogden M; Clowes M et al. Health literacy interventions for reducing the use of primary and emergency services for minor health problems: A systematic review. *Health Soc Care Deliv Res*. 2022;10(38). <https://doi.org/10.3310/IVQJ9044>
- (25) Osborne RH; Batterham RW; Elsworth GR; Hawkins M; Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13:658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>
- (26) Normand C; Weber A. Social Health Insurance. A guidebook for planning. Second edition. ADB, ILO, WHO y GTZ; 2009. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@integration/documents/instructionalmaterial/wcms_568927.pdf
- (27) Wagstaff A. Social health insurance vs. Tax-financed health systems—Evidence from the OECD. Policy Research working paper; no. WPS 4821. World Bank; 2009. <https://hdl.handle.net/10986/4018>
- (28) República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Aseguramiento de Población. 2025. https://www.dnp.gov.co/LaEntidad/_subdireccion-general-prospectiva-desarrollo-nacional/direccion-desarrollo-social/Paginas/aseguramiento-de-poblacion.aspx
- (29) Mohammadshahi M; Yazdani S; Olyaeemaneh A; Sari AA; Yaseri M; Sefiddashti SE. A scoping review of components of physician-induced demand for designing a conceptual framework. *J Prev Med Pub Health*. 2019;52(2):72-81. <https://doi.org/10.3961/jpmph.18.238>
- (30) Mohamadloo A; Zarein-Dolab S; Ramezankhani A; Salamzadeh J. The main factors of induced demand for medicine prescription: A qualitative study. *Iran J Pharm Res*. 2019;18(1):479-487. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6487441/>
- (31) Ng TC; Teo CH; Toh JY; Dunn AG; Ng CJ; Ang TF et al. Factors influencing healthcare seeking in patients with dengue: Systematic review. *Trop Med Int Health*. 2022;27(1):13-27. <https://doi.org/10.1111/tmi.13695>
- (32) Peri AM; Bernasconi DP; Galizzi N; Matteelli A; Codecasa L; Giorgio V et al. Determinants of patient and health care services delays for tuberculosis diagnosis in Italy: A cross-sectional observational study. *BMC Infect Dis*. 2018;18:690. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3609-4>
- (33) Thomas RE; Lorenzetti DL. Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5: CD00518. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005188.pub4>
- (34) Walsh JA; Warren KS. Selective primary health care: An interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med*. 1979;301(18):967-974. <https://doi.org/10.1056/NEJM197911013011804>
- (35) Walsh JA; Warren KS. Selective primary health care: An interim strategy for disease control in developing countries. *Soc Sci Med Part C*. 1980;14(2):145-163. [https://doi.org/10.1016/0160-7995\(80\)90034-9](https://doi.org/10.1016/0160-7995(80)90034-9)
- (36) Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. 1978. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- (37) Johnson R; Chang T; Moineddin R; Upshaw T; Crampton N; Wallace E et al. Using primary health care electronic medical records to predict hospitalizations, emergency department visits, and mortality: A systematic review. *J Am Board Fam Med*. 2024;37(4):583-606. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2023.230381R1>
- (38) Bogale TN; Derseh L; Abraham L; Willems H; Metzger J; Abere B et al. Effect of electronic records on mortality among patients in hospital and primary healthcare settings: A systematic review and meta-analyses. *Front. Digit. Health*. 2024;6:1377826. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2024.1377826>
- (39) Budd J. Burnout related to electronic health record use in primary care. *J. Prim. Care Community Health*. 2023;14. <https://doi.org/10.1177/21501319231166921>
- (40) Romaine MA. Use of primary care and specialty providers: Findings from the Medical Expenditure Panel Survey. *J Gen Intern Med*. 2020;35(7):2003-2009. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05773-7>
- (41) Frazee TK; Briggs ADM; Whitcomb EK; Peck KA; Meara E. Role of nurse practitioners in caring for patients with complex health needs. *Med. Care*. 2020;58(10):853-860. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001364>
- (42) Karimi-Shahanjari A; Shakibazadeh E; Rashidian A; Hajimiri K; Glenton C; Noyes J et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;4: CD010412. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010412.pub2>
- (43) Ashcroft R; Bobbette N; Moodie S; Miller J; Adamson K; Smith MA et al. Strengthening collaboration for interprofessional primary care teams: Insights and key learnings from six disciplinary perspectives. *Healthc Manage Forum*. 2024;37(1_suppl):685-755. <https://doi.org/10.1177/08404704241266763>
- (44) Frikha Y; Freeman AR; Côté N; Charette C; Desfossés M. Transformation of primary care settings implementing a co-located team-based care model: A scoping review. *BMC Health Serv. Res*. 2024;24:890. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11291-7>
- (45) Fraher EP. Primary care teams: Past, present and future. *J Am Board Fam Med*. 2020;33(4):495-498. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.04.200260>
- (46) Tandan M; Dunlea S; Cullen W; Bury G. Teamwork and its impact on chronic disease clinical outcomes in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2024;229:88-115. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.01.019>
- (47) Li M; Tang H; Liu X. Primary care team and its association with quality of care for people with multimorbidity: A systematic review. *BMC Prim. Care*. 2023;24:20. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-01968-z>
- (48) Argus G. Sustaining multidisciplinary teams in rural and remote primary care. *Aust J Rural Health*. 2024;32(3):606-607. <https://doi.org/10.1111/ajr.13144>
- (49) Deville-Stoetzel N; Gaboury I; Haggerty J; Breton M. Patients living with social vulnerabilities experience reduced access at team-based primary healthcare clinics. *Healthc. Policy*. 2023;18(4):89-105. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2023.27091>
- (50) Bobbette N; Ouellette-Kuntz H; Tranmer J; Lysaght R; Uffholz LA; Donnelly C. Adults with intellectual and developmental disabilities and interprofessional, team-based primary health care: A scoping review. *JBI Evid Synth*. 2020;18(7):1470-1514. <https://doi.org/10.11124/JBISIR-D-19-00200>

- (51) Hashim MJ. Provision of primary care by specialist physicians: A systematic review. *Fam Med Com Health*. 2020;8:e000247. <https://doi.org/10.1136/fmch-2019-000247>
- (52) Chueiri PS; Gonçalves MR; Hauser L; Wollmann L; Mengue SS; Roman R et al. Reasons for encounter in primary health care in Brazil. *Fam Pract*. 2020;37(5):648-654. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa029>
- (53) Haggerty JL; Reid RJ; Freeman GK; Starfield BH; Adair CE; McKendry R. Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327:1219. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- (54) Stewart M; Brown JB; Weston WW; Freeman TR; Ryan BL; McWilliam CL et al. Patient-Centered Medicine. 4ta edición. Boca Ratón: CRC Press; 2024. <https://doi.org/10.1201/9781003394679>
- (55) Macinko J; Starfield B; Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Serv Res*. 2003;38(3):831-865. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
- (56) Yang Z; Ganguli I; Davis C; Dai M; Shuemaker J; Peterson L et al. Physician- versus practice-level primary care continuity and association with outcomes in Medicare beneficiaries. *Health Serv Res*. 2022;57(4):914-929. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13999>
- (57) Fernandez N; Dory V; Ste-Marie LG; Chaput M; Charlin B; Boucher A. Varying conceptions of competence: An analysis of how health sciences educators define competence. *Med Educ*. 2012;46(4):357-365. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04183.x>
- (58) Matillon Y; LeBoeuf D; Maisonneuve H. Defining and assessing the competence of health care professionals in France. *J Contin Educ Health Prof*. 2005;25(4):290-296. <https://doi.org/10.1002/chp.43>
- (59) Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Primary healthcare. 2025. <https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/primary-healthcare.html>
- (60) Gaber J; Oliver D; Valaitis R; Cleghorn L; Lamarche L; Avilla E et al. Experiences of integrating community volunteers as extensions of the primary care team to help support older adults at home: A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2020;21:92. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01165-2>
- (61) Largey G; Chakraborty S; Tobias T; Briggs P; Mazza D. Audit of referral pathways in the diagnosis of lung cancer: A pilot study. *Aust. J. Prim. Health*. 2013;21(1):106-110. <https://doi.org/10.1071/PY13043>
- (62) Martin-Misener R; Donald F; Rayner J; Carter N; Kilpatrick K; Ziegler E et al. Factors influencing nurse practitioner panel size in team-based primary care: A qualitative case study. *BMC Prim. Care*. 2024;25:304. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02547-6>
- (63) International Labour Office. International Standard Classification of Occupations. ISCO 08. Geneva; 2012. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40dgreports/%40dcomm/%40publ/documents/publication/wcms_172572.pdf
- (64) Sloan AJ; Wise SL; Hopcraft M. Primary care dentistry: An Australian perspective. *J Dent*. 2024;145:104996. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2024.104996>
- (65) He A; Guo Z; Zhang T; Zhang M; Ni Z. The influence mechanism analysis of family doctor team effectiveness: A mixed-method approach. *Int J Qual Health Care*. 2024;36(4):mzae101. <https://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzae101>
- (66) Bhatti S; Bale S; Gul S; Muldoon L; Rayner J. The impact of leadership style in team-based primary care - staff satisfaction and motivation. *BJGP Open*. 2024;8(3):BJGPO.2023.0246. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2023.0246>
- (67) Ndateba I; Wong ST; Beaumier J; Burge F; Martin-Misener R; Hogg W et al. Primary care practice characteristics associated with team functioning in primary care settings in Canada: A practice-based cross-sectional survey. *J Interprof Care*. 2022;37(3):352-361. <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2099359>
- (68) Peduzzi M; Fernandes Agreli HL; da Silva JAM; Hara Koyama MA; Fraccolli LA; Xyrichis A. Team climate and patients' perception of primary healthcare attributes in Brazil: A cross-sectional study. *J Interprof Care*. 2024;38(4):705-712. <https://doi.org/10.1080/13561820.2024.2351006>
- (69) Remtulla R; Hagana A; Houbby N; Ruparell K; Aojula N; Menon A et al. Exploring the barriers and facilitators of psychological safety in primary care teams: A qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):269. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06232-7>
- (70) Abrams R; Jones B; Campbell J; de Lusignan S; Peckham S; Gage H. The effect of general practice team composition and climate on staff and patient experiences: A systematic review. *BJGP Open*. 2024;8(1):BJGPO.2023.0111. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2023.0111>
- (71) Aggarwal M; Hutchison B; Kokorelias KM; Bilgic S; Glazier RH. The impact of remuneration, extrinsic and intrinsic incentives on interprofessional primary care teams: Results from a rapid scoping review. *BMC Prim Care*. 2025;26:25. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02653-5>