

Perspectivas para las políticas públicas de Atención Primaria en Salud en Suramérica

Perspectives for Primary Health Care public policy in South America

Patty Fidelis de Almeida (<https://orcid.org/0000-0003-1676-3574>)¹
Ligia Giovannella (<https://orcid.org/0000-0002-6522-545X>)²
Simone Schenkman (<https://orcid.org/0000-0003-1140-1056>)³
Cassiano Mendes Franco (<https://orcid.org/0000-0003-1430-6951>)⁴
Petra Oliveira Duarte (<https://orcid.org/0000-0002-6805-0499>)⁵
Natalia Houghton (<https://orcid.org/0009-0002-6887-2676>)⁶
Ernesto Báscolo (<https://orcid.org/0000-0002-4654-5810>)⁶
Aylene Bousquat (<https://orcid.org/0000-0003-2701-1570>)³

Abstract We aim to conduct a comparative analysis of the implementation of PHC in nine South American countries. Three dimensions were highlighted from documentary sources: political commitment, leadership, and governance; care model; and engagement of communities and other stakeholders. The results indicate a formal commitment that places PHC at the center of efforts to achieve universal access. The following can be observed: revitalization processes in public subsystems, based on guaranteeing preventive, promotional, curative and rehabilitation actions; PHC as gatekeeper; emphasis on family and community; assigned population and territory; multidisciplinary teams; and, in some cases, the accent on interculturality expressed in the concept of “buen vivir” (good living). The PHC revitalization processes were affected by political changes. Between progress and setbacks, the segmentation of coverage was not overcome. The current moment seeks to recover more inclusive and broad public policies in the context of the return of the progressive and democratic fields. The dissemination of country experiences can contribute to the development of a comprehensive, integrated, and quality approach to PHC in the Region.

Key words Primary Health Care, Delivery of Health Care, Universal Access to Health Care Services

Resumen El objetivo es realizar un análisis comparativo de la implementación de la APS en nueve países de Suramérica. A partir de fuentes documentales fueron destacadas tres dimensiones: compromiso político, liderazgo y gobernanza; modelo de atención; involucramiento de comunidades y otros actores. Los resultados indican la existencia de compromiso formal que localiza la APS en el centro de los esfuerzos para lograr el acceso universal. Se observan procesos de revitalización en los subsistemas públicos, basados en la garantía de acciones preventivas, promocionales, de cura y rehabilitación; puerta de entrada; enfoque familiar y comunitario; población y territorio adscritos; equipos multiprofesionales, y, en algunos casos, énfasis en la interculturalidad expresada en la concepción de “buen vivir”. Los procesos de revitalización de la APS fueron afectados por cambios políticos. Entre avances y retrocesos, no se logró superar la segmentación de cobertura. El momento actual es de rescate de políticas públicas más inclusivas y amplias, en el contexto de recomposición de los campos progresistas y democráticos. Difundir experiencias de los países puede contribuir para el desarrollo de un enfoque de APS integral, integrada y de calidad en la Región.

Palabras-clave Atención Primaria en Salud, Prestación Integrada de Atención de Salud, Acceso Universal en los Sistemas de Salud

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. R. Marquês de Paraná 303, 3º andar, anexo ao Hospital Universitário Antônio Pedro (Huap), Centro. 24033-900 Niterói RJ Brasil. pattyfidelis@id.uff.br

² Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

⁴ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁵ Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. Recife PE Brasil.

⁶ Health Services and Access Unit, Health Systems and Services Department, Pan American Health Organization/Regional Office for the Americas, World Health Organization. Washington, D.C. USA.

Introducción

El enfoque integral de la Atención Primaria en Salud (APS) se ha convertido en un componente fundamental de la política y de las respuestas a innumerables problemas de salud en países de Suramérica. No obstante, el nivel de desarrollo alcanzado ha sido heterogéneo¹. A partir de la primera década del siglo XXI, con la redemocratización y asunción de gobiernos más progresistas, ganaron protagonismo procesos de revitalización de la APS².

A la agenda gubernamental, se incorporó los desafíos de construir instituciones democráticas y promover la inclusión social en un contexto de intensas disparidades, siendo la lucha contra la pobreza una prioridad. Se han implementado varios programas de asistencia social, incluyendo pensiones no contributivas y transferencias condicionadas de ingresos, rompiendo la relación entre la protección social y el mercado laboral³. En este contexto, la perspectiva de sistemas universales de salud basados en nuevos modelos de APS ha alcanzado mayor visibilidad, a pesar de que no se ha logrado superar la segmentación de la cobertura y la fragmentación de los cuidados⁴.

En 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) propusieron un Marco Operativo que identifica condicionantes estratégicos estructurales y operacionales para el desarrollo de sistemas de salud basados en un enfoque integral de APS⁵. Reafirma la necesidad de fortalecer el liderazgo, la gestión y la gobernanza mediante un énfasis renovado en las Funciones Esenciales de Salud Pública; la capacidad de las redes de atención para ampliar el acceso; además de la expansión sostenible de los recursos públicos para financiar la protección social⁵. Sin embargo, el camino hacia esta propuesta no es trivial y ha enfrentado obstáculos, especialmente con gobiernos conservadores que se instalaron en países de Suramérica en la década de los 2010⁶. Sin duda, analizar las políticas públicas de APS en la región, sus perspectivas y retrocesos, modulados en gran medida por el contexto de las nuevas democracias, es central para la construcción de sistemas de salud basados en la concepción de la salud como derecho.

Este artículo tiene como objetivo realizar un análisis comparativo de la implementación de la APS integral en países seleccionados de América del Sur. En una mirada transversal, se buscó identificar similitudes, contrastar divergencias y aprender lecciones que puedan iluminar las estrategias políticas para la continua construcción de

la APS y garantizar el acceso universal en nuestras frágiles democracias.

Metodología

Para el análisis transversal, fueron priorizadas tres dimensiones del Marco Operativo para la Atención Primaria de Salud – compromiso político, liderazgo y gobernanza; modelo de atención; involucramiento de comunidades y otros actores – tomando como base el documento “*Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens*” – PCH monitoring conceptual framework⁵. Las dimensiones fueron informadas con basis en el estudio “Atención Primaria de Salud en Suramérica” desarrollado por el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) de UNASUR¹ (Cuadro 1). Las dimensiones abarcan condicionantes estructurales y operacionales de la gobernanza y organización de los sistemas de salud basados en el enfoque integral de APS.

Para alcanzar el objetivo se realizó una revisión de nueve de los doce países suramericanos que formaron parte de un estudio anterior⁷⁻¹⁰: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Las fuentes de información y producción de los datos fueron: revisión bibliográfica, análisis de documentos, consultas en los sitios web de los Ministerios de Salud y otros órganos gubernamentales, documentos de organizaciones internacionales. El análisis documental y bibliográfico se complementó con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

El análisis comparativo entre los países, además de un panorama, posibilitó formular lecciones aprendidas de los procesos de reforma identificando desafíos futuros para la transformación y construcción de sistemas de salud resilientes basados en un enfoque de APS integral e integrada.

Resultados

Compromiso político, liderazgo y gobernanza

El liderazgo, el compromiso político y la gobernanza reflejan la existencia de una visión comprensiva y el compromiso formal (políticas, leyes y estructuras) que ubica a la APS en el centro de los esfuerzos para lograr el acceso universal de salud⁵ (Cuadro 1).

Cuadro 1. Marco conceptual adaptado para análisis de condicionantes estratégicos de la APS, 2022.

Dimensiones	Definición	Categorías
Compromiso político, liderazgo y gobernanza	Compromiso político y liderazgo que colocan a la APS en el centro de los esfuerzos para alcanzar la salud universal. Estructuras de gobernanza, modelos de políticas y regulación en apoyo de la APS que construyan alianzas dentro y entre sectores, y promuevan el liderazgo comunitario y la responsabilidad mutua.	Existencia de legislación sobre el derecho a la salud
		Protección social en salud y segmentos de cobertura en salud
		Existencia de política nacional de salud orientada a la APS y al acceso universal
		Atribuciones de las esferas gubernamentales en APS
Modelo de atención	Modelos de atención que promuevan la APS de alta calidad y centrada en las personas y las funciones esenciales de salud pública como el núcleo de los servicios de salud integrados durante toda la vida	Abordajes y modelos de atención en APS
		Diseño de los servicios
		Infraestructura física
		Coordinación de los cuidados e integración de las redes
		Fuerza de trabajo para la APS
		Uso de tecnologías digitales para la salud en la APS
Involucramiento de comunidades y otros actores	Compromiso de las comunidades y otros actores de todos los sectores para definir problemas y soluciones y priorizar acciones a través del diálogo político, valorando políticas y acciones interculturales	Estrategias nacionales, subnacionales y locales para la participación comunitaria
		Mecanismos de coordinación entre sectores con participación y compromiso comunitario
		Interculturalidad

Fuente: Autores con basis en WHO/UNICEF⁵ y Giovannella *et al.*¹.

Legislación sobre el derecho a la salud

Diversos países de Suramérica, en los procesos de democratización, promulgaron nuevas constituciones donde el derecho a la salud debe ser garantizado por el Estado, sin embargo, con diversidad en la amplitud y las responsabilidades de los gobiernos. El derecho universal es explícito en las constituciones nacionales de Brasil (1988), Bolivia (2009) y Ecuador (2009). En Colombia, la Constitución de 1991, consagra el derecho a la salud como un servicio público y responsabilidad del Estado, reconocida por la Corte Constitucional y, la Ley Estatutaria de Salud del 2015, ratifica el derecho a la salud como imprescindible. En Uruguay, fue definido en legislación nacional (2007). En Paraguay, el derecho a la salud se hizo más explícito con la reforma del Sistema Nacional de Salud, en 2008. En Argentina, se establece a partir de declaraciones/pactos internacionales que el país ha ratificado. En Perú, la Constitución define el derecho a la salud con atribuciones mixtas del Estado y mercado. Chile se encuentra en proceso de elaboración de una nueva Constitución con ampliación de los derechos sociales y de salud.

Protección social en salud y segmentos de cobertura en salud

Al presente, como resultado de las reformas de las dos últimas décadas, los sistemas de salud de América del Sur adquirieron diversos contornos, pero no se alcanzó a superar la segmentación de la cobertura con presencia de subsistemas. En estos contextos, la adopción de un enfoque integral de APS requiere una mayor capacidad de rectoría por parte de las autoridades de salud, para coordinar los distintos actores e instituciones responsables de la provisión de los servicios.

El Cuadro 2 sintetiza los segmentos de la protección social en salud en los nueve países.

Existencia de política nacional de salud orientada a la APS

Todos los nueve países destacan la APS en las políticas nacionales como prioridad para la reducción de desigualdades y el logro al acceso universal de la salud, a pesar de persistencia de redes fragmentadas e inequidades en el acceso y coberturas.

Las legislaciones o normativas nacionales fueron actualizadas a partir de la primera década de los años 2000. La institucionalidad es diferenciada, desde la referencia a la APS como base del

Cuadro 2. Segmentos de la protección social en salud en países suramericanos seleccionados, 2022.

País	Seguros sociales (previsión social para trabajadores del mercado formal)	Seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Ministerio de Salud y/esferas gubernamentales subnacionales	Seguros privados y prepagas
Argentina 2019	Obras Sociales Nacionales (35%) Obras Sociales Provinciales (16%) Obra Social de los jubilados - Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) (11,6%)	Garantías explícitas en planes estatales de salud – Plan Nacer y Plan Nacional de Salud	Acceso universal (principalmente para el tercio de la población sin cobertura de Obras Sociales) 35%	Empresas de Medicina Prepaga (13,6%) - afiliación voluntaria en parte vinculadas a Obras Sociales
Bolivia 2021	19 Cajas de Salud	Hasta el 2021: Seguro Universal de Maternidad y Niñez (SUMI) Seguro de Salud del Adulto Mayor (SSPAM)	A partir de 2021 - Sistema Único de Salud para el 51% de la población no cubierto por las Cajas	–
Brasil 2022	–	–	Sistema Único de Salud (SUS) acceso universal formal (100%)	Medicina prepaga (Planes de Salud) y seguros privados voluntarios (pagos por las empresas o individuos) (25%)
Chile 2020	Seguro público contributivo y no contributivo: Fondo Nacional de Salud (Fonasa) (78%)	–	Ministerio de Salud asiste aseguradoras Fonasa	Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) -aseguradoras privadas de afiliación obligatorio (14%)
Colombia 2021	Afiliación a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) Régimen contributivo (seguradoras pueden ser públicas o privadas) (45,3%) Regímenes especiales (4,3%)	Régimen subsidiado (49,3%) (financiado con recursos fiscales y contribuciones)	–	–
Ecuador 2020	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (17,6%) Seguro Social Campesino (6,5%) Fuerzas Armadas y Policía (3,4%)	Seguro Materno infantil hasta 5 años	Acceso universal (70%)	Medicina prepaga (8%)
Paraguay 2019	Instituto de Previsión Social (19%) Sanidad Militar y Policía (2%)	–	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Acceso universal (73%)	Fondos de ahorro, mutualidades de salud, seguros privados (7,5%)
Perú 2022	Seguro Social de Salud EsSalud (25%)	Seguro Integral de Salud SIS (70%)	Cobro en los servicios públicos para los no asegurados	Otros seguros (4%)
Uruguay 2019	Seguro Nacional de Salud / Fonasa total 72,6% (IAMC 51,0%; ASSE 13,2%; Seguros privados 1,9%; Sanidad Militar 3,5%; Sanidad Policial 3%)	–	21,7% ASSE no Fonasa	IAMC privado (4,8%) Seguro privado (0,9%)

ASSE: Administradora de Servicios de Salud del Estado; IAMC: instituciones de Asistencia Médica Colectiva; Fonasa: Fondo Nacional de Salud.

Fuente: Autores.

sistema de salud en la Constitución (Ecuador), leyes nacionales (Bolivia, Colombia, Uruguay) o normativas ministeriales (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay). Siete países - Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú – proponen nuevos modelos asistenciales en APS.

Atribuciones de las esferas gubernamentales en APS

Los países definen directrices políticas y organizan líneas generales para el funcionamiento de la APS desde el nivel nacional. En todos los casos, los ministerios de salud son los principales responsables por la formulación de la política, con excepción de Argentina donde las provincias tienen un rol importante.

En la mayor parte de los países, la provisión de servicios de APS está descentralizada para los departamentos o municipios (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador). En otros, los establecimientos están directamente vinculados al Ministerio de Salud a nivel nacional, como en Paraguay y Uruguay. En los países con diversidad de seguros de salud, las aseguradoras juegan un rol importante. En Colombia, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las autoridades locales tienen atribuciones distintas para definir su propio modelo de organización de la red. En Perú, aunque los gobiernos locales tengan un rol, las administradoras de fondos de aseguramiento contratan servicios públicos o privados para la provisión de un conjunto predefinido de acciones. En Uruguay, la organización de los servicios es distinta entre las entidades públicas (más integral) y privadas (cuidado individual) que componen el sistema integrado de salud.

Modelo de atención

Un enfoque de APS integral requiere implementar modelos de atención que promueven la prestación de servicios de salud de alta calidad, centrados en las personas y en el marco de una provisión integrada a lo largo del curso de vida⁵ (Cuadro 1).

Abordajes y modelos de atención en APS

Entre los países, se observa procesos de revitalización de la APS basados en componentes comunes: garantía de acciones preventivas, promocionales, de cura y rehabilitación; fortalecimiento de la función de puerta de entrada; enfoque familiar y comunitario con población y territorio adscriptos; equipos multiprofesionales, y, en algunos casos, énfasis en la interculturalidad

expresada en la concepción de “buen vivir”, como es el caso de Bolivia y Ecuador. Para las poblaciones con cobertura por seguros, los servicios de APS se centran en el cuidado médico individual a través de consultas ambulatorias. El Cuadro 3 sintetiza los abordajes de APS en los países.

Diseño de los servicios

La territorialización de los servicios de APS con adscripción poblacional por equipos de salud se observa en casi todos los países. En Uruguay, en el caso de la Administración de los Servicios de Salud del Estado hay un padrón de afiliados bajo responsabilidad de cada Red de Atención Primaria, aunque no hay adscripción a sus unidades asistenciales. En Colombia, en el sector público, hay una normativa, desde el 2022, para la conformación del Programa de Equipos Básicos de Salud por parte de las Empresas Sociales del Estado (centros de primer nivel públicos), que deben operar en un territorio definido¹¹. En Bolivia, hay territorialización, pero los usuarios pueden acceder a otros servicios en la práctica, aunque están vinculados geográficamente a un único establecimiento de APS¹². En algunos países, los usuarios tienen que inscribirse en los servicios de APS, como en Chile. Se requiere el registro activo del ciudadano para acceder a los servicios de APS en Bolivia, Chile y Colombia.

El número de habitantes asignados por equipo varía en el propio país como entre los países, con promedios que van de 3.000 en Brasil y 4.000 en Ecuador, hasta 5.000 en Chile y Paraguay. En Colombia, la cantidad de usuarios para cada equipo está definida, pero el lineamiento aun no fue divulgado. En Argentina, la territorialización solo se evidencia en algunos municipios y provincias. En Uruguay no hay adscripción. En todos los países, el número de habitantes asignados por equipo de APS sufre variaciones en función de las características de los territorios, como la pertenencia a áreas rurales y/o de mayor vulnerabilidad social⁷⁻¹⁰.

La prestación de servicios de APS se caracteriza por una composición de los equipos diversificada conforme el tipo de unidad. En todos los países, en los centros de salud, el médico general y el enfermero están presentes. El auxiliar y/o técnico de enfermería, en la mayor parte. Como resultado de las reformas, los países incorporaron el Agente Comunitario de Salud, Promotor de Salud o Técnicos de APS como trabajador, remunerado o voluntario, de los equipos básicos de APS⁷.

Las acciones y servicios en general se ofrecen a través de una cartera o paquete predefinido en

Cuadro 3. Síntesis de las concepciones/modelos de APS en países suramericanos seleccionados, 2022.

Países	Concepciones/modelos de APS
Argentina	“Plan Nacional de Calidad en Salud 2021-2024” y el “Plan de Evaluación y Mejora de la Calidad en el Primer Nivel de Atención” orientan un modelo de APS - centrada en las personas, con alta capacidad resolutoria, continuidad asistencial, enfoque hacia la promoción y la prevención en entornos que favorezcan la seguridad de los usuarios, familias y comunidad, con una organización descentralizada, participación en salud de los pueblos originarios, líneas de cuidado priorizadas, evaluación de resultados y cobertura efectiva.
Bolivia	“Salud Familiar Comunitario Intercultural” (SAFCI) - orientada a la implementación del Sistema Único de Salud por intermedio de la participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad e integralidad. Los profesionales SAFCI responden y reportan a la autoridad del Ministerio de Salud y Deportes do cual emanan instrucciones, prioridades e iniciativas de acción.
Brasil	“Estrategia Salud de la Familia” (ESF). La ESF es de orientación comunitaria e incorpora y se orienta por los atributos de puerta de entrada preferencial, equipos multiprofesionales, participación comunitaria, intersectorialidad, abordaje de los determinantes sociales de la salud, uso de tecnología apropiada y relación costo-beneficio sostenible. Estas orientaciones generales están claras en la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) de 2011 e cambiaron en la actualización de 2017.
Chile	“Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria” (MAIS-FC) - enfoque ampliado de Alma Ata: centrado en las personas, atención integral y continúa operada en los Centros de Salud Familiares (CESFAM) y Comunitarios (CECOSF) por intermedio del fortalecimiento de los equipos básicos de salud, el trabajo en red e intersectorial, gestión local y la participación.
Colombia	Tres modelos de APS, independiente y sin articulación: modelo de atención básica de primer nivel, administrado por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, basado en la gestión del riesgo individual a través de acciones clínicas costo efectivas; modelos implementados por las autoridades locales de salud, que se basan en acciones colectivas o de salud pública, ofertadas sin discriminación; modelos interculturales de los pueblos originarios.
Ecuador	“Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural” (MAIS-FCI) - intervenciones en los ámbitos de promoción y prevención de la salud, acceso equitativo y continuo a servicios integrales, capaces de consolidar el primer nivel de atención como la puerta de entrada al sistema de salud.
Paraguay	“Modelo de Atención Integral en Salud” - perspectiva integral, a través del desarrollo de un primer nivel de atención que incorpora intervenciones de salud pública con un enfoque basado en los derechos humanos, la participación social, el empoderamiento de la comunidad y la colaboración intersectorial, con la integración de programas horizontales de alto impacto sanitario.
Perú	“Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad” (MCI) - (ex-“Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad” - MAIS-BFC) - puerta de entrada a partir de los Establecimientos de Salud del primer nivel con sus acciones extramurales e intramurales, atención integral, con provisión continua y con calidad de una atención orientada a cubrir las necesidades de salud, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de riesgos de los individuos en el contexto de su familia y comunidad y en un marco de corresponsabilidad con el involucrado y los actores sociales.
Uruguay	APS como estrategia. Prioriza el primer nivel de atención con actividades dirigidas a los individuos, familia, comunidad y el medio ambiente, con adecuada resolutoria y atención integral a las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social, equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. El Primer Nivel de Atención (PNA) se organiza en el subsector público como Redes de Atención Primaria (RAP) que son unidades ejecutoras con autonomía de gestión técnica, presupuestal y de la fuerza de trabajo en salud.

Fuente: Autores.

planes o programas, que buscan establecer un estándar esencial de intervenciones y procedimientos accesibles a la población, incluyendo medicamentos básicos. La mayoría de los paí-

ses establece planes de atención/prevención/promoción basados en cursos de vida, desde el embarazo/infancia hasta el adulto mayor, abarcando a mujeres, adolescentes y adultos. En co-

mún, se prevé consultas externas, actividades domiciliarias, vacunación, programas de control de enfermedades infecciosas, atención prenatal, crecimiento/desarrollo infantil y enfermedades crónicas no transmisibles.

Infraestructura física

En los nueve casos, los principales tipos de unidades de APS son centros y puestos de salud, con funcionamiento de lunes a viernes, en general, por intermedio de estructuras públicas gubernamentales. Son observadas iniciativas para aumentar la capacidad resolutoria, y la accesibilidad de los servicios, con la incorporación de métodos diagnósticos, guardia médica de 24 horas, entre otras, sobre todo, en las áreas urbanas. En la mayoría de los países, los puestos de salud operan con profesionales técnicos, con atenciones discontinuadas, en las áreas rurales. En algunos, los proveedores de Seguros Sociales atienden sus afiliados en establecimientos propios, como en Uruguay y Perú. En Colombia las Empresas Sociales del Estado en el sector público suministra atención para los usuarios de los seguros sociales. En algunos casos, unidades móviles de prestación de la APS son estrategias para aumentar el acceso a poblaciones rurales y alejadas.

Coordinación de los cuidados e integración de las redes

En los nueve casos, con excepción de algunas experiencias más localizadas, las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)¹³, no se constituyeron. Los servicios de salud operan en paralelo, para grupos de población segregados por líneas de atención o curso de vida. Los altos niveles de segmentación de los sistemas de salud tornan más complejas la coordinación entre niveles. En ese sentido, algunas iniciativas identificadas para la constitución de las RISS se limitan al segmento público.

También se observan distintas formas de conformación territorial y autoridades sanitarias a cargo de las RISS. En Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador se identifican autoridades regionales (distritales/departamentales/servicios de salud). En Colombia, arreglos fragmentados donde cada aseguradora cubre sus afiliados y en Paraguay, centralizados en el nivel nacional. En el caso de Brasil, las RISS son dependientes de arreglos intermunicipales, en lenta construcción.

El tránsito de informaciones clínicas sigue a cargo de los usuarios cuando las atenciones acontecen en los distintos niveles asistenciales, con discontinuidad. Incluso en países que lograron

(aunque parcialmente) implementar registros electrónicos en la APS (Brasil, Chile, por ejemplo) no hay historia clínica electrónica integrada en toda la red. En Uruguay, la Historia Clínica Electrónica Nacional asegura un conjunto mínimo de datos a los cuales se accede en los diferentes niveles de atención y entre los diferentes prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud, con interoperabilidad sintáctica y semántica¹⁴. Los tiempos de espera no son monitoreados o accesibles públicamente, excepción son Uruguay y Chile^{8,15}.

Las posibilidades de derivación son definidas también por las asimetrías de oferta de servicios, que hace que sean más factibles en las regiones centrales y capitales y más difíciles en las regiones alejadas y rurales.

Fuerza de trabajo para la APS

La densidad de médicos por mil habitantes se distribuye en un amplio rango entre los países. Uruguay y Argentina tienen tasas superiores al promedio de la OCDE¹⁶. Los demás, están por debajo del promedio. Todavía, se pueden distinguir dos grupos: uno más cercano a la media 2,5 – Chile, Brasil, Colombia, Ecuador; y Bolivia, Paraguay y Perú, con mayor restricción¹⁷.

La variación de profesionales es aún más pronunciada con relación a las enfermeras y matronas, incluyendo auxiliares y técnicos. Chile y Brasil (13,3 y 10,1) tienen una relación más alta de profesionales en esta categoría. Algunos países tienen densidades más altas de médicos que de enfermeras, como Argentina, Colombia y Uruguay¹⁷. En cuanto a la densidad de odontólogos y farmacéuticos, las mayores son en Brasil y Chile, además de Uruguay (solo odontólogos)¹⁷ (Tabla 1).

Pese a las diferencias, todos los países de América del Sur tienen un número insuficiente de trabajadores de salud en el sector público, sobre todo en la APS, con énfasis en la categoría médica. No existen estadísticas organizadas sobre la disponibilidad de la fuerza de trabajo para la APS, pero consenso de que la oferta es insuficiente cualitativa y cuantitativamente.

En la mayor parte de los países se define que los médicos generalistas deben actuar en la APS. Sin embargo, son escasos los profesionales con esta especialidad. Una excepción parece ser Ecuador, que registra la especialidad en Salud Familiar y en APS como la tercera más grande del país¹⁸.

Uno de los principales problemas para la fijación de profesionales está en la regulación de las relaciones laborales. Hay diversidad de vínculos

Tabla 1. Indicadores de densidad de fuerza de trabajo en salud, en países suramericanos seleccionados, 2020.

Países	Médicos por 1.000 hab.	Enfermería* y matronas por 1.000 hab.	Dentistas por 1.000 hab.	Farmacéuticos por 1.000 hab.
Argentina	3,98	2,60	-	-
Bolivia	1,59	1,56	0,22	0,22
Brasil	2,16	10,12	1,25	0,68
Chile	2,59	13,33	1,25	0,53
Colombia	2,18	1,33	0,97	-
Ecuador	2,04	2,51	0,3	0,04
Paraguay	1,35	1,66	0,16	0,03
Perú	1,30	2,44	0,18	0,05
Uruguay	5,08	1,94	1,49	-

*Incluye auxiliares y técnicos de enfermería.

Fuente: World Health Statistics - OMS, 2020.

laborales y formas de remuneración, con tendencia a la precarización de las condiciones de trabajo, sin garantías de beneficios sociales. Solamente en Chile y Bolivia la mayoría de los profesionales de APS son funcionarios públicos. En Chile hay una carrera funcional nacional para la APS.

Para enfrentar la insuficiente oferta de médicos, Bolivia, Brasil, Ecuador y Uruguay mantuvieron cooperación con Cuba. Bolivia, además de brindar servicios de APS con profesionales cubanos, promovió la formación de médicos en la Escuela Latinoamericana de Medicina, en Cuba. En Brasil, en 2013, fue creado el Programa Más Médicos, el cual se basó en los ejes de infraestructura, formación y provisión de médicos para a APS. El “Más Médicos” mejoró las tasas de acceso a la salud en el país y contó con un gran contingente de médicos cubanos, 80% del total en 2018¹⁹. El cambio al gobierno conservador en Brasil provocó la ruptura de los acuerdos con Cuba, en 2018.

Uso de tecnologías digitales para la salud en la APS

El uso de tecnologías digitales no está fuertemente desarrollado. Los países documentan sistemas de información sin integración e interoperabilidad con el nivel secundario y terciario y entre prestadores en los diversos segmentos de cobertura, lo que agudiza la fragmentación de los cuidados.

La pandemia del COVID-19 ha hecho más explícita la necesidad de incrementar el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para el cuidado en salud. Varios países han implementado acciones en este sentido, con los recursos de la telemedicina, recetas médicas digita-

les y atención remota a los usuarios (Brasil, Chile, Uruguay), herramientas de tamizaje y seguimiento (Chile, Colombia), información de la población y apoyo a estrategias de vacunación (Argentina), y capacitación virtual de profesionales²⁰⁻²².

Involucramiento de comunidades y otros actores

El involucramiento de las comunidades y actores relevantes de todos los sectores para identificar problemas, definir soluciones, priorizar acciones a través del dialogo, es uno de los determinantes estratégicos para la APS y acceso universal⁵ (Cuadro 1).

Estrategias nacionales, subnacionales y locales para la participación comunitaria

Casi todos los países cuentan con una estructura formal de participación social en salud y tienen prevista la estructura de Consejos de Salud por niveles o territorios. En Bolivia y Ecuador, la concepción del “buen vivir” que orienta la política de salud se expresa en la articulación intersectorial y en las instancias de participación social, con respeto a la identidad cultural de las poblaciones. El Cuadro 4 presenta las estructuras formales de participación social en los países.

Mecanismos de coordinación entre sectores con participación y compromiso comunitario

En general, los países presentan directrices y espacios que favorecen la intersectorialidad. En Argentina, el Consejo Nacional de Coordinación

Cuadro 4. Estrategias de participación social, intersectorialidad e interculturalidad en salud, en países suramericanos seleccionados, 2022.

País	Estructuras formales de participación social en salud	Coordinación con otros sectores	Acción intercultural formal o informal
Argentina	No hay	Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables; Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias / Ministerio de Salud Centros de Integración Comunitaria	Programa Anahí de Salud Indígena
Bolivia	Autoridad Sanitaria Local, Comité Local de Salud, Consejos Social Municipal de Salud, Consejos Social Departamental de Salud, Consejos Social Nacional de Salud	Política de desarrollo social orientada por el “vivir bien”, Equipos SAFCI/Mi Salud desarrollan acciones intersectoriales, Consejos de salud integran otros sectores	La interculturalidad es uno de los pilares de la política SAFCI Enfoque intercultural en centros de salud Acciones del Viceministerio de promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional
Brasil	Consejos Municipales de Salud, Consejos Estatales de Salud, Consejo Nacional de Salud, Conferencias de Salud periódicas	Acciones intersectoriales en políticas y consejos específicos APS de orientación comunitaria territorializada Equipos deben mediar acciones intersectoriales	Subsistema Indígena de Atención a la Salud, Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias
Chile	Consejos Locales de Salud y de los Centros de Desarrollo Local	Acción Intersectorial por la Salud bajo la coordinación del MINSAL y de los gobiernos locales	Política de Salud y Pueblos Indígenas/MINSAL
Colombia	Consejos Territoriales de Aseguramiento Social en Salud; Comités de Participación Comunitaria en Salud, Superintendencias Cívicas; y las Asociaciones de Usuarios	Comisión Intersectorial de Salud Pública para coordinar y concertar con diversos sectores para actuar sobre los determinantes sociales de la salud Comisiones intersectoriales temáticas	Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural
Ecuador	Consejo Nacional de Salud Consejos Ciudadanos, Consejos locales de planificación provincial, municipal y parroquial	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social se encarga de la coordinación intersectorial con los ministerios de deporte, vivienda, educación, medio ambiente, movilidad humana y salud.	Dirección Nacional de Interculturalidad/Ministerio de Salud Pública
Paraguay	Consejo Nacional de Salud, Consejos Regionales y Consejos Locales de Salud, Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas	Equipos de salud familiar deben realizar acciones intersectoriales en su territorio con autogestión impulsando la conformación de Comisiones Vecinales y Consejos de Salud	Dirección de Salud Indígena
Perú	Comités de Administración de Salud Local, en nivel municipal, distrital y provincial	Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 – Programa Perú, País Saludable	Centro Nacional de Salud Intercultural/MINSA
Uruguay	Juntas Nacional de Salud; Juntas Departamentales de Salud, Juntas Locales de Salud.	Uruguay Crece Contigo con acción coordinada entre los ministerios bajo coordinación del Ministerio de Desarrollo Social	Enfermería Intercultural del ONG Idas y Vueltas.

Fuente: Autores.

de Políticas Sociales integra ministerios sociales. En Ecuador, la coordinación de las acciones intersectoriales la realiza el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, con la articulación de varios ministerios, incluido el Ministerio de Salud. Chile, Colombia, Perú y Uruguay también presentan una coordinación más estructurada y específica de la interacción entre sectores. En Brasil, las acciones intersectoriales están presentes en políticas específicas y en el trabajo de los equipos de la ESF. Este es también el caso de Bolivia, donde la intersectorialidad se realiza en las prácticas de los equipos SAFCI; y en Paraguay, donde los equipos de la ESF trabajan para fortalecer las Comisiones y Consejos locales.

Interculturalidad

América del Sur tiene una gran diversidad cultural, con una fuerte presencia de pueblos originarios. El enfoque intercultural y la integración de saberes y prácticas de la medicina tradicional de los pueblos originarios indígenas y campesinos, en especial en Bolivia y Ecuador, está presente en las políticas de salud. Las Constituciones establecen estados plurinacionales y orientan sus políticas por el “buen vivir”. En los otros países, la interculturalidad es desarrollada, principalmente, en programas específicos de salud indígena (Cuadro 4).

Lecciones aprendidas

En muchos países de Suramérica el derecho a la salud está expreso en las Constituciones nacionales, promulgadas en los procesos de democratización. Sin embargo, además del compromiso político, fundamental para el desarrollo de sistemas de salud universales, la garantía del derecho es dependiente de un proceso social más amplio, que involucra valores, normas y una dinámica social que permita su efectiva implementación⁴. La concepción de APS, en general, no ha logrado superar la continuidad de paquetes para grupos específicos y manutención de un sistema de protección social segmentado, a pesar de la ampliación de cobertura del aseguramiento en salud alcanzada en los últimos años. Además, permanece circunscrita al componente público de los sistemas de salud.

Otro reto es que los procesos de implementación en el nivel local no siempre lograron los objetivos más amplios y estructurantes de las políticas nacionales de APS. En Chile, por ejemplo, se reporta un cumplimiento del 56% de los objeti-

vos del MAIS-FC a nivel nacional, con peor desempeño en municipios pequeños, con población rural y mayor porcentaje de pobreza²³. En Brasil, aunque el acceso a la salud ha aumentado y altos porcentajes de usuarios refieren las unidades básicas de salud del SUS como su fuente regular de cuidado, se ha observado una disminución en el número de visitas mensuales por los Agentes Comunitarios de Salud, atención incompleta a usuarios con enfermedades crónicas y limitaciones para garantizar la coordinación asistencial^{24,25}.

Conill *et al.*⁴ advierte que la universalización de la cobertura desde la APS en América del Sur, sin cambiar el modelo de atención, trae riesgos de aumento del consumo de servicios de salud, sin responder a las necesidades de las poblaciones. El diseño territorial de los servicios es una marca en América del Sur, que incorpora la determinación social de la salud y el vínculo con la comunidad^{26,27}. La gran variación en la cantidad de población inscrita, sin embargo, debilita estos aspectos en arreglos con miles de usuarios inscritos por los equipos.

La composición de los equipos multidisciplinarios es expresión de las reformas a favor de una APS renovada. Esta configuración difiere de los países europeos, que tradicionalmente centran la APS en médicos de familia o médicos generales. Los equipos con trabajo multi/interdisciplinario se adaptan mejor a la complejidad de las necesidades de salud, con el potencial de integrar diferentes enfoques²⁸.

Las iniciativas de mejoría y calificación de la infraestructura física y de insumos de los servicios que brindan la APS son parte de las distintas reformas. Las condiciones estructurales de los establecimientos representan un factor determinante para definir la extensión de las prácticas en salud²⁹. La disponibilidad y suficiencia de insumos en los Centros/Puestos de Salud, como pruebas rápidas, medicamentos esenciales y la recolección de material biológico pueden colaborar en la reducción de las desigualdades de acceso. La disponibilidad continua y suficiente de insumos debe ser considerada por las políticas y el financiamiento. No menos importante, es la implementación de prácticas avanzadas de enfermería para aumentar la extensión, coordinación y calidad de la APS³⁰.

Los equipos y equipamientos móviles y puestos de salud podrían ser estructuras capaces de ampliar el acceso en zonas alejadas y rurales, pero, en general, no presentan la estructura física, financiación y de recursos humanos adecuados³¹. Un caso exitoso, por ejemplo, en Brasil, son

los Equipos de Salud Fluviales y Unidades Básicas de Salud Fluvial que desarrollan un papel importante en la asistencia a la población ribereña amazónica³².

La densificación tecnológica y la informatización completa son desafíos no superados para ampliar el alcance y resolución de la APS. Cabe señalar que la disponibilidad de TIC por sí sola no es suficiente para la incorporación al proceso de trabajo de los equipos. El uso efectivo puede ser motivado por la formación continua de los profesionales con la inclusión del tema en los cursos de pregrado, así como la difusión de la herramienta entre los equipos³³.

En los casos estudiados, los Centros de Salud han asumido, gradualmente, la función de coordinador para la derivación a la atención especializada, sin embargo, no se logró la implementación de las RISS. Un factor crucial es el establecimiento de mecanismos de monitoreo, transparencia de las listas de espera y definición de los tiempos máximos estipulados por ley para algunas enfermedades, como en Uruguay y Chile. La adopción ampliada de las TIC combinada con estrategias de acomodación mutua son estrategias de reconocido valor para la promoción del *continuum* asistencial. Además de la disponibilidad de servicios especializados, son necesarios incentivos (financieros y no financieros), protocolos clínicos y gerenciales consensuados y definición de coordinadores de casos. Otro reto es considerar en el diseño de los flujos asistenciales el contexto de los usuarios (disponibilidad de transporte, acceso geográfico, cultural) y sus trayectorias habituales de atención. En este sentido, la garantía del transporte sanitario es un factor crucial para el acceso y continuidad de la atención³⁴.

La relación desbalanceada entre distintas categorías profesionales dificulta que los equipos sean interdisciplinarios. Se han realizado esfuerzos en las políticas públicas para aumentar la disponibilidad de profesionales en los países de América del Sur, con incremento y programas de provisión de médicos, con amplia participación de profesionales cubanos^{22,35}. Sin embargo, permanece el reto de la retención de trabajadores de salud capacitados para ofrecer servicios de calidad a las poblaciones, sobre todo, de áreas remotas y/o desfavorecidas³⁶. Además de la escasez, la distribución es deficiente y favorece las zonas urbanas, en detrimento de las de mayor pobreza, rurales, remotas o fronterizas³⁶.

La inestabilidad de los contratos laborales, con alta rotación de profesionales, dificulta la adhesión e impide la formación de vínculos entre

los equipos, familias y comunidad. Los múltiples y heterogéneos regímenes laborales y la segmentación de los sistemas de salud favorecen la “competencia desleal” por el recurso humano entre las entidades prestadoras públicas y privadas^{7,37}.

Hay consenso que la formación de profesionales es inadecuada y que no está orientada a la APS. La asignación y especialización de los médicos se guían por las necesidades de mercado³⁸. Experiencias de algunos países, aún que incipientes, pueden orientar programas más amplios de formación como las residencias en medicina, enfermería y multiprofesionales en salud familiar comunitaria, de técnicos en APS y de enfermería en práctica avanzada. En sinergia, urge expandir programas de educación continuada para convertir los profesionales que actúan en la APS en generalistas.

La participación comunitaria y social en las acciones y servicios es fundamental para asegurar que el sector salud permanezca alineado con las necesidades de la población, pero también para fortalecer la democracia y los derechos sociales³⁹. La necesidad de garantizar la participación social está presente en las reformas y experiencias de institucionalización de la participación social multinivel, como en Bolivia y Brasil, con canales protegidos por marcos legales.

Otro destaque fundamental para responder a las necesidades de salud, enfrentar el racismo estructural y reducir desigualdades de acceso, es el enfoque intercultural en la APS. La integración de saberes y prácticas de la medicina tradicional de los pueblos originarios está presente en las políticas de salud, en especial en Bolivia y Ecuador. Experiencias exitosas locales de diálogo intercultural y que trabajan hacia la complementariedad entre la medicina ancestral y biomedicina podrían ser mejor visibilizadas y difundidas en la Región.

Como límite del estudio, se destaca el carácter descriptivo de los resultados, construidos principalmente a partir de documentos normativos de los respectivos Ministerios de Salud de los países caso en detrimento de un debate profundizado sobre los condicionantes de las características centrales asumidas por la APS en la Región. Las políticas de financiación, por ejemplo, que expresan objetivamente la prioridad y condicionan el alcance de la APS, son temas prioritarios para futuras investigaciones, a pesar de la indisponibilidad de datos comparables entre los países relacionados con la asignación de recursos y falta de consenso sobre lo que constituye exactamente los gastos en APS. Sin embargo, la principal contribución del estudio es ofrecer un panorama general de la APS

en nueve países latinoamericanos, presentando un conjunto de variables capaces de establecer un marco comparativo amplio dirigido a la construcción de sistemas de salud pública universales.

La crisis por la pandemia de COVID-19 desnudó las debilidades de nuestros sistemas de salud. Las fragilidades de la infraestructura, la insuficiencia de recursos humanos, la dependencia externa de insumos y medicamentos quedaron en evidencia^{21,40,41}. Una visión integrada que aborde la interconexión entre los determinantes sociales, medioambientales, económicos de la salud nunca ha sido tan importante. La colaboración entre múltiples sectores y disciplinas es crucial para responder a los desafíos actuales y futuros de la salud. La pandemia propició procesos de implementación acelerados de innovaciones^{20-22,41,42}, que necesitan de evaluación y difusión.

Pese los desafíos para la APS en nuestra Región, el análisis transversal de los casos permitió identificar fortalezas comunes. Los desafíos son muchos, pero diversos países defienden el derecho a la salud y el acceso universal. El momento es de rescate de las políticas sociales, económicas, ambientales y de recomposición de los campos progresistas y democráticos. Difundir experiencias de los países pueden contribuir para acelerar la aplicación de un enfoque de APS integral e integrada de calidad que aborde los determinantes sociales y las necesidades de las personas, familias y comunidades. En general, se puede afirmar que las perspectivas de la APS en la región contribuyen a la conformación de sistemas de salud resilientes, eficaces y equitativos.

Colaboradores

PF Almeida, L Giovanella, N Houghton, E Báscolo, A Bousquat fueron responsables por la concepción, recolección de datos, análisis y redacción del manuscrito. S Schenkman, CM Franco, PO Duarte participaron en la recolección de datos, interpretación y redacción del manuscrito.

Financiación

Este trabajo fue financiado por el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, Unidad de Atención Primaria de Salud y Provisión Integrada de Servicios (HSS/PH), de la Organización Panamericana de la Salud. PF Almeida, L Giovanella y A Bousquat son becarias de Productividad (PQ) del CNPq.

Referências

- Giovanella L, organizadora. *Atención Primaria de Salud em Suramérica*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2015.
- Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saude Publica* 2017; 33(Supl. 2):e00118816.
- Fleury S. The Welfare State in Latin America: reform, innovation and fatigue. *Cad Saude Publica* 2017; 33(Supl. 2):e00058116.
- Conill EM, Xavier DR, Piola SF, Silvio Silva SF, Barros HSB, Báscolo E. Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. *Cien Saude Colet* 2018; 23(7):2171-2186.
- World Health Organization (WHO). United Nations Children's Fund (UNICEF). *Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens*. Geneva: WHO/UNICEF; 2022.
- Silva FP. O Fim da Onda Rosa e o Neogolpismo na América Latina. *Rev SulAm Cien Política* 2018; 4(2):165-178.
- Giovanella L, Vega-Romero R, Tejerina-Silva H, Almeida PF, Ríos G, Goede H, Acosta-Ramirez N, Oliveira S. Atención primaria de salud en Suramérica. ¿Reorientación hacia el cuidado integral? In: Giovanella, organizadora. *Atención Primaria de Salud em Suramérica*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2015. p. 23-58.
- Ríos G. Atención primaria de salud en Argentina, Paraguay y Uruguay. In: Giovanella, organizadora. *Atención Primaria de Salud em Suramérica*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2015. p. 59-111.
- Tejerina-Silva H. Atención primaria de salud en Bolivia, Ecuador y Venezuela: ¿Transición hacia la atención primaria integral? In: Giovanella L, organizadora. *Atención Primaria de Salud em Suramérica*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2015. p. 111-151.
- Vega Romero R, Acosta Ramírez N. La atención primaria em sistemas de salud basados en el aseguramiento: El caso de Chile, Colombia y Perú. In: Giovanella L, organizadora. *Atención Primaria de Salud em Suramérica*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2015. p. 155-192.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2.206, de 2022. *Por la cual se determinan los criterios de asignación de recursos para apoyar la financiación del Programa de Equipos Básicos de Salud*. Bogotá: Minsalud; 2022.
- Giovanella L, Almeida PF, Perodin A, Le Lez J. *Evaluación de medio término del Proyecto Mejoramiento de las Condiciones de Salud y la Calidad de Vida en el Altiplano Boliviano (PROMESA)*. Representación OPS/OMS en Bolivia, KOICA; 2022.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 2010.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2019.
- Chile. Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Tiempos de Espera No GES en Chile en Modelo de Atención en RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud) 2014-2018*. Santiago: Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2018.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). *Estadísticas en salud* [Internet]. 2019 [acceso 2023 abr 1]. Disponible em: https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_REA-C&lang=en.
- World Health Organization (WHO). *World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: WHO; 2022.
- Ecuador. *Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019)*. Anuario de Recursos y Actividades de Salud; 2019.
- Separavich MA, Couto MT. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e da universalização da atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 2):3435-3446.
- Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramirez N, Parada-Lezcano M, Ríos G, Iturrieta D, Almeida PF, Feo O. ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trab Educ Saude* 2021; 19:e00310142.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Estrategia para el establecimiento de sistemas de salud resilientes y la recuperación en la etapa posterior a la pandemia de COVID-19 a fin de mantener y proteger los logros de la salud pública*. Washington, D.C.: OMS/OPS; 2022.
- Ghiglia MMC. Telemedicina: su rol en las organizaciones de salud. *Rev Med Urug* 2020; 36(4):411-417.
- Moraga-Cortés F, Bahia TC, Prada CA. Gasto em atenção primária à saúde em dois governos do Chile pós-ditadura. *Cad Saude Publica* 2021; 37(3):e00244719.
- Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 1):2543-2556.
- Cruz MJB, Santos AF, Macieira C, Abreu DMX, Machado ATGM, Andrade EIG. Avaliação da ordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais. *Cad Saude Publica* 2022; 38(2):e00088121.
- Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Publica* 2013; 31:13-27.
- Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, Santos RF. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saude Publica* 2019; 35(3):e00012219.
- O'Reilly P, Lee SH, O'Sullivan M, Cullen W, Kennedy C, MacFarlane A. Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLoS One* 2017; 12(5):e0177026. Erratum in: *PLoS One* 2017; 12(7):e0181893.

29. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, van Stralen ACS, Lauer TV, Renata Bernardes David RB. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2739-2748.
30. Organização Pan-Americana da Saúde (OPS). *Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária de saúde*. Washington, DC: OPS; 2018.
31. Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS, Fausto MCR. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2021; 37(11):e00255020.
32. Garnelo L, Parente RCP, Puchiarelli MLR, Correia PC, Torres MV, Herkrath FJ. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health* 2020; 19:54.
33. Damasceno RF, Caldeira AP. Fatores associados à não utilização da teleconsultoria por médicos da Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2019; 24(8):3089-3098.
34. Almeida PF, Santos AMD, Silva Cabral LMD, Anjos EFD, Fausto MCR, Bousquat A. Water, land, and air: how do residents of Brazilian remote rural territories travel to access health services? *Arch Public Health* 2022; 80(1):241.
35. Peña López MA. *Reforma estatal y capacidad institucional: Análisis de la atención primaria de salud en Ecuador (2008-2016)* [tesis]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2019.
36. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saude Publica* 2021; 37(7):e00310520.
37. Artaza-Barrios O. *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina*. Buenos Aires: OPS; 2017.
38. Crespo CF. Chile: nuevos desafíos sanitarios e institucionales en un país en transición. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:e137.
39. Mendonça MHM, Alves MGM, Spadacio C. *Nota técnica: Determinação Social da Saúde e participação social na APS* [Internet]. Rede APS; 2021 [acesso 2023 abr 1]. Disponível em: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/12/NT_DeterminacaoSocial.pdf
40. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe (LC/CRPD.4/3)*. Santiago: CEPAL; 2022.
41. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Informe anual 2020. La salud universal y la pandemia. Sistemas de salud resilientes*. Chile, Washington, D.C.: OPS; 2021.
42. Olaviaga S, Iñarra V, Maceira D. *Talento humano, el recurso más crítico. Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID-19 en la Argentina*. Buenos Aires: Fundar; 2021.

Artículo presentado en 05/03/2023

Aprobado en 01/02/2024

Versión final presentada en 05/02/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva