



Editorial

Repolitizar la atención primaria: recuperar el abordaje comunitario en la salud pública

Repoliticize primary care: Restoring the community approach to public health

Diana Paola Betancurth-Loaiza¹  * Luz Adriana Suárez-Jaramillo² 

La atención primaria en salud (APS) fue concebida como la estrategia más transformadora y democrática de la salud pública. Desde la Declaración de Alma-Ata (1978)¹ hasta la de Astaná (2018),² su vigencia ha sido reafirmada constantemente por organismos internacionales. La APS se sustenta en tres ejes fundamentales: la prestación de servicios de salud, la acción intersectorial y la participación comunitaria, que buscan garantizar el derecho a la salud desde el territorio.³ No obstante, en Colombia, estos pilares se han debilitado debido al énfasis familiar e instrumental del modelo, lo que ha extraviado el sentido comunitario y político de la estrategia. ¿Cómo recuperar la fuerza transformadora de la APS y devolver a la comunidad su papel como sujeto político de la salud?

En la evolución de la APS, originalmente, la familia se concibió como núcleo de cuidado, soporte emocional y espacio para prácticas cotidianas de salud. Con el tiempo, esa noción se transformó en una unidad operativa de control sanitario, orientada al manejo del riesgo y la vigilancia del comportamiento individual. Este desplazamiento, consolidado en Colombia desde la década de 1990 con la institucionalización del enfoque familiar, refleja una distorsión conceptual en la que la atención se ha concentrado más en el control de factores de riesgo que en la promoción de la salud como práctica social y política.⁴

Mientras la salud familiar responde a un enfoque técnico centrado en el autocuidado y la prevención, la salud comunitaria mantiene un enfoque político y territorial, orientado a la organización social y a la autonomía de las comunidades. La fusión no reflexiva de ambos enfoques ha diluido el sentido comunitario de la APS y ha reducido la participación a un mero instrumento operativo del sistema. Este traslape ha tenido consecuencias profundas sobre la gobernanza y la capacidad de decisión en los sistemas locales y microterritorios de salud, donde se expresa la relación más directa entre las familias, las comunidades y el Estado.⁴

La integración del enfoque familiar y comunitario en el marco normativo colombiano ha mantenido tensiones desde la Ley 1438 de 2011.⁴ Un ejemplo de ello se observa en la implementación de normativas recientes, como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)⁵ y el nuevo modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo.⁶ Aunque, la política PAIS buscó superar la fragmentación asistencial mediante una atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, y propuso la APS con enfoque familiar y comunitario, su aplicación ha sido asimétrica.⁵

El componente familiar se operacionalizó mediante estructuras dotadas de recursos, guías y metas que priorizan la cobertura y la resolución de contingencias clínicas.⁶ En contraste, el componente comunitario se ha reducido al ámbito del Plan de Intervenciones Colectivas, centrado en la

¹Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. diana.betancurth@ucaldas.edu.co - <https://orcid.org/0000-0001-7620-2336>

²Unidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia. Correo: lsuarez@uceva.edu.co - <https://orcid.org/0000-0001-8298-5154>

identificación de riesgos, jornadas y educación sanitaria. Estas iniciativas, aunque necesarias, responden más al cumplimiento normativo que a procesos de participación deliberativa o de cogestión territorial. El nuevo modelo mantiene esta misma tensión: refuerza la adscripción familiar y la continuidad del cuidado, mientras el componente comunitario depende de la ejecución territorial y de la voluntad institucional.^{5,7}

En Colombia, la participación comunitaria en la APS ha visto limitado su alcance, legitimidad y eficacia, convirtiéndose en un instrumento técnico subordinado a la gestión institucional. Las comunidades participan principalmente en espacios consultivos o en actividades –talleres, comités o encuestas– que validan decisiones previamente tomadas por actores institucionales.⁶

Este fenómeno refleja una APS tecnificada que no se democratiza. Las relaciones de poder asimétricas entre el Estado y las comunidades reducen la participación a un ejercicio de consulta sin incidencia real. En lugar de propiciar procesos deliberativos, el modelo promueve una participación administrada, en la que las veedurías actúan como mecanismos de legitimación institucional. La consecuencia directa es la despolitización del trabajo territorial, lo que debilita la apropiación comunitaria del derecho a la salud. Sin participación con poder, la APS deja de ser un proyecto emancipador.^{8,9}

Repolitizar la APS implica restituir el poder a las comunidades sobre sus propias condiciones de vida. La salud familiar no debe sustituir lo comunitario, sino potenciarlo a través del vínculo entre el cuidado cotidiano y la acción colectiva. En este horizonte, la gobernanza colaborativa surge como una alternativa para reequilibrar las relaciones entre instituciones, familias y comunidades. Requiere construir decisiones conjuntas, reconocer las asimetrías de poder y asegurar entornos seguros, transparentes y de representación equitativa.^{1,2}

La evidencia reciente muestra que los sistemas de salud que incorporan mecanismos de gobernanza colaborativa logran mayor legitimidad y sostenibilidad, al integrar a las comunidades como actores políticos y no solo como beneficiarias. Para avanzar hacia este modelo, es necesario fortalecer la formación de mediadores comunitarios y generar evidencia contextual que oriente la toma de decisiones locales. Estos elementos permiten transitar de una participación consultiva hacia una gobernanza comunitaria con capacidad de incidencia real.^{3,4}

El desafío central consiste en recuperar la dimensión política y emancipatoria de la APS. Esto implica reconocer que la salud no se agota en la prestación de servicios, sino que se construye en la interacción social y territorial. Sin participación con poder, la APS se configura como un dispositivo administrativo; pero con gobernanza colaborativa, podrá volver a ser un proyecto de democracia sanitaria y justicia social.⁸

Repolitizar la APS exige devolver la palabra y el poder a las comunidades. “Las familias cuidan, pero las comunidades transforman.” Solo una APS con gobernanza colaborativa podrá recuperar su sentido público, ético y político y volver a ser una estrategia para la vida, la equidad y la justicia social.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. WHO; 1978.
2. World Health Organization, UNICEF. Declaration of Astana on Primary Health Care. Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan, 25-26 October 2018. WHO; 2018.
3. Betancurth-Loaiza DP, Vélez-Álvarez C, Holguín-Zuluaga JA. Enseñanzas y retos para Colombia del Sistema Cubano de Salud y Atención Primaria Orientada a la Comunidad [Lessons and challenges for Colombia from the Cuban Health System and Community-Oriented Primary Health Care]. *Rev Cuba Salud Publica*. 2025;51:e19111.
4. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud [Law 1438 of 2011, whereby the General System of Social Security in Health is reformed]. Bogotá: Congreso de la República de Colombia.
5. Política de Atención Integral en Salud (PAIS) [Comprehensive Health Care Policy]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
6. Resolución 3280 de 2018. Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) [Resolution 3280 of 2018, whereby the technical and operational guidelines for the Integrated Health Care Pathways (RIAS) are adopted]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018.
7. Decreto 858 de 2025. Por el cual se establece el Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo del Sistema de Salud [Decree 858 of 2025, whereby the Preventive, Predictive and Resolutive Model of the Health System is established.]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
8. Luisi DR, Hämel K. Understandings of community participation and empowerment in primary health care in Emilia-Romagna, Italy: A qualitative interview study with practitioners and stakeholders. *Plos One*. 2024;19:e0310137. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310137>
9. Grant A, Hebert-Beirne J, Lofton S, Floyd B, Stiehl E, Kim S. Actualising power sharing in community-led initiatives: insights from community-based organisation leaders in Chicago, USA. *Int J Health Plann Manage*. 2023;38:1757-71. <https://doi.org/10.1002/hpm.3702>