

# Políticas y organización de la atención primaria de salud en países de América del Sur



**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

Región de las Américas



# Políticas y organización de la atención primaria de salud en países de América del Sur

Washington, D.C., 2025



ISBN: 978-92-75-33054-8 (PDF)

ISBN: 978-92-75-33055-5 (versión impresa)

© **Organización Panamericana de la Salud, 2025**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

**Cita propuesta:** Organización Panamericana de la Salud. Políticas y organización de la atención primaria de salud en países de América del Sur. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275330548>.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

**Ventas, derechos y licencias:** para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

HSS/PH/2025

Fotografías: © OPS

# Índice

<b>Prólogo</b>	<b>vi</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>vii</b>
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Marco de análisis y metodología</b>	<b>6</b>
<b>Compromiso y liderazgo políticos</b>	<b>10</b>
Existencia de legislación sobre el derecho a la salud	11
Protección social de la salud y segmentos de cobertura de la salud	18
<b>Marcos de gobernanza y de políticas</b>	<b>28</b>
Existencia de una política nacional de salud orientada a la atención primaria de salud y al acceso universal de salud	29
Atribuciones de las esferas gubernamentales en atención primaria de salud	37
<b>Financiamiento y asignación de recursos</b>	<b>42</b>
<b>Participación de las comunidades y otras partes interesadas</b>	<b>52</b>
Estrategias nacionales, subnacionales y locales para la participación comunitaria	53
Política y acción intersectorial	58
Interculturalidad	60
<b>Modelos de atención</b>	<b>66</b>
Abordajes y modelos de atención en atención primaria de salud	67
Territorialización de los servicios y equipos interprofesionales de atención primaria de salud	72
Disponibilidad y formación de la fuerza de trabajo para la salud	85
Infraestructura física	93
Coordinación de los cuidados e integración de las redes	96
Uso de tecnologías digitales para la salud en la atención primaria de salud	101
<b>Lecciones aprendidas y recomendaciones</b>	<b>104</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>112</b>
<b>Referencias</b>	<b>115</b>

# Recuadros

<b>Recuadro 1.</b> Concepción del enfoque de la atención primaria de salud	<b>1</b>
<b>Recuadro 2.</b> Evolución de la atención primaria de salud en América del Sur	<b>3</b>

# Cuadros y figuras

<b>Cuadro 1.</b> Mecanismos de la atención primaria de la salud	<b>8</b>
<b>Cuadro 2.</b> Derecho a la salud en la constitución nacional y marcos legales en países seleccionados de América del Sur	<b>14</b>
<b>Cuadro 3.</b> Segmentos de la protección social en salud en países seleccionados de América del Sur	<b>25</b>
<b>Cuadro 4.</b> Atención primaria de salud en la legislación nacional de países seleccionados de América del Sur, 2022	<b>36</b>
<b>Cuadro 5.</b> Indicadores económicos en países seleccionados de América del Sur, 2022	<b>43</b>
<b>Cuadro 6.</b> Legislación sobre la participación formal en salud en países seleccionados de América del Sur	<b>57</b>
<b>Cuadro 7.</b> Estrategias de participación social, intersectorialidad e interculturalidad en salud en países seleccionados de América del Sur	<b>63</b>
<b>Cuadro 8.</b> Concepciones y modelos de atención primaria de salud en países seleccionados de América del Sur, 2022	<b>68</b>
<b>Cuadro 9.</b> Territorialización, adscripción poblacional y número de habitantes asignados por equipo interprofesional de atención primaria de salud en países seleccionados de América del Sur, 2022	<b>73</b>
<b>Cuadro 10.</b> Composición del equipo interprofesional de atención primaria de salud en países seleccionados de América del Sur, 2022	<b>76</b>
<b>Cuadro 11.</b> Acciones y servicios de los equipos interprofesionales de primer nivel de atención en países seleccionados de América del Sur, 2022	<b>80</b>
<b>Cuadro 13.</b> Densidad de fuerza de trabajo de la salud en países seleccionados de América del Sur, último año disponible	<b>86</b>
<b>Cuadro 14.</b> Fuerza de trabajo de atención primaria de salud en países seleccionados de América del Sur, 2014	<b>88</b>
<b>Cuadro 15.</b> Estrategias de formación e incentivos educativos destinadas a los recursos humanos para la salud para la atención primaria de salud en países seleccionados de América del Sur	<b>91</b>
<b>Cuadro 12.</b> Establecimientos de salud en países seleccionados de América del Sur, 2016-2022	<b>96</b>
<b>Figura 1.</b> Teoría del cambio de la atención primaria de salud	<b>7</b>



# Prólogo

La atención primaria de salud (APS) se reconoce de forma generalizada como el pilar fundamental de los sistemas de salud equitativos, resilientes y sostenibles. Su enfoque centrado en las personas y las comunidades, basado en la prevención, la promoción de la salud y la atención integral, equitativa y accesible, la consolida como la estrategia más efectiva para responder a las necesidades de salud de nuestras poblaciones. Este compromiso se ha plasmado en múltiples resoluciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde la Declaración de Alma-Ata hasta la actualidad, y esperamos que continúe ocupando un lugar prioritario en nuestras agendas.

Las iniciativas actuales de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud en la Región de las Américas incorporan, en distintos grados, acciones destinadas a fortalecer el enfoque de la APS. En este contexto, resulta necesario identificar y valorar las lecciones aprendidas a lo largo de estos procesos. En esta publicación se ofrece un análisis detallado de la situación de la APS en nueve países de América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Nuestro objetivo en este informe es examinar aspectos clave como el liderazgo y el compromiso político, los marcos de gobernanza y políticas, el financiamiento y la asignación de recursos, la participación de las comunidades y demás actores, así como los desafíos y oportunidades que plantea el desarrollo de modelos de atención centrados en las personas.

Las lecciones aprendidas recopiladas en este documento son invaluable. Constituyen una herramienta esencial para fortalecer y mejorar las políticas y sistemas de salud en toda la Región, siempre con un enfoque en la APS y con la meta última de alcanzar la salud universal y cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La OPS se enorgullece de liderar y respaldar estas iniciativas, reafirmando su compromiso de trabajar en colaboración con los países de las Américas.

Frente a un futuro lleno de retos, es crucial recordar que la APS es mucho más que una estrategia: es un pilar indispensable para la salud y el desarrollo sostenible. Confío plenamente en que, juntos, podemos lograr transformaciones reales y duraderas en la salud de nuestras poblaciones. Los invito a leer este informe con atención, reflexionar sobre sus hallazgos y actuar en consecuencia. Sigamos uniendo esfuerzos para fortalecer la APS en nuestros sistemas de salud.

**Jarbas Barbosa da Silva Jr.**  
*Director de la Organización  
Panamericana de la Salud*

# Agradecimientos

**Dirección y coordinación:** este informe fue elaborado bajo el liderazgo y las orientaciones de James Fitzgerald, director del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y Ernesto Báscolo, jefe de la unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios. La coordinación técnica estuvo a cargo de Natalia Houghton, oficial técnico en políticas, planificación y evaluación de la APS.

**Equipo de redacción y editorial:** Natalia Houghton, de la OPS; Patty Fidelis de Almeida, del Instituto de Saúde Coletiva de la Universidade Federal Fluminense (Brasil); Lígia Giovanella, de la Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca de la Fundação Oswaldo Cruz (Brasil), y Aylene Bousquat, de la Faculdade de Saúde Pública, de la Universidade de São Paulo (Brasil).

**Equipo de investigación:** Cassiano Mendes Franco, de la Universidade Federal do Rio de Janeiro (Brasil); Diana Carolina Ruiz, del Instituto de Saúde Coletiva de la Universidade Federal de Bahia (Brasil); Gilberto Ríos Ferreira, de la Universidad de la República (Uruguay); Herland Tejerina Silva, de la Universidad Mayor de San Andrés (Bolivia [Estado Plurinacional de]); Petra Oliveira Duarte, de la Universidade Federal de Pernambuco (Brasil); Román Vega Romero, de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali (Colombia), y Simone Schenkman, de la Faculdade de Saúde Pública de la Universidade de São Paulo (Brasil).

**Colaboradores y revisores:** agradecemos la colaboración y revisión del informe por parte de personal y consultores de la sede de la OPS en Washington D.C., incluyendo a Ana Gisela Alarcón, asesora en servicios y respuesta hasta julio del 2023; Jonas Gonseth-Garcia, asesor en calidad de sistemas y servicios de salud; Claudia Pescetto, asesora en economía y financiamiento en salud, y Carina Vance, consultora internacional de la OPS. Se agradece especialmente la revisión y contribución de Benjamín Puertas, jefe de la unidad de Sistemas y Servicios de Salud/Recursos Humanos para la Salud y equipo; Enrique Vega, jefe de la unidad de Sistemas y Servicios de Salud/HSS/HL y Marcelo de Agostino, jefe de unidad. También agradecemos la contribución del personal de las representaciones de la OPS en los países, entre ellos a los asesores en sistemas y servicio de salud Wilson Benia (Uruguay), Alejandra Carrillo Roa (Paraguay), Mario Cruz-Pénate (Chile), Mónica Padilla (Colombia), Julio Pedroza (Bolivia [Estado Plurinacional de], hasta julio del 2023), Sonia Quezada (Argentina), Hernán Rodríguez González (Perú), Roberto Tapia Hidalgo (Brasil, hasta marzo del 2023) y Javier Uribe (Ecuador).



# Introducción

La atención primaria de salud (APS) se erige como un pilar fundamental en la construcción de sistemas de salud equitativos y accesibles, según lo establecido en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y lo reafirmado en la Declaración de Astaná (1). La APS integra los servicios de salud con el desarrollo socioeconómico, fortalece la capacidad de las comunidades para participar en las decisiones del sistema y garantiza el acceso universal y equitativo a los servicios de salud (recuadro 1). Este enfoque se basa en tres elementos esenciales: políticas y acciones intersectoriales, empoderamiento de personas y comunidades, y prestación de servicios de salud integrados, con el primer nivel de atención como punto de entrada en una red integrada de servicios de salud y fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública (FESP) (1).

## RECUADRO 1. Concepción del enfoque de la atención primaria de salud

A pesar de cierto grado de acuerdo sobre los beneficios de la atención primaria de salud (APS) y la reafirmación de los principios de Alma-Ata, persisten algunas imprecisiones y contradicciones conceptuales derivadas de diversos enfoques de la APS en conflicto. Los términos "atención primaria de salud" y "atención primaria" son ejemplos notables de esta situación. Aunque la bibliografía sobre ambos temas es amplia y existe consenso general sobre que denotan conceptos distintos, en ocasiones los dos términos se utilizan de manera intercambiable. En este contexto de discursos divergentes, el concepto de APS se sigue priorizando, posiblemente por la falta de claridad conceptual, lo que permite que en él se incluyan iniciativas que a veces son incluso contrapuestas.<sup>a</sup> Es importante recordar que el enfoque de la APS no es en sí mismo un nivel de atención, sino más bien un enfoque que involucra a toda la sociedad y que busca garantizar el nivel máximo de salud y bienestar, distribuido de manera equitativa. Esto se logra a través de una atención centrada en las necesidades de las personas desde las etapas iniciales del proceso de atención continua, que abarca desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el diagnóstico temprano, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, procurando siempre estar lo más cerca posible del entorno cotidiano de las personas.<sup>b</sup> En consecuencia, en este informe se analizan los mecanismos de la APS que abarcan todos estos tipos de servicios, con un énfasis especial en los factores estratégicos que influyen en una sólida orientación hacia la APS en los sistemas de salud. No obstante, es importante señalar que en algunos de los documentos referenciados en este informe y en ciertos contextos normativos, el término APS se utiliza de forma equivalente para referirse tanto al enfoque de la atención primaria de salud como al primer nivel de atención.

*Notas:* <sup>a</sup> Para más información, véase Giovanella L, Almeida PF. Atenco primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saude Publica*. 2017;33(S2):e001188161. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118816>.

<sup>b</sup> Para más información, véase Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards UHC and the SDGs*. Ginebra: OMS, UNICEF; 2018. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/328065>.

En el contexto actual, la Región enfrenta desafíos significativos en materia de salud pública, evidenciados por la pandemia de COVID-19, que puso de manifiesto las deficiencias estructurales de los sistemas de salud. La APS se presenta como un enfoque esencial para mejorar el acceso y la calidad de los servicios, especialmente en áreas y comunidades desatendidas. Los países de la Región han reconocido la importancia de reorientar sus sistemas hacia un modelo basado en la APS, más recientemente con la aprobación de la 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 (2) y la Política sobre la atención integrada para mejorar los resultados de salud (3).

La relevancia de la APS radica en su capacidad para contribuir al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente el ODS 3, que busca “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Además, la APS es fundamental para hacer efectivo el derecho a la salud, un principio consagrado en las constituciones de numerosos países de la Región. Llevarla a la práctica no solo mejora los indicadores de salud, sino que también fomenta la equidad social y el desarrollo económico sostenible mediante la participación social y la coordinación entre diferentes sectores. El enfoque integral de la APS también busca abordar la fragmentación en la prestación de servicios de salud a través de un proceso continuo que abarca la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico temprano, el tratamiento y la rehabilitación en redes de salud interconectadas (2-5).

Sin embargo, en la Región persisten serios desafíos que obstaculizan la plena implementación de la APS (recuadro 2). La segmentación y fragmentación de los sistemas de salud crean barreras para el acceso equitativo a servicios integrales, mientras que la falta crónica de financiamiento limita la capacidad de expansión y mejora de dichos servicios. Además, la distribución desigual de recursos humanos para la salud,<sup>1</sup> especialmente en las zonas rurales, y la falta de integración entre los diferentes niveles de atención son factores críticos que perpetúan las desigualdades en salud.

La agenda renovada de la APS constituye una oportunidad estratégica para revitalizar el énfasis en el enfoque integral como base para fortalecer los sistemas de salud. Por tanto, resulta esencial examinar y analizar los elementos estratégicos de los sistemas de salud para identificar acciones e intervenciones que permitan acelerar el avance hacia la APS. El objetivo principal de este informe es analizar las políticas y la organización de la APS en varios países seleccionados de América del Sur. Mediante este análisis, se pretende identificar buenas prácticas que hayan demostrado éxito en su implementación, señalar las áreas que requieren atención urgente y proponer recomendaciones concretas para fortalecer la APS.

---

1. Por razones de economía lingüística, se ha utilizado la forma masculina de los nombres en el texto. Aun así, todas las denominaciones incluyen a profesionales de ambos sexos.

Este análisis revela que, aunque todos los países analizados reconocen la importancia de la APS en sus políticas nacionales, la segmentación y fragmentación de sus sistemas de salud supone diversos desafíos para su plena adopción. Aunque existe un reconocimiento creciente de la importancia de la APS y se impulsan iniciativas para mejorarla, las realidades dispares entre los países reflejan una lucha continua por alcanzar un sistema más equitativo y accesible. Los autores de este trabajo esperan que sirva como herramienta útil para los responsables de la toma de decisiones, los profesionales de la salud y demás actores sociales comprometidos con mejorar la salud pública en las Américas, contribuyendo así al objetivo común de alcanzar la salud universal y bienestar para todos.

## **RECUADRO 2. Evolución de la atención primaria de salud en América del Sur**

En los sistemas de salud de América del Sur, destaca la fragmentación de la cobertura de la atención de salud debido a las modalidades predominantes de protección social, lo que ha llevado a una estratificación de los grupos cubiertos. Esto se debe a la diversidad e índices elevados de informalidad del mercado laboral, así como a la persistente exclusión social. Durante la década de 1980 y principios de la de 1990, las políticas de ajuste estructural dieron protagonismo a los programas dirigidos a la expansión de redes de protección social mínima para los más desfavorecidos y a programas de transferencia de ingresos en la agenda social latinoamericana.<sup>a</sup>

En el ámbito de la salud, estas directrices condujeron a una resegmentación mediante subsidios a la demanda, con la creación de seguros para grupos poblacionales específicos, como el maternoinfantil o en pobreza extrema. Estos seguros contemplaban paquetes mínimos de servicios propios de un enfoque selectivo de la APS. Al mismo tiempo, se introdujeron cobros por los servicios públicos de salud, que incluían copagos obligatorios aun para la población de ingresos bajos.<sup>b, c</sup>

Desde la primera década del siglo XXI, los países sudamericanos experimentaron procesos de revitalización de la APS con un enfoque integral, con reafirmación de los principios de Alma-Ata, en el marco de reformas en sus sistemas de salud. No obstante, en la mayoría de los países, su aplicación enfrentó obstáculos importantes debido a la herencia de modelos focalizados de la APS, al papel limitado del Estado en la prestación de servicios, a la selectividad de los usuarios y a inequidades sociales profundas.<sup>a</sup>

Desde mediados de la década del 2000, los objetivos de construir instituciones democráticas y de fomentar la inclusión social se sumaron a la agenda gubernamental. Esto se realizó en un contexto de intensas disparidades y con la lucha contra la pobreza como prioridad. Hubo una ampliación de programas de asistencia social, que incluían pensiones no contributivas y transferencias condicionadas de ingresos, con la desvinculación de la

## RECUADRO 2. Evolución de la atención primaria de salud en América del Sur (continuación)

protección social del mercado laboral.<sup>d</sup> Asimismo, la idea de sistemas de salud públicos y universales basados en nuevos modelos de la APS obtuvo visibilidad.<sup>e</sup>

Hacia mediados de la década del 2010, después de la crisis financiera del 2008, la agenda política de varios países de América del Sur se orientó hacia la austeridad fiscal y la interrupción de programas sociales.<sup>f</sup> Esto resultó en numerosas reformas laborales y de la seguridad social, con fortalecimiento de los sectores privados de los complejos médico-industriales, y la reducción de la protección y el apoyo social.<sup>g</sup>

La pandemia de COVID-19 evidenció las debilidades y carencias históricas de los sistemas de salud de la Región, con su falta de financiamiento, segmentación y fragmentación, lo que impidió una respuesta integral y coordinada a la crisis.<sup>h</sup> El primer nivel de atención, que debería haber sido el punto focal desde el inicio, se vio desplazado por inversiones en unidades de cuidados intensivos y camas hospitalarias. Se desaprovechó el potencial comunitario de las estrategias regionales, aunque las iniciativas locales y municipales tuvieron éxito e introdujeron innovaciones en la atención de la salud.<sup>h</sup> Al mismo tiempo, la mayor cercanía a la población local, con el refuerzo de la monitorización remota a través de teléfonos, medios digitales o visitas a domicilio, y las videoconsultas, constituyeron innovaciones sustentables. El apoyo social y el fortalecimiento de los agentes comunitarios de salud y la vigilancia de la salud en las comunidades marcaron la diferencia para equilibrar la atención y las rutinas relacionadas con la COVID-19, y con prioridad a la integralidad y la continuidad de la atención.<sup>i</sup>

Notas: <sup>a</sup> Para más información, véase Giovanella L, Almeida PF. Atenco primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saude Publica*. 2017;33(S2):e001188161. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118816>.

<sup>b</sup> Para más información, véase Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(3):210-220. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892005000300012&lng=pt&nrm=iso&tling=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000300012&lng=pt&nrm=iso&tling=es).

<sup>c</sup> Para más información, véase Franco-Giraldo A, Palma M, lvarez-Dardet C. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(5):291-299. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rpss/v19n5/a01v19n5.pdf>.

<sup>d</sup> Para más información, véase Fleury S. The Welfare State in Latin America: Reform, Innovation, and Fatigue. *Cad Saude Publica*. 2017;33(S2):e00058116. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00058116>.

<sup>e</sup> Para más información, véase Labont R, Sanders D, Baum F, Schaay N, Packer C, Laplante D et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Dossier Rev Gerenc Politicas Salud*. 2009;8:14-29.

<sup>f</sup> Para más información, véase Fuser I. América Latina: progressismo, retrocesso e resistència. *Saude Debate*. 2018;42(esp3):78-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S307>.

<sup>g</sup> Para más información, véase Silva FP. O fim da onda rosa e o neogolpismo na América Latina. *Revista Sul-Americana de Cincia Política*. 2018;4(2):165-178. Disponible en: <https://doi.org/10.15210/rsulacp.v4i2.14207>.

<sup>h</sup> Para más información, véase Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11362/47922>.

<sup>i</sup> Para más información, véase Medina MG, Giovanella L, Bousquat AEM, Mendonça MHM, Aquino R. Atenco primária  saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saude Publica*. 2020;36(8). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000800502&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000800502&lng=en&nrm=iso).





# Marco de análisis y metodología



El presente análisis se guía por el *Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción*, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (6). Este marco propone 14 mecanismos esenciales para convertir los compromisos mundiales asumidos en la Declaración de Astaná en acciones e intervenciones concretas (figura 1). Estas acciones e intervenciones tienen el potencial de acelerar el fortalecimiento de sistemas con bases en la APS y, en última instancia, de lograr mejoras evidentes en la consecución del objetivo de salud para toda la población.

**FIGURA 1. Teoría del cambio de la atención primaria de salud**



Fuente: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción. Ginebra: OMS, UNICEF; 2022. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/351718>.

El objetivo principal de este informe es analizar los mecanismos de la APS que actúan como factores estratégicos condicionantes de la gobernanza en sistemas de salud fundamentados en la APS, tal como se presenta en el marco conceptual. Esto incluye el compromiso y el liderazgo políticos, los marcos de gobernanza y políticas, el financiamiento y la asignación de recursos, así como la participación de la comunidad y otras partes interesadas. También se ha considerado relevante incluir los mecanismos operativos relacionados con los modelos de atención, ya que estos representan la expresión clave del enfoque de la APS (2-4) (cuadro 1).

## CUADRO 1. Mecanismos de la atención primaria de la salud

Mecanismos estratégicos básicos	Descripción completa
Compromiso y liderazgo políticos	Compromiso y liderazgo políticos que sitúan a la APS en el centro de las iniciativas para lograr la cobertura de salud universal y el reconocimiento de la importante contribución de la APS a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
Marcos de gobernanza y de políticas	Estructuras de gobernanza, marcos de políticas y reglamentación en pro de la APS que establecen alianzas sectoriales e intersectoriales, y promueven el liderazgo comunitario y la rendición de cuentas mutua.
Financiamiento y asignación de recursos	Financiamiento adecuado para la APS, que se moviliza y se asigna con el objetivo de promover la equidad en el acceso, proporcionar una plataforma y un entorno de incentivos para prestar una atención y servicios de alta calidad, y minimizar las dificultades financieras.
Participación de la comunidad y otras partes interesadas	Participación de las comunidades y otras partes interesadas de todos los sectores para definir los problemas y las soluciones y dar prioridad a las acciones mediante un diálogo sobre políticas.
Mecanismo operacional	Descripción completa
Modelos de atención	Modelos de atención que promueven una APS de gran calidad centrada en la persona y funciones esenciales de salud pública como pilar de los servicios de salud integrados a lo largo del curso de la vida.

Fuente: adaptado de Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Primary Health Care Measurement Framework and Indicators: Monitoring Health Systems Through a Primary Health Care Lens. Ginebra: OMS, UNICEF; 2022.

En este trabajo se lleva a cabo un análisis transversal de los cuatro mecanismos estratégicos fundamentales de la APS y los modelos de atención, y se comparan los resultados de cada mecanismo entre los países examinados. En esta comparación se han identificado características generales, similitudes y diferencias, problemas compartidos y experiencias particulares. Se han comparado los enfoques de la APS en los sistemas de salud de Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Estos países se consideran relevantes para las Américas debido a la diversidad de modelos y enfoques en sus sistemas de salud, resultado de reformas significativas para mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios, así como de acciones dirigidas a fortalecer y revitalizar la APS en el contexto de estrategias para abordar problemas sociales y económicos.

Para llevar a cabo este análisis, se realizó una revisión exhaustiva de casos entre agosto y diciembre del 2022. Para ello se utilizaron fuentes diversas, como la revisión bibliográfica, el análisis documental, la consulta de sitios web de los ministerios de salud y otros órganos gubernamentales, así como documentos de organizaciones internacionales. Además, la revisión de casos se basó en los resultados presentados en el documento Atención primaria de salud en Suramérica, desarrollado por el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (7). El análisis documental y la revisión bibliográfica se complementaron con datos del Banco Mundial, la OMS, el UNICEF y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Es importante destacar que la información presentada en este informe refleja la situación a diciembre del 2022.

El análisis comparativo entre países, además de ofrecer una panorámica de la APS, permitió extraer lecciones aprendidas y señalar obstáculos futuros para la transformación y construcción de sistemas de salud resilientes con base en un enfoque integral e integrado de la APS en la Región de las Américas.



# Compromiso y liderazgo políticos



La perspectiva de la APS arroja luz sobre los factores estructurales inherentes a los sistemas de salud, que son esenciales para garantizar una APS integral. La APS es tanto un enfoque como una estrategia fundamentada en los principios del derecho a la salud, la equidad y la solidaridad. Esto conlleva asegurar un acceso universal a servicios de salud integrales y de alta calidad, con eliminación de las barreras de acceso a los servicios de salud y el abordaje de la fragmentación y la segmentación de los sistemas y servicios de salud.

En este contexto, el compromiso y liderazgo políticos demuestran la existencia de una visión comprensiva de la APS y un compromiso formal, plasmado en declaraciones, políticas, leyes y estructuras institucionales. Este compromiso tiene el potencial de situar a la APS en el centro de las acciones para alcanzar la salud universal y reconocer su amplia contribución a los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) (6).

En consecuencia, en este informe el análisis del liderazgo y del compromiso políticos se desglosa en dos componentes: 1) la existencia de legislación relacionada con el derecho a la salud en el país, y 2) la configuración de la protección social de la salud, con sus diferentes segmentos de cobertura poblacional.

## **Existencia de legislación sobre el derecho a la salud**

La mirada sobre los sistemas de salud en diversos países de América del Sur desde la perspectiva de la APS implica comprender su contexto histórico y constitucional. Después de períodos de dictaduras militares con restricción de los derechos civiles, políticos y sociales, algunos de estos países promulgaron nuevas constituciones que reflejaron diferentes enfoques en relación con el derecho a la salud. No obstante, las formas en que esto se expresa y se implementa varían entre los países analizados (cuadro 2).

Chile destaca como la excepción, ya que su Constitución vigente data de 1980, un período de dictadura militar, y en ella no se establece el derecho a la salud como universal y garantizado por el Estado. El país atravesó recientemente un proceso de reforma constitucional para cambiar esta situación, aunque no fue aprobada hasta finales del año 2023. En contraste, en países como Brasil, Bolivia (Estado Plurinacional de) y Ecuador, el derecho universal a la salud está garantizado de manera explícita en sus constituciones nacionales. En el caso de Brasil, en su Constitución, de 1988, que es el resultado de luchas por la democratización, se declara que "la salud es derecho de todos y deber del Estado" y establece el Sistema Único de Salud (SUS) para asegurar el acceso a servicios de calidad, con prioridad en las acciones preventivas (8). Bolivia (Estado Plurinacional de), en su Constitución del Estado Plurinacional del 2009, proclama que "todas las personas tienen derecho a la salud" e instituye un SUS que pretende ser universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, de calidad, con calidez y control social (9). En Ecuador, su Constitución del 2008, modificada en el 2011, reconoce que "la salud es un derecho garantizado por el Estado", y lo asocia con otros derechos fundamentales y guiándose por una visión holística de la sociedad y la naturaleza, como en Bolivia (Estado Plurinacional de) (10).

En Paraguay, la Constitución de 1992 establece que "el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad", pero la noción de derecho a la salud se hizo más explícita en el 2008 con la reforma del Sistema Nacional de Salud, impulsada por principios de la APS y enfocada en la universalidad, la equidad, la integralidad, la interculturalidad y la participación social (11, 12).

Otros países, como Argentina y Colombia, plantean el derecho a la salud en sus constituciones de manera más ambigua. Argentina basa su reconocimiento en la adhesión a instrumentos internacionales, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado en 1986. Además, el derecho a la salud se refleja en regulaciones provinciales que comparten responsabilidades con el Gobierno federal. En este contexto, la salud se concibe como un bien de acceso público y universal para toda la población, incluido el bienestar físico y psicológico, y está en manos del Estado, sobre todo en el contexto de la protección social para grupos vulnerables (13).

Por su parte, Colombia, aunque al principio no consagró la salud como un derecho fundamental en su Constitución del 1991, ha avanzado mediante fallos judiciales y leyes posteriores para fortalecer y definir con mayor claridad este derecho (14). En el 2008, a través de la Sentencia T-760 del 2008 de la Corte Constitucional, se reconoció el derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo (15, 16). Años más tarde, en el 2015, se aprobó la Ley 1751 (Ley Estatutaria de la Salud), que detalla el contenido del derecho fundamental a la salud en Colombia e incluye acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos con principios de oportunidad, accesibilidad, calidad e igualdad (17). A pesar de estos avances, en un análisis de Hernández et al. (16) se argumenta que el derecho a la salud en Colombia parece estar más vinculado a un derecho patrimonial y menos relacionado con la condición ciudadana.

Perú y Uruguay han realizado cambios recientemente en su enfoque de salud. La Constitución de Perú de 1993 establece el derecho a la salud y seguridad social, y se han ampliado los principios de acceso y atención con reformas y leyes. La Constitución menciona el deber del Estado de formular políticas de salud y de garantizar el acceso libre a prestaciones de salud por parte de entidades públicas, privadas o mixtas. En Uruguay, el derecho a la salud ha evolucionado hacia un reconocimiento más universal a través de leyes y reformas que establecen el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) desde el 2007. La Constitución de Uruguay de 1997 establece la responsabilidad general del Estado en la orientación de la política de salud y garantiza el acceso solo a quienes carecen de recursos suficientes (18). En el 2007, el derecho universal a la salud se concretó mediante la Ley 18211, que creó el SNIS, definió la salud como un derecho de todos los residentes y promovió la cobertura universal (19).

Es fundamental destacar que la perspectiva de la APS en los sistemas de salud estudiados no solo depende de los principios plasmados en sus constituciones, sino también de las políticas y reformas aplicadas para hacer efectivo este derecho fundamental (cuadro 2). Cada país ha abordado este desafío de manera única, pero en general, se observa un creciente

reconocimiento de la importancia de la salud como derecho fundamental para el bienestar de la sociedad.



## CUADRO 2. Derecho a la salud en la constitución nacional y marcos legales en países seleccionados de América del Sur

País	Marco constitucional de la salud: principios y valores del sistema de salud
<b>Argentina</b>	<b>Constitución Nacional: 1994</b> El derecho a la salud no se menciona de manera explícita en la Constitución, pero su garantía se fundamenta en diversos capítulos relativos al seguro social, al ambiente y a la protección del consumo. El derecho a la salud se establece por la adhesión a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 25) y al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por Argentina en 1986.
<b>Bolivia (Estado Plurinacional de)</b>	<b>Constitución Nacional: 2009 (Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia)</b> <b>Artículo 18.</b> Todas las personas tienen derecho a la salud. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. <b>Artículo 35.</b> El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y Pueblos Indígenas originarios campesinos. <b>Artículo 36.</b> El Estado garantizará el acceso al Seguro Universal de Salud. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud y lo regulará mediante ley. <b>Principios y valores:</b> la dignidad humana, la justicia, la igualdad, la libertad y el pluralismo político. Los principios ético-morales de la sociedad plural son: <i>ama qhilla, ama llulla, ama suwa</i> (no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón), <i>suma qamaña</i> (vivir bien), <i>ñandereko</i> (vida armoniosa), <i>teko kavi</i> (vida buena), <i>ivi maraei</i> (tierra sin mal) y <i>qhapaj ñan</i> (camino o vida noble).
<b>Brasil</b>	<b>Constitución Nacional: 1988</b> <b>Artículo 196.</b> La salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizado por medio de políticas sociales y económicas que tengan por objetivo la reducción del riesgo de enfermedades y de otros daños y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación. <b>Artículo 198.</b> Las acciones y servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada y constituyen un sistema único, organizado de acuerdo con las siguientes directrices: descentralización, con dirección única en cada esfera de gobierno; atención integral, con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales, y participación de la comunidad.

## CUADRO 2. Derecho a la salud en la constitución nacional y marcos legales en países seleccionados de América del Sur (continuación)

País	Marco constitucional de la salud: principios y valores del sistema de salud
Chile	<p><b>Constitución Nacional: 1980</b></p> <p><b>Artículo 19 § 9.</b> El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado.</p>
Colombia	<p><b>Constitución Nacional: 1991</b></p> <p><b>Artículo 48.</b> Define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio y como un derecho irrenunciable de los habitantes, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.</p> <p><b>Artículo 49.</b> La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Asimismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.</p> <p><b>Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional:</b> define la salud como derecho fundamental autónomo. Ordena definir el contenido del derecho fundamental a la salud y unificar los planes de beneficios, entre otros.</p> <p><b>Ley 1751 del 2015 (Ley Estatutaria de la Salud):</b> define el contenido del derecho fundamental a la salud siguiendo los principios de oportunidad, disponibilidad, accesibilidad, aceptación, eficacia y calidad, e igualdad en el trato y acceso a acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.</p>

## CUADRO 2. Derecho a la salud en la constitución nacional y marcos legales en países seleccionados de América del Sur (continuación)

País	Marco constitucional de la salud: principios y valores del sistema de salud
Ecuador	<p><b>Constitución Nacional: 2008</b> <b>Artículo 32.</b> La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. <b>Artículo 362.</b> Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. <b>Principios:</b> equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.</p>
Paraguay	<p><b>Constitución Nacional: 1992</b> Los artículos 6, 7, 68, 69 de la Constitución se refieren al derecho a la salud: “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. En el artículo 68 se establece que toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto de la dignidad humana”. El artículo 6 se refiere a la “calidad de vida” reconoce factores condicionantes, como la extrema pobreza, y plantea la investigación sobre factores poblacionales y vínculos con el desarrollo económico social, la preservación del ambiente y la calidad de vida. El artículo 7 define el derecho a un ambiente saludable. El artículo 69 se refiere el Sistema Nacional de Salud como el ejecutor de acciones sanitarias integradas que concierten, coordinen y complementen programas y recursos del sector público y privado. <b>Políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad:</b> la Propuesta para el cambio (2008-2013) define el proceso de reorientación del Sistema Nacional de Salud con base en principios orientadores de universalidad, equidad, integridad, interculturalidad y participación social.</p>

## CUADRO 2. Derecho a la salud en la constitución nacional y marcos legales en países seleccionados de América del Sur (continuación)

País	Marco constitucional de la salud: principios y valores del sistema de salud
Perú	<p><b>Constitución Nacional: 1993</b></p> <p><b>Artículo 7.</b> sobre el derecho a la salud y protección al discapacitado: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma, a causa de una deficiencia física o mental, tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”.</p> <p><b>Artículo 9.</b> El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”.</p> <p><b>Artículo 10.</b> El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.</p> <p><b>Artículo 11.</b> El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.</p>
Uruguay	<p><b>Constitución Nacional: 1997</b></p> <p><b>Artículo 44.</b> Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistir en caso de enfermedad. establece que el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. Describe la competencia del Estado para la orientación de la política de salud.</p> <p><b>Ley 18211 del 2007:</b> crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y define la salud como derecho de todos los habitantes residentes en el país con universalización de la cobertura.</p> <p><b>Principios rectores del SNIS:</b> la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida; la intersectorialidad; la cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud; la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; la orientación preventiva e integral; la participación social de trabajadores y usuarios; y la solidaridad en el financiamiento.</p>

Fuentes: Asamblea Legislativa del Estado Plurinacional de Bolivia. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 7 de febrero del 2009; Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. Constitución Política de la República del Ecuador. Registro Oficial N.º 449, 20 de octubre del 2008; Congreso Constituyente del Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, 5 de octubre de 1988; Giovanella L, Ruiz G, Feo O, Tobar S, Faria M. Sistemas de salud en América del Sur. En: Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Río de Janeiro: ISAQS; 2012:21-69. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biolinef/2019/10/816019/678763-sistemas-de-salud-en-america-del-sur.pdf>; Legisalud Argentina. Legislación en salud de la República Argentina [Internet]. Buenos Aires: Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación; s.f. Disponible en: <http://legi.msal.gov.ar/>; Presidencia de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Gaceta Constitucional N.º 116 de 20 de julio de 1991; Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. Ley N.º 18211: creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Diario Oficial N.º 27 384, 13 de diciembre del 2007.

## Protección social de la salud y segmentos de cobertura de la salud

La diversidad en las configuraciones y el nivel de segmentación de los sistemas de salud en América del Sur ejerce una influencia significativa en la viabilidad de adoptar un enfoque integral de la APS, y asegurar así un acceso universal, efectivo e integral a servicios de salud de alta calidad. En la actualidad, debido a las configuraciones históricas y las reformas a lo largo del tiempo en la Región, los sistemas de salud en América del Sur han adoptado diversas formas, pero todavía prevalecen los sistemas segmentados, en coexistencia de varios subsistemas. Cada uno de estos subsistemas tiene distintas reglas de financiamiento y afiliación.

Estas divisiones han llevado a una fragmentación estructural en la provisión de servicios de salud, que se manifiesta de diversas maneras en su organización y administración. En este contexto, la adopción de un enfoque integral de la APS requiere una mayor capacidad de liderazgo y rectoría por parte de las autoridades de salud con vistas a coordinar a los diversos actores e instituciones responsables de la prestación de servicios de salud.

Un ejemplo es el de Argentina, donde la protección de la salud se organiza en tres segmentos principales de cobertura: público, seguro social y privado. El sector público incluye los ministerios nacionales y provinciales, así como la red de hospitales y centros de salud públicos que ofrecen atención gratuita a quienes la necesiten, en su mayoría a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Este sistema se basa en una estructura política federal descentralizada, en la que las provincias ejercen su autonomía en la administración y provisión de servicios de salud (20). Se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados.

El seguro social obligatorio se organiza en cajas, conocidas como obras sociales, que brindan servicios a los trabajadores y sus familias en tres modalidades principales:

1. Cerca de 300 obras sociales nacionales, organizadas por sector de actividad económica, con afiliación obligatoria a tipos específicos de cajas.
2. Veinticuatro obras sociales provinciales que atienden a los empleados públicos de cada provincia.
3. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que supervisa el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), la obra social que cubre a los jubilados del sistema de seguridad social y sus familias.

Estas obras sociales se financian a través de contribuciones tanto de los trabajadores como de los empleadores, y en su mayoría, operan mediante acuerdos con proveedores privados (21, 22). Las obras sociales nacionales están vinculadas a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), la entidad que establece el contenido y el precio de los ítems contemplados en el Programa Médico Obligatorio (PMO) que todas las obras sociales deben ofrecer a sus beneficiarios.

En el contexto regional, Argentina destaca por tener una de las coberturas más amplias de seguro social solidario basado en empleo formal, que alcanzaba al 62,7% de la población en el 2019. Sin embargo, esta cobertura se encuentra muy concentrada en diversas instituciones (23). Aunque las obras sociales tienen el compromiso legal de garantizar una amplia gama de derechos, la regulación y aplicación de estos derechos es insuficiente (22). El sector privado de la salud está compuesto por empresas de seguros voluntarios y empresas de medicina prepaga, que brindan cobertura a 13,6% de la población en el 2019 (23).

Dentro de los tres subsectores mencionados, solo el sistema de salud público asume la responsabilidad de la cobertura universal y desempeña un papel central en el desarrollo de la APS. Este sistema está muy descentralizado hacia las provincias, lo que ha resultado en niveles significativos de desigualdad. El sector público es el principal impulsor de las políticas de la APS, así como de la prestación de los servicios del primer nivel de atención y de las medidas preventivas en todo el país (24). La cobertura del sistema público abarca aproximadamente a un tercio de la población.

En contraste, Bolivia (Estado Plurinacional de) ha buscado un camino hacia la cobertura universal a través del SUS, promulgado en la Constitución del 2009 y reglamentado en el 2019 (25), pero en vigencia desde fines del 2021 después de enfrentar algunos problemas políticos y la oposición de algunos gremios profesionales. El SUS tiene como objetivo ofrecer atención integral y gratuita a la población boliviana, y reemplazar así a los sistemas antes segmentados.

Antes del SUS, la protección social en salud en Bolivia (Estado Plurinacional de) se dividía en tres sectores:

1. Trabajadores asalariados (asegurados por 19 cajas de salud) que contribuían según sus sueldos.
2. Seguros públicos focalizados: Seguro Universal de Maternidad y Niñez (SUMI) para embarazadas y menores de cinco años y Seguro de Salud del Adulto Mayor (SSPAM) para mayores de 60 años.
3. Pago directo o seguros privados para quienes podían costearlo.

En el 2021, la Ley del SUS eliminó la segmentación, lo que permitió brindar atención integral gratuita en el subsector público de salud a la población no cubierta por la seguridad social de corto plazo (aproximadamente el 51% de la población), con la discontinuación de seguros focalizados. La Ley estableció la atención gratuita, integral y universal en establecimientos de salud públicos. El financiamiento de los servicios de alta complejidad pasó al Ministerio de Salud y Deportes en lugar de quedar a cargo de municipios y departamentos, y se cambió la forma de financiamiento a un presupuesto por pago capitolativo prospectivo, aún en vías de aplicación.

La Ley del SUS se basa en la eficacia, la equidad, la universalidad, la gratuidad, la integralidad, la interculturalidad, la intersectorialidad, la solidaridad y la progresividad. Pone en marcha

servicios de salud de manera gradual y progresiva bajo la política de salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI) y protección financiera de salud, reglamentada por el Ministerio de Salud y Deportes (25). De esta forma, se pretende reducir la fragmentación y avanzar en integración y coordinación del sistema de salud, con la participación del nivel central del Estado y de las entidades territoriales autónomas.

De manera similar, en Brasil, el SUS, establecido en el 1988, opera bajo principios de universalidad, equidad, integralidad y descentralización. A pesar de la disponibilidad de la universalidad del SUS, alrededor de una cuarta parte de la población utiliza atención privada en adición, o en sustitución del SUS (26, 27). El SUS nació de la unificación de los servicios públicos del Ministerio de Salud con el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social, antes reservado a afiliados contribuyentes y sus familias. Este sistema descentralizado involucra a la Unión (Gobierno federal constituido por el Ministerio de Salud y Consejo Nacional de Salud [CNS]), a estados y municipios en una gestión tripartita. Proporciona desde acciones de promoción y prevención hasta atención cuaternaria y trasplantes de órganos a través de redes de atención gratuita y oportuna.

La creación del SUS descentralizó la atención de la salud a nivel municipal, lo cual requirió una transformación institucional y financiera. Cada municipio estableció una secretaría municipal de salud para garantizar la atención a sus habitantes y colaborar en el financiamiento de los servicios, en coordinación con estados y municipios vecinos. Cuando se hizo efectiva su aplicación, el SUS se encontró con una red de atención de salud y un financiamiento insuficientes, y con la dependencia del sector privado (28). A pesar de ello, se logró un acceso universal, donde aproximadamente el 75% de la población utiliza solo el SUS, mientras que el resto posee cobertura dual a través de seguros privados. El sector privado ofrece servicios tanto al SUS como a planes de salud privados, y el acceso se basa en la capacidad de pago, en general vinculada con el empleo (26, 27).

En Chile, el sistema de protección social en salud se basa en un enfoque de aseguramiento dual y segmentado en dos subsectores principales. Por un lado, las instituciones de salud previsional (ISAPRE) aseguran a los trabajadores del mercado formal con ingresos más altos mediante el cobro de primas adicionales a las contribuciones de los empleados. En este sector privado se incluyen clínicas, centros médicos privados, laboratorios y farmacias. Por otro lado, el sistema público de salud en Chile se organiza a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud y comprende el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es la aseguradora pública que cubre a trabajadores formales e independientes con ingresos más bajos y a grupos poblacionales no vinculados al mercado formal (29). Este sistema dual repercute en la desigualdad de la cobertura y del acceso. Las personas con ingresos más altos y menores riesgos tienden a optar por el segmento privado (ISAPRE), mientras que el FONASA cubre a la mayoría de la población, pero con menos recursos (30).

A lo largo de los años 2000, tras la democratización, los gobiernos de la Concertación impulsaron reformas para fortalecer el sistema público de salud. El Plan de Acceso Universal

con Garantías Explícitas (AUGE), también conocido como Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), garantizó el acceso, la calidad y el financiamiento de 85 condiciones de salud para personas usuarias de los sistemas público y privado (29). Otras reformas incluyeron la separación de funciones en el Ministerio de Salud, la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS-FC) (31), y un mayor control estatal para asegurar el cumplimiento de garantías (32). A pesar de estos avances, persisten desafíos en la equidad y el acceso igualitario a la atención médica en Chile (30).

En Colombia, la protección social de la salud se apoya en un sistema de aseguramiento obligatorio, el Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido por la Ley 100 de 1993 (16). Este sistema comprende dos regímenes: el contributivo, para quienes pueden pagar, y el subsidiado, para aquellos sin capacidad de pago, determinada a través del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (16, 33). En el 2022, la cobertura era del 45,8% en el régimen contributivo, del 49,8% en el subsidiado y del 4,4% en los regímenes especiales. La gestión de recursos para la atención de salud se realiza a través de empresas administradoras de planes de beneficios de salud (EAPB), ya sean privadas, públicas o mixtas, que reciben fondos públicos por cada afiliado a través de la unidad de pago por capitación (UPC). Estas EAPB contratan instituciones privadas (IPS) o públicas (ESE) para proporcionar servicios de salud de acuerdo con un plan de beneficios de salud (16, 33). Sin embargo, existe una desigualdad en los planes de beneficios entre los dos regímenes debido a sus diferencias de capacidad de pago, a pesar de las acciones llevadas a cabo desde el 2008 para igualarlos (16, 33).

En el 2023, el Gobierno propuso un proyecto de ley para transformar el sistema de salud colombiano, aunque a la fecha no se ha aprobado. La idea central es que los recursos de salud sean administrados públicamente en un fondo único público de salud, supervisado por la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES), y eliminar las EAPB, como los intermediarios financieros y las aseguradoras. También se pretende eliminar los copagos y las cuotas moderadoras para facilitar el acceso a los servicios de salud. Las EAPB que cumplan con ciertos estándares podrían administrar centros de atención primaria de salud, así como sistemas de referencia y contrarreferencia. Además, se propone un cambio hacia un enfoque preventivo en la atención de salud a través de redes integradas e integrales de servicios de salud (RIISS) en áreas específicas. Los centros de atención primaria integral resolutive en salud (CAPIRS) serían la puerta de entrada a estas RIISS, y ofrecerían servicios básicos, diagnóstico, promoción de la salud, prevención de enfermedades y referencia a servicios más complejos, al tiempo que fomentarían la participación social. Todas las personas deberían inscribirse en un CAPIRS según su lugar de residencia (34).

Ecuador, por su parte, ha transitado desde la segmentación hacia la integración, donde la Red Pública Integral de Salud combina desde el 2011 los subsistemas de seguridad social y servicios públicos de salud. El sector público incluye al Ministerio de Salud Pública (MSP) y a los servicios de salud de los gobiernos autónomos descentralizados. Por otro lado, los seguros sociales forman parte del Sistema Nacional de Seguridad Social y atienden principalmente al sector formal del mercado laboral, a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y

el Seguro Social Campesino (35). El sistema prioriza la atención primaria y la promoción de la salud, pero aún enfrenta desafíos en cuanto a la calidad y accesibilidad de los servicios. La cobertura de la seguridad social en Ecuador aún es limitada y cubre a menos de 25% de la población. La gran mayoría de las personas, aproximadamente el 70%, depende de los servicios públicos de salud. En la década del 2000 se impulsaron iniciativas para superar esta división entre los sistemas, aunque este objetivo se enfrentó a varios problemas (36, 37).

En Paraguay, la protección social de la salud se caracteriza por la existencia de múltiples subsistemas con diferentes formas de afiliación, financiamiento y prestación de servicios, lo que crea una segmentación en el sistema de salud (38). Esta fragmentación ha resultado en exclusiones y brechas en la atención médica, que se hicieron evidentes durante la pandemia de la COVID-19 (39). El sector público está representado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), así como por servicios de salud a nivel local a cargo de gobernaciones y municipios. El MSPyBS desempeña funciones de liderazgo, prestación de servicios y financiamiento; es el principal proveedor de atención médica en el país y cubre a aproximadamente el 73% de la población, en su mayoría con fondos fiscales. Sin embargo, aún existe un 30% de personas que no tiene acceso a servicios de salud en Paraguay (12, 40, 41).

El Instituto de Previsión Social (IPS) es el organismo encargado de la seguridad social para los trabajadores formales y se encarga de la afiliación, la prestación de servicios y el financiamiento. Este sistema se financia mediante contribuciones de la seguridad social, aportadas por empleados y empleadores en función de su tipo de trabajo e ingresos. El IPS cubre a aproximadamente el 19% de la población paraguaya, e incluye tanto a trabajadores del sector público como del sector privado (41). Además, el sistema público de salud incluye las sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía, que atienden al 2% de la población, así como a la Universidad Nacional de Asunción, cuyo Hospital de Clínicas se enfoca principalmente en atender a personas de bajos recursos.

Perú, por su parte, opera bajo un sistema mixto en el que múltiples aseguradoras compiten para cubrir a la población. A pesar de los esfuerzos de reforma de la atención de salud durante las últimas décadas, con el objetivo de lograr un aseguramiento universal (11), el sistema de protección social de la salud presenta una marcada segmentación que se divide en cuatro subsistemas: 1) el seguro social, 2) el Seguro Integral de Salud (SIS), 3) la asistencia pública y 4) el sector privado.

Este modelo de aseguramiento se estableció mediante la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud del 2009, que promovió el aseguramiento universal progresivo, aunque mantuvo la separación del sistema en organizaciones específicas y creó las instituciones administradoras de fondos del aseguramiento en salud (IAFAS) para gestionar el financiamiento y la prestación de un conjunto de servicios de salud predefinidos.

Los segmentos del sistema son los que se describen a continuación:

- El seguro social de salud (EsSalud), establecido en el 1936, que cubre a los trabajadores del sector formal de la economía a través de un régimen contributivo y cuenta con su propia red de establecimientos de salud.
- El seguro integral de salud (SIS), un seguro público focalizado para la población en situación de pobreza, creado en el 2002 con base en la unificación del seguro escolar obligatorio y el seguro maternoinfantil, que ofrece un paquete básico de prestaciones. Este sistema consta de dos regímenes: 1) el subsidiado, financiado por el Gobierno y dirigido a la población pobre, y 2) el semicontributivo, con financiamiento mixto (público y privado) destinado a personas de bajos ingresos (19).

La asistencia a los asegurados por el SIS está a cargo del subsistema de asistencia pública, que incluye establecimientos de salud bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y redes de atención supervisadas por entidades descentralizadas. Algunos datos recientes señalan que la cobertura de salud llegó al 95,16% en el 2021, resultado de la progresiva inclusión de población en el SIS y de los avances normativos del 2019 y el 2021 (42), lo que representa un aumento de más de cincuenta puntos porcentuales en una década.

Por último, en Uruguay, el sistema de protección social en salud ha avanzado significativamente. Antes del 2007, se encontraba fragmentado y cubría, en su mayoría, a trabajadores del mercado formal a través de la seguridad social y a través de instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC). Esto dejaba a algunas personas sin cobertura, que dependían de los servicios públicos ofrecidos por la ASSE, lo que resultaba en desigualdades en el acceso. Desde el cambio de Gobierno en el 2005, se impulsó una reforma que, dos años después, integró la red pública de la ASSE y las IAMC bajo una misma estructura de gestión, con la creación del SNIS, un seguro nacional de salud y un Fondo Nacional de Salud (FONASA). El objetivo era reducir las desigualdades de acceso y lograr, de manera gradual, una cobertura de salud y un acceso universal a la salud (43, 44). El SNIS se financia mediante el Seguro Nacional de Salud (SNS), que recibe aportes de trabajadores, empresas y el Estado. Bajo esta misma regulación estatal, se integran las IAMC, la ASSE y algunos seguros privados integrales.

Un Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) establece las prestaciones que todas estas instituciones deben garantizar a sus beneficiarios, obligaciones que son las mismas tanto para los proveedores públicos como los privados en el SNIS. En el SNIS, los trabajadores del mercado formal (alrededor de un millón y medio de personas) pueden elegir si cotizan para una IAMC o para la ASSE, lo que también incluye la cobertura para sus hijos menores de 18 años, sus cónyuges y las personas mayores de edad con discapacidad. Por otro lado, la población sin recursos o no vinculada al mercado formal se afilia a la ASSE. Esta reforma ha ampliado de manera significativa las coberturas y ha promovido un financiamiento más solidario del sistema de salud, con una inversión pública del 6,6% del PBI, con una reducción del gasto directo de los ciudadanos del 20% y un aumento del financiamiento público para

facilitar el acceso a los servicios de salud (43). En la actualidad, la cobertura del SNIS es casi universal, 98,6% de la población tiene derechos en alguno de los prestadores integrales de salud que forman parte del sistema y del PIAS. El seguro nacional de salud cubre a 72,6% de la población, mientras que la ASSE, financiada mediante los impuestos, atiende a cerca de un cuarto de la población (45).

En síntesis, algunos países buscan sistemas públicos universales de salud, mientras que otros garantizan la cobertura a través de esquemas de aseguramiento para distintos segmentos de la población. En el cuadro 3 se presentan los detalles para cada uno de los países.



**CUADRO 3. Segmentos de la protección social en salud en países seleccionados de América del Sur**

País (año)	Seguros sociales (previsión social o seguridad social para trabajadores del mercado laboral formal)	Seguros focalizados en la población en situación de pobreza o en grupos específicos	Ministerio de salud y esferas gubernamentales subnacionales	Seguros privados y prepagas
<b>Argentina (2019)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obras sociales nacionales (35%)</li> <li>Obras sociales provinciales (16%)</li> <li>Obra social de los jubilados y pensionados: Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) (11,6%)</li> </ul>	<p>Garantías explícitas en planes estatales de salud: Plan Nacer y Plan Federal de Salud</p>	<p>Acceso universal, enfocado en el tercio de la población sin cobertura de obras sociales (35%)</p>	<p>Empresas de medicina prepaga (13,6%) con afiliación voluntaria, en parte vinculadas a las obras sociales</p>
<b>Bolivia (Estado Plurinacional de) (2021)</b>	<p>19 cajas de salud</p>	<p>Hasta el 2021:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Seguro Universal de Maternidad y Niñez (SUMI)</li> <li>Seguro de Salud del Adulto Mayor (SSPAM)</li> </ul>	<p>A partir de 2021: Sistema Único de Salud para el 51% de la población no cubierto por las cajas</p>	<p>-</p>
<b>Brasil (2022)</b>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Sistema Único de Salud (SUS): acceso universal formal (100%)</p>	<p>Medicina prepaga (planes de salud) y seguros privados voluntarios (pagos por las empresas o individuos) (25%)</p>

**CUADRO 3. Segmentos de la protección social en salud en países seleccionados de América del Sur (continuación)**

País (año)	Seguros sociales (previsión social o seguridad social para trabajadores del mercado laboral formal)	Seguros focalizados en la población en situación de pobreza o en grupos específicos	Ministerio de salud y esferas gubernamentales subnacionales	Seguros privados y prepagas
<b>Chile (2020)</b>	Seguro público contributivo y no contributivo: Fondo Nacional de Salud (FONASA) (78%)	-	Ministerio de Salud; asiste asegurados FONASA	Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE): aseguradoras privadas de afiliación obligatorio (14%)
<b>Colombia (2021)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afiliación a empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB)</li> <li>• Régimen contributivo (las aseguradoras pueden ser públicas o privadas) (45,3%)</li> <li>• Regímenes especiales (4,3%)</li> </ul>	Régimen subsidiado (49,3%) (financiado con recursos fiscales y contribuciones)	-	-
<b>Ecuador (2020)</b>	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (17,6%) Seguro Social Campesino (6,5%) Fuerzas Armadas y Policía (3,4%)	Seguro maternoinfantil (hasta los 5 años)	Acceso universal (70%)	Medicina prepaga (8%)

**CUADRO 3. Segmentos de la protección social en salud en países seleccionados de América del Sur (continuación)**

País (año)	Seguros sociales (previsión social o seguridad social para trabajadores del mercado laboral formal)	Seguros focalizados en la población en situación de pobreza o en grupos específicos	Ministerio de salud y esferas gubernamentales subnacionales	Seguros privados y prepagas
<b>Paraguay (2019)</b>	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%)
<b>Perú (2017)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro social de salud (EsSalud) (25%)</li> <li>• Seguro de las Fuerzas Armadas (2%)</li> </ul>	Seguro Integral de Salud (SIS) (70%)	Cobro en los servicios públicos para los no asegurados	Otros seguros (3%)
<b>Uruguay (2019)</b>	Seguro Nacional de Salud y FONASA (72,6%); IAMC 51,0%; ASSE 13,2%; seguros privados 1,9%; sanidad militar 3,5%; y sanidad policial 3%)	-	ASSE 21,7% (no FONASA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IAMC privado (4,8%)</li> <li>• Seguro privado (0,9%)</li> </ul>

IAMC = instituciones de asistencia médica colectiva, ASSE = Administración de Servicios de Salud del Estado.  
 Fuente: elaboración propia.



# **Marcos de gobernanza y de políticas**



Aunque se reconoce que la gobernanza es una función central de los sistemas de salud que contempla los aspectos estructurales e institucionales necesarios para fortalecer la APS, los sistemas de salud han tenido problemas para definirla. Desde la perspectiva del desempeño de los sistemas, la OMS elaboró la siguiente definición: la gobernanza consiste en velar por la existencia de marcos de políticas estratégicas que se combinen con una supervisión eficaz, la creación de coaliciones, la regulación, la atención al diseño del sistema y la rendición de cuentas (46). Por su parte, la OPS incluye una distinción entre rectoría y gobernanza, y subraya que la rectoría se refiere a la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud, mientras que por gobernanza se entienden los arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud (47).

En todo caso, existe el consenso de que la función de gobernanza de los sistemas de salud orientados a garantizar el derecho y el acceso a la salud requiere de un conjunto sinérgico de marcos de políticas que reflejen la amplia definición de la APS, muchos de los cuales están por fuera del sector de la salud y organizaciones por fuera de la estructura del Estado, y que debe estar apoyada por estructuras y mecanismos que faciliten la coordinación y la colaboración. En particular, se debe incorporar el concepto de la APS, con sus tres componentes interrelacionados —servicios de salud integrados, políticas y acciones multisectoriales, y personas y comunidades con capacidad de acción y decisión—, a los marcos normativos fundamentales que rigen el sector de la salud. Asimismo, se reconoce que existe una creciente gama de agentes que intervienen en el sector de la salud, por lo cual las autoridades nacionales de salud han delegado funciones y autoridad en la formulación y la ejecución de políticas a otros niveles del Gobierno, incluidas autoridades regionales y locales como producto de la descentralización. De esta manera, la gobernanza es el reflejo de la acción colectiva de las autoridades de salud, en colaboración y coordinación en la cual se incluyan también otros actores, integrantes o no de la estructura del Estado.

Este informe analiza los arreglos de gobernanza necesarios para impulsar sistemas de salud con base en un enfoque integral de la APS a partir de la caracterización de estructuras de gobernanza, marcos de políticas y reglamentación en pro de la APS que establecen alianzas sectoriales e intersectoriales, y promueven el liderazgo comunitario y la rendición de cuentas mutua.

## **Existencia de una política nacional de salud orientada a la atención primaria de salud y al acceso universal de salud**

Los nueve países analizados priorizan la APS como clave para reducir desigualdades y lograr el acceso universal a la salud, a pesar de la existencia de sistemas segmentados y desigualdades en el acceso y la cobertura. En todos estos países, las leyes nacionales respaldan la APS como prioridad, en consonancia con los principios de la Declaración de Alma-Ata y las propuestas

de la APS renovada para el acceso universal de la OPS desde mediados de los 2000 (5). En general, la legislación enfatiza el fortalecimiento del primer nivel de atención para abordar las cambiantes necesidades de salud, con aseguramiento de los servicios de calidad, la capacidad resolutoria, la accesibilidad y la coordinación de la atención. Sin embargo, las estrategias para lograr la APS varían entre los distintos países.

En Argentina, la evolución de la APS después de la Declaración de Alma-Ata se enfocó en poblaciones en condiciones de vulnerabilidad a través del sector público, con una marcada segmentación y fragmentación del sistema de salud. En la década de 1960, se crearon centros de salud como parte del desarrollo del sector público y a partir del 2001, se inició un proceso de cambio en las políticas de salud para garantizar el derecho universal a la atención integral, la descentralización y la accesibilidad. Tras el Encuentro Buenos Aires 30-15, de Alma-Ata a la Declaración del Milenio celebrado en el 2007, aumentó la importancia de la APS en la agenda política, y la APS se concibió entonces como una estrategia que aborda de manera integral los problemas de salud y la enfermedad de las personas y de la sociedad en general (48).

En general, las obras sociales no cuentan con una estrategia específica relacionada con la APS y no distinguen los servicios de primer nivel en sus presupuestos. Sus prestaciones de primer nivel se asemejan a las actividades de consulta ambulatoria y cumplen con las obligaciones establecidas por el Programa Médico Obligatorio (20, 22). La aplicación de esta APS renovada resulta condicionada por la segmentación del sistema de salud, se lleva a cabo principalmente en el sector público y es impulsada sobre todo por los gobiernos provinciales o locales. El Plan Federal de Salud 2004-2007 se centró en diseñar un modelo adecuado para la APS en los centros locales, y en este contexto se crearon dos estrategias: el programa Remediar y el Programa Médicos Comunitarios (38).

En el sector público, no existe un programa de servicios explícitos y uniformes. A partir del 2005, el Programa SUMAR, una ampliación del Plan Nacer, se convirtió en el principal programa que incluye servicios preventivos de la APS y cuidados maternos, además de otros programas verticales, como el de VIH/sida y el de tuberculosis. Gracias al Plan SUMAR, aproximadamente el 22% de la población sin cobertura de seguro social tiene derecho a un plan de beneficios explícito ofrecido por la red de prestación de servicios públicos. Sin embargo, la capacidad del organismo nacional para cumplir sus funciones se ha visto limitada por la falta de recursos, y en el 2013 representaba menos de 19% del gasto público en el subsistema no contributivo (49). A partir del 2016, el Gobierno nacional definió la cobertura universal de salud como la política principal para reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud. Para lograrlo, el Estado propuso a las jurisdicciones avanzar en la aplicación de tres ejes estratégicos: la ampliación de la cobertura con mejora de la atención, la atención de salud familiar y comunitaria, y la salud digital (50). Esta intervención se centró en el subsistema público y se basó en mecanismos de incentivos por desempeño vinculados a metas y cumplimiento de funciones esenciales de salud pública, con compromisos de gestión entre el ministerio central y los niveles subnacionales (22).

Argentina ha diseñado y aplicado varios programas en el subsistema público no contributivo para mejorar su desempeño y reducir las brechas con el sistema contributivo. Sin embargo, Ortúzar señala que el país también ha adoptado políticas que transfieren fondos públicos al sector privado de salud (51), especialmente en el ámbito de la evaluación de tecnologías sanitarias y la modernización informática sanitaria (52).

En Bolivia (Estado Plurinacional de), la APS históricamente se centró en programas verticales de salud materno-infantil, salud reproductiva y control de enfermedades transmisibles (53), y la gestión de los servicios de salud se descentralizó al nivel departamental y municipal. En el 2006, se inició la transformación hacia el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), con un fuerte enfoque en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la participación comunitaria.

El modelo SAFCI se basa en cuatro principios: 1) participación comunitaria, 2) intersectorialidad, 3) interculturalidad y 4) integralidad (54). Se compone de un modelo de atención a la salud intercultural integral y una gestión participativa con el objetivo de eliminar la exclusión social, garantizar el acceso a servicios integrales, fortalecer la participación social y respetar la medicina tradicional indígena (55). El Decreto Supremo N.º 29601 del 2008 especifica varias de las características del modelo: centrado en las personas, familias y comunidades y en la prestación de una atención accesible y oportuna, cuenta con un equipo de salud multidisciplinario con labores interdisciplinarias, tiene como instrumentos la Carpeta Familiar y el diagnóstico situacional, se organiza en redes y establece mecanismos de referencia y contrarreferencia entre la atención biomédica y la de la medicina indígena originaria campesina (55).

Por su parte, el SUS de Brasil, que ha servido de inspiración a distintas propuestas de reforma en la Región, se estableció en el 1988 y se aplicó en la década de 1990 como un sistema público de financiación fiscal y atención médica gratuita (56). El Gobierno federal promovió la APS para reorientar el enfoque médico curativo de la seguridad social, que prevaleció durante la dictadura. En el 1994, se creó el Programa de Salud de la Familia (PSF), al principio solo para las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, y más tarde se expandió con fondos federales (57, 58). En el 2006, se promulgó la Política Nacional de Atención Básica (PNAB), que amplió la APS, en la que se destaca la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) como modelo central en el SUS. Durante la década del 2000, hubo una expansión de la ESF en zonas urbanas y se incorporaron Equipos de Salud Bucal (ESB) y el Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) con equipos multiprofesionales (59, 60).

En el 2011, se introdujeron programas como la recalificación de las unidades básicas de salud (Requalifica UBS), el programa de mejora del acceso y de la calidad de la atención básica (PMAQ-AB) y Mais Médicos para abordar problemas de infraestructura, financiamiento y retención de profesionales en la APS. La PNAB del 2011 reforzó la APS integral y la importancia de las redes de atención de la salud (61).

En este sistema, las Secretarías Municipales de Salud son responsables de la asignación de recursos propios municipales, de la evaluación y el seguimiento, de la formación permanente, de la selección, contratación y remuneración de profesionales, a la vez que actúan como garantía de la infraestructura física de las unidades, entre otras funciones. Estas acciones y servicios se aplican con base en cuatro principios:

1. Territorialidad y cercanía a la comunidad, con planificación de acciones según las necesidades locales y enfoque en los determinantes sociales de la salud.
2. Acceso universal a servicios de calidad, en el que se destaca la accesibilidad, una entrada preferencial a la atención, la relación a largo plazo con los pacientes y la responsabilidad en la continuidad de la atención.
3. Coordinación de la atención a través de estrategias de integración horizontal (acciones programáticas y espontáneas, vigilancia y asistencia en salud y trabajo en equipo) y vertical entre diferentes niveles de atención en las redes de atención de la salud.
4. Participación social, con promoción de la autonomía de las personas usuarias en su atención y su participación en consejos y conferencias de salud (61).

En años recientes, las debilidades estructurales, las crisis económicas y políticas, y las políticas de austeridad que han limitado el crecimiento del gasto público han afectado a la sostenibilidad y resultados del SUS (62). Además, la introducción de la política "PrevineBrasil" en el 2019 cambió el modelo de financiamiento de la atención primaria de salud en Brasil. En lugar de basarse en el número de habitantes y los equipos de la ESF, ahora se centra en los usuarios registrados y en los indicadores de desempeño (63).

En Chile, las autoridades de salud han destacado la importancia de la APS para abordar los cambios demográficos y epidemiológicos, en busca de una atención más integral y equitativa. Se han aplicado reformas de manera progresiva en la APS, enfocadas en su integración en la red de salud, con influencia de la propuesta de las RISS de la OPS. Con el cambio de Gobierno en el 2022, se ha propuesto la universalización de la APS como parte fundamental de la transformación hacia un sistema universal de salud. Este enfoque se basa en la equidad en el acceso, la calidad y la protección financiera, con financiamiento a través de un fondo único de salud y redes territoriales integradas. Se plantea un modelo de APS universal financiado mediante un valor per cápita que considera múltiples factores, así como fondos adicionales de gobiernos locales y otras fuentes.

Para llevar a cabo esta política, se creó la Comisión Nacional para la Universalización de la APS, con el objetivo de eliminar barreras de acceso (incluso para quienes no son parte de FONASA), mejorar la infraestructura de los centros de salud y fortalecer la formación y retención del personal de la APS. En el 2022 estaba previsto iniciar seis planes piloto como parte de esta iniciativa (64).

Otro de los sistemas de salud en transformación es el de Colombia. La aplicación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el país en la década de 1990 se centró en el aseguramiento para la cobertura universal, dejando de lado la APS como prioridad, lo

que resultó en la desaparición de las experiencias previas de una APS más integral (33). La Ley 100 de 1993 no consideró la APS como una estrategia integral y prioritaria dentro del sistema de salud. En su lugar, se enfocó en la desvinculación de funciones y la expansión del aseguramiento individual. Esto llevó a la separación entre la atención médica individual y las acciones colectivas de salud pública (65).

A pesar de esto, han surgido modalidades diversas de la APS en el contexto del SGSSS. Por ejemplo, las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) administran una APS con enfoque individual y biomédico, mientras que las autoridades locales de salud ofrecen una APS basada en acciones colectivas de promoción y prevención para toda la población, cualquiera que sea el aseguramiento que tenga, a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Además, algunas comunidades indígenas han incluido experiencias interculturales de APS (33).

Finalmente, la Ley 1438 del 2011 reconoció la APS como una estrategia nacional para el fortalecimiento del SGSSS. Sin embargo, esta integración está condicionada por las competencias legales de los actores del sistema, lo que limita la coordinación efectiva entre la atención individual y las acciones de salud colectiva (65). A pesar de los avances normativos, la APS en la práctica se ha centrado sobre todo en la promoción y la prevención de la salud. La Resolución 429 del 2016 destaca la APS con enfoque de salud familiar y comunitaria, pero su enfoque real sigue siendo limitado en términos de atención integral en todos los niveles de complejidad (66).

En épocas recientes, Colombia se ha propuesto la creación de centros de atención primaria integral resolutoria en salud (CAPIRS), que tendrán a su cargo la atención de salud en los centros urbanos con un máximo de 25 000 habitantes y serán también responsables de las acciones de vigilancia epidemiológica de la población adscrita por zona de residencia (34).

En Ecuador, la Constitución Política del 2008 establece la APS como un componente esencial del sistema de salud y se enfoca en la promoción, la prevención y la atención integral, familiar y comunitaria (10). Los planes de desarrollo para el buen vivir destacan también, desde el 2013, la importancia de la APS como base del sistema de salud y como parte integral de un enfoque familiar, comunitario e intercultural (67, 68). Este enfoque se materializa en el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FC), que busca organizar el sistema de salud para brindar atención integral a nivel comunitario y familiar (69).

El MAIS-FC se centra en el reposicionamiento de la APS como el eje principal del sistema de salud, la reestructuración institucional tanto pública como privada y la consolidación de una red de salud con base en la territorialidad y la estructura nueva de gestión del Estado (70). El Plan Decenal de Salud 2022-2031 refuerza esta perspectiva y reconoce al MAIS-FC como fundamental para abordar las desigualdades territoriales y mejorar la salud y la calidad de vida de la población ecuatoriana (71). Por otro lado, el Plan considera la atención a grupos prioritarios contemplados en los artículos 35 a 55 de la Constitución de la República del Ecuador del 2008, así como los enfoques de igualdad de género, intergeneracional, de

pueblos y nacionalidades, de discapacidades y de movilidad humana, conforme el artículo 156 de la Constitución y la Ley Orgánica de los Consejos Nacionales para la Igualdad.

En Paraguay, hasta el 2008, la APS se centró en programas verticales específicos, lo que resultó en una falta de integración con la red de servicios de salud (72). A partir de ese año, se inició un proceso para garantizar el derecho universal a la salud en línea con los principios de equidad, integralidad, interculturalidad y participación social. En ese marco, se presentó el documento Políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad, que delineó la reorientación del sistema de salud hacia el acceso universal a través de un enfoque estratégico en la APS y la eliminación de los copagos (12).

Esta concepción nueva de la APS se materializó con la creación de la Dirección General de APS (DGAPS) del Ministerio de Salud y Bienestar Social, y la creación de unidades de salud de la familia (USF) en todo el país, destinadas a promover y difundir un modelo de atención integral de la salud con enfoque familiar y comunitario (38). En el 2019, se publicó el *Manual de organización de los servicios de salud en el marco de las RIISS*, con el objetivo de integrar de manera más orgánica la APS en las redes integradas e integrales de servicios de salud (41).

Sin embargo, la aplicación de la política de APS renovada se vio afectada por algunos cambios políticos y por la inestabilidad política, lo que comprometió la capacidad de liderazgo, la autonomía y la sostenibilidad financiera (40).

La política nacional de salud en Paraguay sigue dirigida hacia el fortalecimiento de la estrategia de acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, y busca abordar los determinantes sociales de la salud para mejorar las condiciones de vida y la salud de la población (73).

En Perú, en el 2003 se inició la reformulación de la APS con la introducción del modelo de atención integral de salud (MAIS) a través de la Resolución 729. El MAIS marcó un cambio en el enfoque de la APS al incorporar la atención extramuros a través de equipos básicos de salud y modalidades de oferta móvil para poblaciones dispersas, además de la definición de normas técnicas para la atención por ciclo de vida, y la creación de redes y microrredes de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud (74).

Sin embargo, a pesar de estos cambios, la aplicación del MAIS no logró superar la atención centrada en la enfermedad con un enfoque con predominio en la recuperación del individuo y centrado en él. La protección para la familia, la comunidad y el entorno fue limitada, y se llevaron a cabo pocas acciones intersectoriales (75).

En consecuencia, en el 2011 se estableció el modelo de atención integral de salud con base en la familia y la comunidad (MAIS-BFC), con hincapié en las acciones de prevención y promoción de la salud en el primer nivel de atención, que promovió la identificación de factores de riesgo en el ámbito comunitario. Sin embargo, se encontraron problemas en su aplicación, incluida la resistencia al cambio de paradigma por parte de profesionales y usuarios (76).

A pesar de la vigencia del MAIS-BFC desde el 2011, se constató una percepción de falta de adaptación a las necesidades de la población. Se propuso la formulación de un plan nacional de aplicación del modelo para facilitar su adopción progresiva, pero este plan nunca se materializó (75).

En el 2020, el Ministerio de Salud formuló el modelo de cuidado integral por curso de vida para la persona, la familia y la comunidad (MCI) con el objetivo de fortalecer los avances logrados por el MAIS-BFC, y lograr el acceso y la cobertura universal de las necesidades de salud. El MCI reafirma los atributos de la APS, como el acceso, la integralidad, la continuidad y la longitudinalidad de los cuidados a lo largo de la vida, así como el vínculo cercano con la comunidad (77).

Por último, en Uruguay, la Ley 18211, promulgada en el 2007, estableció las bases para la creación del SNIS. Este sistema se fundamenta en la APS como estrategia central, y en el capítulo IV de la Ley, se prioriza el primer nivel de atención mediante la promoción de la organización en redes según las necesidades de las personas usuarias y la complejidad de las prestaciones, con el objetivo de garantizar el acceso universal a la atención médica (78, 79).

También es importante destacar en este proceso de reforma la Ley 18161, que determinó la descentralización del prestador público respecto del Ministerio de Salud Pública mediante la configuración de la ASSE como la empresa pública prestadora de servicios de salud en el SNIS, elegible por beneficiarios de la seguridad social. Esto contribuyó a disminuir la segmentación del sistema de salud, a la vez que constituye el brazo operativo estatal para dar cobertura en salud a todas las personas en situación de exclusión social e indigencia, incluidas las extranjeras, por mandato constitucional.

En términos generales, la legislación se refiere al primer nivel de atención como la puerta de entrada y el primer punto de contacto del individuo con el sistema de salud (80). La APS se concibe entonces como una estrategia para organizar las redes a partir de los establecimientos del primer nivel de atención. Esta estrategia comprende un conjunto sistemático de actividades sectoriales dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente con el propósito de satisfacer de manera efectiva las necesidades básicas de salud y mejorar la calidad de vida (81, 82).

En el cuadro 4 se presenta una síntesis de la prioridad otorgada a la APS en las normativas y políticas nacionales, las fechas de las principales normativas, las denominaciones de los modelos de atención en APS y las orientaciones relacionadas con el acceso universal, con un enfoque particular en la cobertura universal de salud o en la consolidación de sistemas únicos y universales de salud en los casos analizados.

**CUADRO 4.** Atención primaria de salud en la legislación nacional de países seleccionados de América del Sur, 2022

País	Prioridad de la APS en las políticas de salud (año de las principales normativas)	Definición de un modelo nuevo de atención en APS	APS como base de un sistema universal de salud
Argentina	Sí (2004)		Sí (CUS)
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Sí (2008 y 2019)	Modelo de saúde familiar, comunitaria e intercultural (SAFCI)	Sí (SUS)
Brasil	Sí (2006, 2011 y 2017)	Estrategia Salud de la Familia	Sí (SUS)
Chile	Sí (2005, 2013 y 2022)	Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria	Sí (CUS y SUS)
Colombia	Sí (2011 y 2019)	Modelo de atención integral territorial	Sí (CUS)
Ecuador	Sí (2008 y 2012)	Modelo de atención integral de salud familiar, comunitaria e intercultural (MAIS-FCI)	Sí (SUS)
Paraguay	Sí (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades de salud de la familia</li> <li>• Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario</li> </ul>	Sí (CUS)
Perú	Sí (2003, 2011 y 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo de atención integral de salud basado en la familia y la comunidad (MAIS-BFC)</li> <li>• Modelo de cuidado integral por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI)</li> </ul>	Sí (CUS)
Uruguay	Sí (2007)		Sí (CUS)

APS = atención primaria de salud, CUS = cobertura universal de salud, SUS = sistema único de salud.

Fuente: elaboración propia.

## Atribuciones de las esferas gubernamentales en atención primaria de salud

Los países de América del Sur establecen políticas y directrices para la APS principalmente a nivel nacional, excepto Argentina, donde las provincias desempeñan un papel central en la formulación de modelos de APS. En todos los países, el nivel nacional es responsable de los programas y planes centrales, así como de la asignación de recursos a las provincias y municipios para la APS, que dependen de la descentralización y la cobertura por seguros sociales.

La excepción de Argentina se traduce en que la rectoría del sistema de salud recae en el Ministerio de Salud, que administra programas nacionales como el Programa Sumar, Incluye Salud, Programa Proteger, Programa Remediar (renombrado CUS Medicamentos) y otros; pero a pesar de su rol, la aplicación provincial de las políticas de APS da lugar a una amplia heterogeneidad de servicios (24). Las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tienen competencias para la atención a la salud, con definiciones conceptuales propias en sus leyes y constituciones (20). Estas provincias cuentan con recursos propios y transferencias del Gobierno central para llevar a cabo sus programas de APS, lo que marca el inicio del proceso de descentralización de los planes federales.

La aplicación de las políticas de APS conlleva la participación de diversas esferas gubernamentales, sobre todo a nivel municipal, donde se establece la infraestructura de los servicios de APS. Se pueden encontrar modelos tradicionales y nuevas propuestas para organizar la APS en algunos países, como en Bolivia (Estado Plurinacional de) y Brasil (43), y diferentes enfoques en las provincias de Argentina.

En Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ministerio de Salud y Deporte es el ente rector encargado de formular políticas y normas nacionales para la APS, así como de elaborar normativas para la salud familiar comunitaria intercultural y salud sexual. Además, el Ministerio aplica programas de prestación de servicios en APS, como el Programa SAFCI/Mi Salud y el programa nacional de telesalud. Sin embargo, las atribuciones para la aplicación del SUS y la APS comunitaria intercultural se comparten entre los cuatro niveles de gestión. Esto se traduce en una amplia gama de programas y proyectos de APS, como el Programa SAFCI/Mi Salud y el Bono Juana Azurduy.

En este país, la aplicación del SAFCI involucra a los cuatro niveles de gestión del país, de acuerdo con la Ley Marco de Autonomías y Descentralización.

Los servicios departamentales de salud (SEDES) operan bajo la jurisdicción de los gobiernos autónomos departamentales y tienen funciones relacionadas con la regulación de servicios de salud, la estructuración de redes y la gestión de hospitales de tercer nivel. También gestionan personal y supervisan la vigilancia epidemiológica (36, 37). A nivel municipal, los directorios locales de salud (DILOS) lideran la formulación y ejecución del Plan Municipal de Salud, así como la administración de la infraestructura de salud en la Red Municipal de Salud Familiar

Comunitaria Intercultural. Todos los establecimientos de salud de primer y segundo nivel pertenecen a los municipios por ley.

En el caso de Brasil, la PNAB del 2017 establece funciones y responsabilidades compartidas entre los tres niveles de gobierno del SUS (federal, estatal y municipal) en lo que respecta a la gestión y provisión de la APS.

El Ministerio de Salud desempeña un papel fundamental en la formulación de políticas, en coordinación con los gestores de los tres niveles de gobierno, a través de una comisión tripartita y la aprobación por el Consejo Nacional de Salud, que incluye la participación ciudadana. Sus responsabilidades incluyen garantizar fuentes de financiamiento federales para apoyar la inversión en APS a nivel municipal, establecer directrices nacionales, proporcionar herramientas técnicas y pedagógicas para la gestión y la formación continua de profesionales, y colaborar con el Ministerio de Educación para promover cambios curriculares que fomenten la formación de profesionales capacitados para la APS.

Las secretarías de salud de los estados (SES) apoyan la aplicación de la APS, con base en las pautas y los principios de la PNAB. Esto implica respaldar a los municipios en la evaluación y seguimiento de los servicios de APS, garantizar la calidad y consistencia de los datos en los sistemas de información y promover la educación permanente en salud.

Hasta este punto, puede apreciarse que, en la subregión sudamericana, la provisión de servicios de primer nivel suele estar descentralizada en departamentos o municipios en la mayoría de los países, como Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile y Ecuador. Sin embargo, en países como Paraguay y Uruguay, los establecimientos de APS pueden tener relación directa con el Ministerio de Salud o con una entidad desconcentrada nacional (41).

En Paraguay, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es responsable de la gestión nacional de la APS; a nivel regional, las gerencias regionales de salud (GERESAS) y las direcciones de redes integradas coordinan la aplicación y la supervisión de la APS mientras que, a nivel local, las USF se encargan de la provisión de servicios de APS. En cuanto a la distribución de responsabilidades, corresponde al nivel nacional apoyar el funcionamiento de la red de servicios de salud, para lo cual se enfoca en las USF como puerta de entrada al sistema, así como promover el modelo de atención integral e intercultural de la salud con un enfoque familiar y comunitario en todo el país (72, 83). A las GERESAS y las direcciones de redes corresponde gestionar los recursos para la prestación de servicios de salud, planificar, organizar, dirigir y supervisar las actividades relacionadas con este modelo en los diferentes niveles de atención en la RISS, incluida la coordinación de procesos de monitoreo y evaluación de la prestación de servicios de salud.

Por último, a nivel local se espera que las USF se adhieran a las políticas y normativas técnicas establecidas, fortalezcan la capacidad de su personal y faciliten la integración y coordinación

entre instituciones y sectores locales para ofrecer servicios de salud a las familias y comunidades de manera participativa (82).

Mientras tanto, en Uruguay la puesta en práctica de la APS involucra a diversas estructuras gubernamentales y organizaciones, como el Ministerio de Salud Pública, la Junta nacional de Salud, la ASSE, las IAMC y las intendencias municipales. La Ley 18211 prioriza la coordinación a nivel local, departamental y regional entre los servicios de salud nacionales, departamentales y comunitarios. En este contexto, las 19 intendencias municipales del país desarrollan estrategias de la APS en colaboración con el Ministerio y en red con la ASSE, que es el principal proveedor de servicios de primer nivel de salud.

El Ministerio de Salud Pública financia el primer nivel de atención a través de recursos fiscales y transferencias de FONASA, y la mayoría de los servicios están a cargo de la ASSE, pero también de las intendencias municipales y las IAMC. La ASSE tiene una presencia territorial significativa, con servicios accesibles tanto desde el punto de vista geográfico como en términos económicos, que no involucran copagos; en cambio, las IAMC, proveedoras del seguro de salud, tienen una oferta más centralizada y menos presencia territorial (83).

En los países con sistemas de seguros diversos, las aseguradoras desempeñan un papel importante. En Colombia, las EAPB y las autoridades locales tienen autonomía para definir modelos de organización y gestión de la APS y de los servicios de primer nivel (66).

En este país, el Ministerio de Salud y Protección Social y las autoridades locales se reparten las responsabilidades de la APS. El Ministerio formula regulaciones y procedimientos para la aplicación de la APS, además de coordinar los planes de beneficios de las aseguradoras. Mientras tanto, entidades territoriales como los departamentos, distritos y municipios, definen los planes territoriales de salud y los modelos de APS, lo que genera una interacción compleja entre niveles de gobierno. Aunque la legislación estipula que las acciones colectivas realizadas por los entes territoriales deberían articularse con las acciones individuales de promoción y prevención realizadas por las EAPB, no se definió el papel del Gobierno nacional en ese proceso de articulación (33).

En Perú, los gobiernos locales desempeñan un papel, pero las administradoras de fondos de aseguramiento contratan servicios públicos o privados para proporcionar un conjunto predefinido de servicios (7). El Ministerio de Salud, como entidad rectora en la APS, formula normas técnicas y supervisa la aplicación del modelo de cuidado integral por curso de vida para la persona, la familia y la comunidad (MCI). Las direcciones regionales de salud son entidades descentralizadas adscritas al MINSA cuyo papel también es fundamental en la coordinación y supervisión de la APS en sus áreas respectivas (84). Además, las GERESAS y las direcciones de redes integradas de LIMA-DIRIS, que operan como organismos desconcentrados del Ministerio de Salud, gestionan y articulan los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Estas entidades conforman la Red Integrada de Salud, que incluye a hospitales y establecimientos de salud de primer nivel de atención (74).

En Chile, el Ministerio de Salud es el encargado de desarrollar y supervisar la puesta en marcha de las políticas de APS a través de la División de Atención Primaria (DIVAP) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Esta división establece directrices y recomendaciones para los 29 servicios de salud que operan a nivel regional, los cuales incluyen tanto al primer nivel de atención como los niveles de mayor complejidad. Cada uno de estos servicios de salud cuenta con un gestor de red que coordina la prestación de servicios de salud en su zona, cubriendo algunos aspectos de la APS. La responsabilidad de la provisión de servicios de primer nivel y la gestión de los recursos correspondientes recae en los municipios, de acuerdo con lo establecido en el Estatuto de la APS (85). Es importante destacar que esta descentralización de los servicios de primer nivel ocurrió en la década de 1980, lo que otorga cierto grado de autonomía a las entidades locales en la gestión de la APS.

Por último, en Ecuador, el Ministerio de Salud Pública lidera la formulación de políticas de salud y se basa en un modelo de desconcentración para la implementación de la APS. La APS se divide en niveles de gobierno (central, zonal y distrital), cada uno de ellos con responsabilidades en la planificación y la ejecución de programas y proyectos de salud, además de responsabilidades en el mantenimiento y equipamiento de los recursos que administra.

Desde el 2013, la organización del sistema en su parte ejecutiva se basa en el modelo de desconcentración sustentado en la división político-administrativa del país (nacional, nueve zonas y 140 distritos) y se orienta a reorganizar y fortalecer la capacidad de gestión de las unidades administrativas nuevas y al traspaso de competencias y recursos de acuerdo con los requerimientos del modelo de atención primaria integral de salud y vida. Una zona es, en general, la unión de varias provincias. Los distritos pueden solaparse con los municipios o no.





# Financiamiento y asignación de recursos



El análisis de la dimensión del financiamiento en los países seleccionados de América del Sur para este trabajo denota realidades dispares en cuanto a la importancia del gasto en salud en relación con el producto interno bruto (PIB), el volumen de gasto per cápita, las fuentes de financiamiento (cotizaciones, impuestos generales, seguros y gasto familiar directo), la conformación de fondos públicos, los acuerdos político-administrativos en el sector de la salud y los parámetros de asignación (cuadro 5).

Existe una enorme variación en el gasto per cápita en salud (US\$ 630 en Bolivia [Estado Plurinacional de] a US\$ 2424 en Chile) y también en el porcentaje del gasto público en salud (40,7% en Brasil a 71,9% en Colombia), lo que expresa las diferentes conformaciones de los sistemas de salud, así como las relaciones público-privadas en cada sistema.

**CUADRO 5. Indicadores económicos en países seleccionados de América del Sur, 2022**

Países	Población en millones (2021)	PIB per cápita (2021)	Gasto en salud per cápita (2019)	Porcentaje del PIB de gasto en salud (2019)	Gasto público en salud (porcentaje del gasto total en salud) (2019)	Gasto público en salud como porcentaje del PIB (2019)
Argentina	45,8	23 627	2199	9,5	62,3	5,9
Bolivia (Estado Plurinacional de)	11,8	9030	630	6,9	71,2	4,9
Brasil	214,3	16 056	1497	9,6	40,7	3,9
Chile	19,2	29 104	2424	9,4	50,9	4,8
Colombia	51,3	16 894	1204	7,6	71,9	5,5
Ecuador	17,9	11 661	934	7,8	61,8	4,8
Paraguay	7,2	13 976	950	7,2	45,9	3,3
Perú	33,3	13 895	712	5,2	62,9	3,3
Uruguay	3,5	24 625	2310	9,3	66,6	6,2

PIB = producto interno bruto.

Nota: a Los valores se expresan en dólares estadounidenses (paridad de poder adquisitivo del 2022).

Fuente: Banco Mundial. World Development Indicators 2022. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2022. Disponible en: <https://databank.world-bank.org/source/world-development-indicators>.

La disponibilidad de datos comparables entre países para la asignación de recursos a la APS presenta importantes diferencias. A pesar del amplio reconocimiento de la importancia de la APS, no existe un consenso sobre la definición precisa de los gastos que se asocian con ella, lo que dificulta su medición y comparación. Un estudio reciente reveló que, en los países de ingresos bajos y medianos, los gastos gubernamentales en APS son insuficientes para garantizar un acceso equitativo a los servicios esenciales y que, en ocasiones, estos gastos no resultan efectivos (86).

En este contexto, la estrategia de la OPS para fortalecer los sistemas de salud con mayor resiliencia, sostenibilidad e inclusión plantea un llamado a los Estados Miembros para que reafirmen su compromiso con la aplicación de las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel "Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata" y el Pacto 30-30-30. APS para la salud universal. Esta estrategia insta a los países a transformar sus sistemas de salud con base en la APS, lo que implica reducir al menos en 30% las barreras de acceso, aumentar el financiamiento público a al menos 6% del PIB y destinar al menos 30% de estos recursos al primer nivel de atención (4, 5).

Una de las características del financiamiento en la Región es la segmentación, con diferentes subsistemas que cuentan con distintas fuentes de financiamiento, coberturas específicas y modalidades de prestación.

En el caso de Argentina, estos subsistemas incluyen:

- **Subsector público:** financiado a través de recursos nacionales, provinciales y municipales. El Ministerio de Salud de la Nación, las provincias y las secretarías de salud municipales ofrecen servicios hospitalarios y centros de salud públicos financiados con recursos fiscales. Este segmento se centra en atender a las personas no cubiertas por el sistema de seguridad social y que no pueden costearse los servicios, con posibilidad de reembolso por parte del sistema de seguridad social cuando se atiende a las personas afiliadas. A pesar de su descentralización, se mantienen niveles significativos de desigualdad en la prestación de los servicios (87).
- **Subsector de la seguridad social:** ofrece cobertura a las personas jubiladas y a sus familiares y a los empleados públicos de las distintas entidades de la federación a través de obras sociales; se financia con las aportaciones de trabajadores y empresas. En gran medida, este segmento se basa en una red de servicios de salud privados.
- **Subsector privado:** se financia con recursos de particulares y empresas, a través de seguros privados (por adhesión voluntaria) y de prestaciones organizadas en una red de servicios también privados.

El gasto en salud en Argentina ha experimentado un crecimiento constante, en concordancia con la aplicación y el desarrollo de la APS. A partir del 2001, se introdujeron cambios en las políticas de salud con el objetivo de garantizar el derecho universal a la atención integral, de descentralizar la oferta de servicios de salud y de mejorar el acceso. Sin embargo, las limitaciones en las contribuciones federales se han convertido en un obstáculo importante

para este proceso (88). En el 2019, el gasto en salud en Argentina representó 9,5% del PIB, con un incremento significativo en comparación con el 4,1% registrado en el 2005. Esta tendencia se hace más evidente en las inversiones nacionales, que aumentaron del 1,9% al 3,8% entre el 2005 y el 2015 (24). El gasto público en el 2019 equivalió al 5,9% del PIB.

En cuanto a la composición del gasto total en salud, aproximadamente el 78,4% proviene de sistemas solidarios, tanto públicos como de la seguridad social, mientras que el resto corresponde a pagos privados directos, ya sea en forma de gastos directos (copagos, consultas directas y medicamentos, entre otros) o pagos para seguros prepagos de salud, en proporciones similares (51,8% y 48,2%, respectivamente).

Se estima que el gasto público en APS representa aproximadamente el 24% del gasto público total en salud en Argentina (24). La asignación de recursos para la APS se basa en un sistema de coparticipación federal regida por la Ley de Coparticipación Federal, que no considera factores demográficos o de extensión territorial. Esto ha resultado en disparidades en el gasto per cápita en salud entre provincias, así como en la oferta de servicios de salud entre las provincias y dentro de ellas (89). Sin embargo, son los gobiernos municipales los que contribuyen en mayor medida al gasto total en APS, con más del 60%, seguidos por las provincias (aproximadamente, 25,5%) y el gobierno federal (19,5%). La mayoría de los servicios de APS son gratuitos y están disponibles para toda la población, incluidas las personas que disponen de otro tipo de cobertura.

En Bolivia (Estado Plurinacional de), se pueden identificar tres segmentos: 1) la seguridad social de corto plazo financiada por cotizaciones sociales, 2) el seguro público focalizado (para mujeres embarazadas, niños y personas mayores), y 3) pagadores directos del subsector privado, como aseguradoras y empresas de medicina prepagada (25). El gasto en salud representa el 6,9% del PBI, con un predominio del sector público que abarca 71,2% del gasto total en salud y que equivalía al 4,9% del PIB en el 2019 (90). El gasto per cápita en salud se situaba en US\$ 630 en paridad de poder adquisitivo del 2019. Las principales fuentes de financiamiento son los impuestos generales y el impuesto directo a los hidrocarburos (91).

La Ley del Sistema Único de Salud (SUS) establece que la Nación financiará los recursos humanos para la salud del subsector público, el funcionamiento de los programas nacionales de salud y los servicios de tercer y cuarto nivel. Los gobiernos autónomos municipales y el Gobierno Indígena Originario Campesino se encargarán de financiar la atención en el primer y segundo nivel de atención con los recursos provenientes de 15,5% de la coparticipación tributaria municipal (25). La atención médica garantizada por las cajas de seguridad social se financia mediante cotizaciones equivalentes al 10% del salario de cada trabajador, abonadas por los empleadores.

La asignación de recursos para los establecimientos de primer y segundo nivel ha experimentado cambios con la implementación de la Ley del SUS. Ahora se basa en una asignación poblacional del municipio y presupuesto de planificación individual para cada establecimiento. Sin embargo, los gobiernos autónomos municipales a veces enfrentan

dificultades para ejecutar estos recursos de manera efectiva, lo que ha llevado a disparidades en la atención de salud. Aunque no existen estadísticas actualizadas sobre la proporción de recursos asignados específicamente a la APS, un estudio del 2011 reveló que 42% del gasto público en salud se destinaba a establecimientos que brindaban solo servicios de atención primaria (91).

Es importante destacar que, antes de la aplicación de la Ley del SUS en el 2019, se aplicaban copagos en la APS a las personas que no eran beneficiarias de dicha ley. En ese período, la mayoría de las atenciones en los servicios de salud pública suponían para las personas usuarias un pago directo, excepto para los grupos poblacionales cubiertos por los seguros focalizados (como mujeres embarazadas y menores de cinco años por el SUMI y mayores de 60 años por el SSPAM) (92). En el caso de Brasil, aunque el gasto en salud representó el 9,6% del PIB en el 2019, el 60% de este gasto fue privado, lo que deja al SUS subfinanciado (93).

La financiación del SUS recae en tres niveles de gobierno: 1) la Unión (o nivel federal), 2) los estados y 3) los municipios, a través de recursos fiscales. Sin embargo, la legislación para garantizar montos mínimos de inversión para la salud se promulgó en el 2011, 11 años después de la Enmienda Constitucional 29/2000. Las enmiendas constitucionales 86/2015 y 95/2016 modificaron la regulación del piso federal, con congelamiento del gasto federal para la salud. De esta manera, los estados deben destinar al menos el 12% de sus ingresos fiscales a la salud, mientras que los municipios y el Distrito Federal deben destinar el 15% de sus recursos propios. Desde la aprobación de estas últimas enmiendas, los recursos federales disponibles para el SUS no han aumentado en términos reales, lo que se sumó, hasta el 2022, a un contexto de medidas de austeridad fiscal. Además, las enmiendas parlamentarias al presupuesto de salud representaron el 8,8% del presupuesto en el 2020, lo que distorsionó la planificación y la transparencia del financiamiento (94).

Entre el 2019 y el 2022, las políticas de financiamiento de la APS se centraron en la reorganización de la asignación de recursos. La APS representó entre el 15% y el 20% del gasto total del Ministerio de Salud, mientras que la atención de media y alta complejidad abarcó entre el 33% y el 49%. El programa Previner Brasil introdujo cambios en la forma en que se financia la APS, con tres componentes principales, que son la capitación ponderada, el pago por resultados e incentivos para acciones estratégicas. Esto cambió las líneas de transferencia y de incentivos financieros para la ESF y los NASF (95).

En Chile, el gasto en salud alcanzó 9,4% del PIB en el 2019, con un gasto público de un 50,9% del gasto total (96). El gasto per cápita anual en salud es de US\$ 2424, y es el más alto de los países analizados. La financiación de la APS proviene de diversas fuentes. El Ministerio de Salud contribuye a través de los servicios de salud regionales, que a su vez transfieren recursos a los municipios o de manera directa a los establecimientos de la APS. Estos recursos se distribuyen mediante transferencias per cápita basal y comunal, programas de refuerzo a la APS, transferencias a la APS no municipal, y programas de salud pública, que abarcan desde vacunaciones hasta campañas de invierno y promoción de la salud. Además, el Ministerio invierte en la construcción y el mantenimiento de infraestructuras y equipamientos de salud.

Los municipios que gestionan la APS también pueden aportar recursos propios según las necesidades de su población. Por otra parte, el Gobierno central realiza transferencias fiscales de inversión a través del Fondo Nacional de Desarrollo Regional. Además de estas fuentes, se cuenta con recursos provenientes del FONASA y las ISAPRE, que se generan a partir de pagos por licencias médicas y atenciones brindadas a particulares y beneficiarios de las ISAPRE (97). Aproximadamente, el 88% del presupuesto de la APS se asigna a los municipios, del que el 73% se transfiere mediante transferencias per cápita. El resto se destina a programas y gastos relacionados con el personal de salud (98).

El gasto en APS ha aumentado de manera significativa en valores nominales desde el 2010 hasta el 2017, cuando llegó a representar el 3,8% del gasto público total, el 10,4% del gasto total en salud (datos del 2012), y aproximadamente el 20% del gasto público en salud. A pesar de este crecimiento, la APS tiene una participación minoritaria en la distribución de recursos a nivel nacional (99).

La prestación y la financiación de servicios de salud ocurre por una red pública de salud que intenta expandir políticas de fortalecimiento de la APS, como el MAIS-FC, pero dentro de la lógica de financiación propia de los seguros de salud. Ello ha llevado a la focalización de los recursos financieros en la población registrada en los establecimientos de atención primaria municipal, lo que puede generar subfinanciación y dificultades en la continuidad de la atención (91).

Los afiliados al FONASA con capacidad de pago cotizan el 7% de su salario y tienen derecho, junto con sus familiares dependientes, a las protecciones en salud, incluidas las de APS y las patologías cubiertas por el AUGE (GES). El sistema de salud chileno considera a los afiliados al FONASA en cuatro tramos de ingresos, con copagos aplicables a las categorías C y D, y exenciones para las categorías A y B, así como para las personas mayores de 60 años. El programa Copago Cero ha eliminado los copagos para todos los niveles de ingresos, benefició a más de seis millones de personas y redujo el gasto de bolsillo, que solía superar el 30% (32, 100).

En Colombia, el gasto en salud se caracteriza porque ser mayoritariamente público. A pesar de que existen aseguradoras privadas llamadas empresas administradoras de planes de beneficios, gran parte de este gasto se considera público. Durante el período 2013-2018, el gasto público promedio en salud representó el 76,4% del gasto total en el sector, financiado a través de recursos fiscales y contribuciones obligatorias al SGSSS. En el mismo período, el gasto privado promedio en salud correspondió al porcentaje restante y comprendió los pagos de bolsillo de las personas usuarias y los seguros voluntarios de salud (101). En el año 2019, el gasto público en salud representó el 71,9% del gasto total en salud, equivalente al 5,5% del PIB. En ese mismo año, el gasto total en salud per cápita fue de US\$ 1204.

El SGSSS se financia a través de impuestos y contribuciones obligatorias. En el régimen contributivo, las contribuciones obligatorias ascienden al 12,5% del salario, del que el 8,5% es aportado por los trabajadores y el 4%, por los empleadores. Los trabajadores informales

deben contribuir con el 12,5% del 40% de su renta base de contribución. Por otro lado, el régimen subsidiado se financia mediante impuestos, recursos locales, una parte de los fondos destinados a las cajas de compensación familiar y una transferencia del 1,5% de las contribuciones realizadas al régimen contributivo (16).

La financiación de las acciones de APSAPS, que incluye el Plan de intervenciones colectivas (PIC) y prestaciones clínicas individuales de baja complejidad, se lleva a cabo mediante una combinación de recursos. Estos incluyen el componente de salud pública del Sistema General de Participaciones, fondos de promoción y prevención administrados por las aseguradoras de planes de beneficios, la subcuenta de promoción y prevención de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y fondos del Presupuesto General de la Nación para salud pública, entre otros (33).

Es importante mencionar que se aplican copagos a todas las actividades contempladas en el Plan de beneficios de salud (PBS), incluso a aquellas incluidas en la Estrategia de APS. Las únicas excepciones a los copagos son los servicios de promoción y prevención, los programas de control en la atención maternoinfantil, los programas de control en la atención de enfermedades transmisibles, las intervenciones en enfermedades catastróficas o de alto costo y la atención inicial de urgencias (102). Además, se aplican tasas moderadoras para servicios como la consulta externa, los medicamentos para tratamientos ambulatorios, los exámenes de laboratorio clínico y las pruebas de imagen ordenadas de forma ambulatoria y la atención de urgencia para eventos que no comprometan la vida o requieran atención inmediata (102).

En Ecuador, el gasto per cápita en salud en el 2019 alcanzó los US\$ 934, lo que equivale al 7,8% del PIB. De este gasto, el 61,8% provino de fondos públicos. El financiamiento público de la salud se origina en gran medida en fondos nacionales, como los impuestos generales y, sobre todo, los ingresos provenientes de la industria del petróleo. En cambio, la contribución de recursos de nivel provincial y municipal es limitada y, en general, se destina a iniciativas específicas de estos niveles de gobierno.

El presupuesto destinado a los servicios públicos de salud, que desde el punto de vista nominal es parte del Ministerio de Salud, se distribuye cada año a las direcciones provinciales de salud, conocidas en la división administrativa nueva como coordinaciones zonales. Estos presupuestos se establecen mediante negociaciones anuales. En el ámbito de la seguridad social, los recursos del seguro general de salud provienen de diversas fuentes, que incluyen el aporte individual obligatorio de los afiliados, la contribución obligatoria de los empleadores (hasta el 10% del salario) y la contribución del Estado.

Los servicios de salud y las prestaciones del seguro social campesino se financian mediante distintas fuentes, como el aporte solidario de afiliados y empleadores, la contribución obligatoria de seguros tanto públicos como privados, el aporte diferenciado de familias protegidas (menos de US\$ 10 al año), la contribución estatal y asignaciones suplementarias determinadas por el Poder Ejecutivo.

En lo que respecta a la distribución interna de los presupuestos del Ministerio de Salud Pública, el primer nivel de atención ha experimentado un crecimiento significativo, al pasar de representar el 25% en el 2008 a un 34% en el 2014. Este aumento se relaciona con la aplicación más amplia del MAIS y con las reformas sectoriales.

En Paraguay, en el 2019, el gasto total en salud representó el 7,2% del PIB, del que el 45,9% tuvo financiamiento del sector público. El financiamiento de la APS es responsabilidad exclusiva del sector público. Esto se logra a través de asignaciones presupuestarias específicas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para la Dirección General de APS. Además, se suman otras partidas del financiamiento general del Ministerio que abarcan la red de servicios, las inversiones, los recursos humanos y otras partidas. La contribución de los gobiernos locales, las intendencias y los municipios es de menor escala y difícil de cuantificar (72). El Instituto de Previsión Social, encargado de la cobertura asistencial de los trabajadores formales y financiado mediante cotizaciones, no tiene una línea de desarrollo vinculada de manera específica a la APS. Sin embargo, contribuye de forma indirecta al financiamiento del presupuesto de la Dirección General de APS.

En el 2008, Paraguay puso en marcha un sistema de acceso gratuito y universal a los servicios de salud, una decisión política que ha tenido un efecto significativo en el desarrollo del sistema de salud público paraguayo y ha impulsado la aplicación de la estrategia de APS. Aunque un porcentaje considerable de la población (25%-30%) aún enfrenta barreras de acceso, se ha logrado reducir el gasto de bolsillo en los servicios de atención primaria, con un bajo número de personas que informan problemas de acceso debido a razones económicas. Este logro se ha alcanzado mediante el desarrollo de equipos de salud y la creación de nuevos servicios en las regiones con mayores necesidades de salud (12).

En Perú, a pesar de experimentar un significativo crecimiento económico en los últimos 15 años, el gasto público en salud en relación con el PIB ha permanecido bajo desde el 2007 (76). En el 2019, el gasto total en salud representó solo el 5,2% del PIB, con un 62,9% de financiamiento público. El gasto per cápita de ese año ascendió a US\$ 712.

La financiación de la APS se rige por la política de descentralización aplicada en el país desde el 2008. El Ministerio de Economía y Finanzas es responsable de asignar los fondos a cada nivel de gobierno según el plan de presupuesto. Estos recursos ordinarios se destinan en su mayoría al personal con contrato indefinido de los equipos básicos que operan en las redes o establecimientos de salud públicos y al mantenimiento de infraestructura. Además, estos establecimientos reciben recursos adicionales para llevar a cabo intervenciones y programas de salud, financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS), considerados como recursos directamente recaudados. También se asignan recursos a nivel regional y local a través de las direcciones regionales de salud (DIRESAS) o direcciones de salud (DISAS), con base en indicadores de desempeño por resultado (74).

Por último, en Uruguay el gasto en salud alcanza el 9,3% del PIB y es, en su mayoría, de origen público (66,6%). El gasto per cápita en salud en el 2019 fue uno de los más elevados

de la Región, al alcanzar US\$ 2310 (90). La financiación de la APS se basa en la reforma del 2007, que estableció el Fondo Nacional de Salud (FONASA), un fondo único obligatorio que recauda contribuciones progresivas de usuarios, de empresas y del Estado (83).

Además de la creación del FONASA, la reforma del 2007 mantuvo el Fondo Nacional de Recursos (FNR), que se encarga de financiar prestaciones de baja prevalencia y alto costo para todos los habitantes del país. Este fondo se sustenta en una tarifa única por beneficiario del Seguro Nacional de Salud (SNS) (83, 103).

La gestión de las fuentes de financiamiento fue uno de los cambios clave de la reforma del 2007, al establecer el FONASA como un fondo único, público y obligatorio. Este financiamiento centralizado distribuye los recursos a los proveedores en función de la población inscrita, ajustada por riesgo de edad y sexo, y el cumplimiento de metas asistenciales. Se basa en un sistema de doble entrada que combina ingresos del SNS y fondos provenientes de impuestos (80, 83).

Los trabajadores aportan entre el 3% y el 8% de su salario, según su nivel de ingresos, mientras que las empresas aportan un 5% sobre los sueldos. Cuando la suma de los aportes de trabajadores y empleadores no cubre la cuota promedio de salud, el Estado cubre la diferencia para garantizar la cobertura. Este beneficio se aplica a trabajadores de bajos ingresos y a muchos beneficiarios que no pueden cubrir la totalidad de sus cuotas de salud con sus aportes (80).

El FONASA también ha ampliado la base de contribuyentes más allá de los trabajadores formales del sector privado, para incluir a servidores públicos, dependientes más jóvenes, personas discapacitadas de cualquier edad, personas jubiladas y pensionistas de bajos ingresos, cónyuges, personas afiliadas a cajas de ayuda, profesionales independientes y otros grupos (83).

La segunda fuente de ingresos proviene de las rentas generales, financiadas a través de impuestos, que se destinan a entidades como la ASSE, Sanidad Militar, Policía y Hospital de Clínicas. La ASSE, como proveedor público, también recibe financiamiento del SNS, según la cantidad de asegurados que opten por utilizar sus servicios. En el modelo de financiamiento del SNIS, no se encuentra una fuente específica de información sobre los ingresos y gastos relacionados con la APS.

Es importante destacar que no se aplican copagos en la prestación de servicios del primer nivel de atención ni en ninguna estructura de ASSE, lo que incluye estudios diagnósticos y medicamentos proporcionados en el servicio.





# Participación de las comunidades y otras partes interesadas



La participación de las comunidades y la colaboración de diversos actores de todos los sectores desempeñan un papel fundamental en la identificación de problemas, la definición de soluciones y la priorización de acciones en el contexto de la APS y el acceso universal a la salud (6). El Informe de la Comisión de Alto Nivel “Salud Universal en el siglo XXI” subraya, en este sentido, la importancia de establecer “mecanismos de participación social reales, profundos, inclusivos y accesibles, con una perspectiva de diversidad que incluya aspectos interculturales y funcionales, para garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud” (3).

Además, dicho informe recomienda “abordar los determinantes sociales de la salud a través de intervenciones intersectoriales que fomenten cambios significativos en las condiciones ambientales, sociales, económicas, de vivienda e infraestructura básica de las poblaciones en sus territorios” (3). Estos aspectos relacionados con la participación social, la colaboración intersectorial y la consideración de la diversidad cultural y funcional en la atención de la salud y la APS se analizan como componentes clave de este mecanismo estratégico para la APS.

## **Estrategias nacionales, subnacionales y locales para la participación comunitaria**

La participación comunitaria y social en el ámbito de la salud se considera fundamental no solo para garantizar que el sistema de salud esté alineado con las necesidades de la población, sino también para fortalecer la democracia y los derechos sociales. Esto fomenta el compromiso de las personas con el sistema de salud y su mejora (103). Además, desempeña un papel esencial en la expansión de la cobertura y el acceso, ya que permite que la población participe en la formulación de políticas de salud. Para que esta participación sea efectiva, es crucial contar con marcos legales inclusivos y definir criterios claros de participación (3).

En los países que se analizan en este informe, se observan diferentes enfoques y modelos en evolución para garantizar la participación social en el ámbito de la salud. Argentina es la excepción, ya que no cuenta con una estructura formal de participación social en salud. En contraste, los demás países tienen sistemas que incluyen consejos de salud a nivel territorial o por niveles, con la excepción de Uruguay, que prevé una participación formal en sus estructuras de gestión, como las juntas nacionales de salud (JUNASA), juntas departamentales de salud (JUDESA) y juntas locales de salud (JULOSA).

Perú, por ejemplo, establece el Comité de Administración de Salud Local (CLAS), que desempeña un papel más administrativo en la gestión de los servicios de salud. Bolivia (Estado Plurinacional de) y Brasil tienen sistemas escalonados de consejos que operan desde el nivel local hasta el nacional. Bolivia (Estado Plurinacional de) también cuenta con una instancia deliberativa de gestión que incluye al presidente del Consejo Municipal de Salud. En Brasil, se organizan conferencias de salud cada dos o cuatro años, que cuentan con una amplia participación social.

En Bolivia (Estado Plurinacional de) y Ecuador, el concepto de "buen vivir" que guía las políticas de salud se refleja en la articulación intersectorial y en las instancias de participación social, que respetan la identidad cultural de las poblaciones. Estos enfoques de participación social reflejan el compromiso de abordar los determinantes sociales de la salud y de promover la cohesión social en el ámbito de la salud.

En Argentina, la participación en salud no está establecida de manera formal en instancias específicas, pero existen iniciativas tanto a nivel local como nacional. El Programa de Organización Comunitaria en Salud del Ministerio de Salud trabaja en colaboración con los sistemas de salud provinciales y municipales, así como en asociación con instituciones, organizaciones locales y otras entidades gubernamentales, con el objetivo es contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población. A su vez, el Proyecto de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (FEAPS) busca promover la participación comunitaria, facilitar la creación de espacios de diálogo donde las personas y grupos sociales pueden expresar sus necesidades, desarrollar estrategias de participación para la toma de decisiones y colaborar en la aplicación de políticas y acciones sociales y culturales (24).

En Bolivia (Estado Plurinacional de), la participación social es un elemento esencial de la APS y está profundamente arraigada en el modelo SAFCI. Este modelo promueve una gestión participativa en todos los niveles de atención médica y tiene una estructura escalonada que abarca desde el nivel comunitario hasta el nacional. Además, se llevan a cabo instancias de deliberación en cada nivel que se enfocan en el desarrollo del plan de salud y el Programa Operativo Anual de Salud, como la Mesa Municipal de Salud, la Asamblea Departamental de Salud y la Asamblea Nacional de Salud (54).

El trabajo comunitario del personal médico en el modelo SAFCI en el país tiene entre sus objetivos principales el fortalecimiento de la participación social en salud. La promoción de la participación social es activa y se lleva a cabo mediante reuniones formales e informales con líderes comunitarios de las comunidades vinculadas a cada establecimiento de salud.

La estructura de participación social en salud en Bolivia (Estado Plurinacional de) está estructurada óptimamente. El modelo de gestión participativa y control social en salud, en síntesis, se conforma por las siguientes instancias:

- **Autoridad local de salud:** es la persona representante legítima de la comunidad o el barrio (con o sin establecimiento de salud) ante el sistema de salud, encargada de realizar la planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad o barrio sobre la administración del servicio de salud y de realizar el seguimiento y el control de las acciones de salud que se realizan en la comunidad o el barrio.
- **Comité local de salud:** es la representación de las comunidades o barrios pertenecientes, desde el punto de vista territorial, a un área o sector de salud ante el sistema de salud (puesto o centro de salud), organizada en un directorio responsable de aplicar la gestión participativa y el control social para impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud.

- **Consejo social municipal de salud:** es la representación del conjunto de comités locales de salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizado en una directiva, que interactúa con el nivel de gestión municipal en salud, que son los integrantes del Directorio local de salud.
- **Consejo social departamental de salud:** es la representación de los consejos sociales municipales de salud de un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio encargado de articular las necesidades y propuestas del nivel municipal con la política departamental de desarrollo, y de realizar el control social de las acciones desarrolladas por el servicio departamental de salud.
- **Consejo social nacional de salud:** es la representación orgánica del conjunto de consejos sociales departamentales de salud y de las organizaciones sociales en el país.

Brasil cuenta con una de las estructuras de participación social más institucionalizadas, que desempeña un papel esencial en el SUS. La Ley 8142 de 1990 estableció la creación y funcionamiento de consejos de salud en tres niveles de gobierno: nacional, estatal y municipal. El Consejo Nacional de Salud (CNS) es la máxima autoridad de toma de decisiones del SUS y su composición es equitativa, con 50% de representación de usuarios y 50% distribuido entre gestores, trabajadores y proveedores de servicios de salud. De manera similar, en los 26 estados y el Distrito Federal, existen consejos estatales de salud con una estructura paritaria y, en los 5570 municipios del país, se establecen consejos municipales de salud. Además, a nivel local, pueden formarse consejos locales de salud, cuya función es orientar el funcionamiento de los servicios de salud en su zona de influencia.

La ley establece que cada cuatro años se realizará la Conferencia Nacional de Salud. Estas conferencias reúnen a diversos actores, como movimientos sociales, entidades relacionadas con la salud, trabajadores, gestores y proveedores de servicios de salud, en los niveles nacional, estatal y municipal. Su objetivo principal es evaluar la situación del sistema de salud y proponer directrices para la formulación de políticas de salud en todos los niveles de gobierno. Las conclusiones de estas conferencias orientan la elaboración de planes de salud y la definición de acciones prioritarias a nivel estatal, municipal y nacional. En el 2023, se realizó la 17.<sup>a</sup> Conferencia Nacional de Salud, que implicó la celebración de instancias en los municipios, conferencias locales y la elección de delegados que participan en las conferencias.

Otra forma de participación son las consultas públicas, consistentes en espacios en línea en los que la población puede expresar sus opiniones sobre cuestiones específicas planteadas por los gestores de salud. La realización de consultas públicas es opcional para los gestores y se rige por las normas de los organismos reguladores de salud (104, 105).

En Chile, la participación se canaliza a través de los consejos locales de salud (CLS) y los centros de desarrollo local (CDL), aunque la falta de recursos y de poder de decisión limitan su efectividad. Además, se utilizan otras estrategias de participación en salud, como los consejos consultivos de usuarios, los diagnósticos participativos y los mecanismos de retroalimentación de usuarios (97).

En Colombia por su parte, la participación social en salud es un principio rector del SGSSS, respaldado por una ley de participación social promulgada en el 2017 (106). Los mecanismos institucionales de participación incluyen los consejos territoriales de seguridad social en salud (CTSSS), los comités de participación comunitaria en salud (COPACOS), las superintendencias cívicas y las asociaciones de usuarios (16).

En Ecuador, la Constitución del 2008 y las normativas posteriores, como la Ley Orgánica de Participación Ciudadana (2009), el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomías y Descentralización (2010) y el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, establecen una estructura institucional compleja que incorpora espacios de participación ciudadana en múltiples niveles de gobierno, y en la planificación nacional y territorial. También se crearon Consejos Nacionales de la Igualdad para promover enfoques de igualdad en políticas públicas (género, intergeneracional, discapacidad, movilidad humana y de grupos étnicos) (35).

En Paraguay, el desarrollo de las regiones sanitarias ha sido acompañado por el desarrollo de instancias de participación como el Consejo Nacional de Salud (CNS), consejos regionales de salud (CRS) y consejos locales de salud (CLS). Asimismo, en el 2015 se creó el Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (CONASAPI), constituido luego mediante Resolución SG.194/2016 (41). Los consejos regionales y locales de salud se convocan de manera periódica y cuentan con la participación de coordinadores de microrredes, con foco en la APS. Aunque los consejos locales de salud tienen una composición diversa, su acción se enmarca en la Ley 1032 del 1996, que crea el Sistema Nacional de Salud, y la Ley 3007 del 2006, que la modifica (41).

En Perú, el Programa Administrativo Compartido (PAC) y el Comité de Administración de Salud Local (CLAS), creados en 1994 como parte de la reforma de salud y descentralización, promueven la cogestión entre la comunidad y los profesionales de la salud. El PAC buscó promover y articular la asistencia médica de la comunidad a través del CLAS, definido como una persona jurídica autogestionada sin fines de lucro y conformado por tres ejes: 1) representantes de la comunidad, 2) representantes del Estado, y 3) el director o el establecimiento de salud local. Los CLAS han redundado en mejoras en la atención médica, incluida una mayor satisfacción del paciente y una mayor flexibilidad en los pagos para personas de bajos recursos (107).

Por último, en Uruguay, existen representaciones sociales en diversas instancias del SNIS, como la JUNASA, en la que participan representantes de trabajadores y usuarios de forma honoraria, y los consejos asesores honorarios departamentales y locales, denominados juntas departamentales (JUDESA). Además, se han realizado acciones para formar consejos y juntas locales de salud. En cuanto a la participación relacionada con políticas específicas, la Ley 19529 establece la conformación de la Comisión Intersectorial en Salud Mental dentro del Consejo Nacional de Políticas Sociales, como organismo articulador de los distintos ministerios, usuarios, sindicatos, sociedad civil y otros actores pertinentes (108).

En el cuadro 6 se enumeran las normativas de participación social en salud en los países mencionados.

**CUADRO 6. Legislación sobre la participación formal en salud en países seleccionados de América del Sur**

País	Legislación (año)
<b>Bolivia (Estado Plurinacional de)</b>	Ley N.º 1551 de Participación Popular (1994) y Decreto Supremo N.º 29601 de Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (2008)
<b>Brasil</b>	Constitución Federal de 1988 y Ley Orgánica de la Salud N.º 8142/90 (1990)
<b>Chile</b>	Ley N.º 19937 sobre la autoridad sanitaria (2004)
<b>Colombia</b>	Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social N.º 2063 (2017)
<b>Ecuador</b>	Ley Orgánica de Participación Ciudadana (2009)
<b>Paraguay</b>	Ley N.º 5469/2015 de Salud de los Pueblos Indígenas; Resolución S.G. N.º 194/2016 sobre el Consejo de Salud Indígena, Ley N.º 1032/96 y Ley N.º 3007/06 sobre los Consejos de Salud
<b>Perú</b>	Ley N.º 29124 sobre el Comité de Administración de Salud Local (2008)
<b>Uruguay</b>	Ley N.º 18211/07; Decreto N.º 237 (2011) y Ley N.º 19529 sobre la Comisión Intersectorial en Salud Mental

Fuente: elaboración propia.

## Política y acción intersectorial

La intersectorialidad, que implica la colaboración entre diversos sectores para abordar los determinantes sociales de la salud, es un componente fundamental de la APS (7). Al intervenir en los procesos de determinación social, se fortalece tanto la APS como la intersectorialidad en la promoción de la salud. Estos dos aspectos se complementan al detectar las necesidades de la población en un territorio y actuar de manera coordinada. Para lograrlo, es crucial desarrollar políticas sólidas diseñadas para territorios específicos y contar con personal capacitado (3).

La Comisión de Alto Nivel "Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata" de la OPS recomienda abordar los procesos de determinación social a través de intervenciones intersectoriales que generen cambios significativos en las condiciones ambientales, sociales, económicas, de vivienda e infraestructura básica en un territorio determinado (3). En general, los países analizados presentan orientaciones y estructuras que favorecen la intersectorialidad.

En Argentina, el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales integra ministerios relacionados con el ámbito. Destacan también iniciativas intersectoriales como el Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables, que promueve un enfoque integral de los determinantes y condicionantes de la salud. Los centros de integración comunitaria (CIC) integrados por los ministerios de salud, de desarrollo social, de trabajo y de planificación, y por el gabinete social representan un modelo de gestión pública que integra políticas de APS y desarrollo social a nivel municipal (20).

Otro de los ejemplos de intersectorialidad estructurada es el de Ecuador, que coordina las acciones a través del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, que involucra a varios ministerios, incluido el de salud. Algunas de las áreas más importantes en las que se realizan acciones intersectoriales son la educación sanitaria, las campañas nacionales de inmunizaciones, la provisión de alimentos y nutrición, y los programas de seguridad y soberanía alimentaria (37).

Chile, Colombia, Perú y Uruguay también muestran una coordinación más estructurada y específica entre los sectores. En Chile, la Acción Intersectorial por la Salud (AIS) se coordina desde el nivel nacional hasta el local, bajo la dirección del Ministerio de Salud y los gobiernos locales. La APS se conecta con la AIS a través de programas de protección social y Comités Vida Chile que aplican políticas de promoción de la salud con la participación de los equipos de salud y la comunidad.

En Colombia, la Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada mediante el Decreto N.º 859 del 2014, tiene como objetivo coordinar y dar seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública, así como coordinar a diversos actores de varios sectores para abordar los determinantes sociales de la salud mediante políticas públicas. Además, se han constituido otras comisiones que promueven el trabajo intersectorial en salud, tales como la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, la de medidas sanitarias y fitosanitarias, la Red

para la Superación de la Pobreza Extrema (UNIDOS), y de seguridad alimentaria y nutricional, entre otras (33).

En Perú, las acciones intersectoriales se centran en estrategias de promoción de la salud para abordar problemas prioritarios de salud, y se desarrollan planes de acción conjuntos con diversos sectores e instituciones, incluido el Ministerio de Educación y el Ministerio de Vivienda, entre otros. Además, el país cuenta con una Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS), liderada por el Ministerio de Salud y formulada a partir del consenso con los sectores responsables de intervenir en los determinantes sociales de salud priorizados y con los gobiernos regionales y locales (77).

En Uruguay funciona un Consejo Nacional de Políticas Sociales que involucra al Ministerio de Salud y sirve de instancia de coordinación. Desde el 2012 funcionan también programas transversales como Uruguay Crece Contigo, que prioriza a las familias en condiciones de gran vulnerabilidad, con un enfoque de apoyo a la primera infancia (80, 109). Su desarrollo ha permitido fortalecer la práctica de la intersectorialidad en el territorio con la participación organizaciones formales y no formales de la comunidad y del Estado con presencia territorial, intendencias municipales y alcaldías (7, 38).

En algunos países, como Bolivia (Estado Plurinacional de) y Brasil, la intersectorialidad está presente en políticas específicas sin una coordinación interinstitucional centralizada. También se observa esta dinámica en Brasil, en el ámbito de la salud familiar, y en Bolivia (Estado Plurinacional de), en las prácticas de los equipos de SAFCI.

En Brasil, la intersectorialidad se refleja en políticas específicas, como la política nacional de salud de los trabajadores y trabajadoras, y la política de salud mental con los centros de atención psicosocial (CAPS) (110, 111), y en la forma de consejos originados de distintas políticas y programas, pero no hay una instancia a nivel nacional.

En la APS en general, los equipos de salud de la familia en el territorio promueven acciones intersectoriales con la participación de agentes comunitarios de salud que son parte de la comunidad. Se evidencia también una mayor coordinación con los sectores de educación y de asistencia social a través de dos programas, el de salud escolar y el Programa Auxilio Brasil, que reemplazó en el 2021 al Programa Bolsa Familia.

En Bolivia (Estado Plurinacional de), la intersectorialidad adopta el paradigma del “vivir bien” con una visión holística de la salud en relación con todos los determinantes sociales de la salud. La política SAFCI propone como eje principal la promoción de la salud mediante el efecto de sus determinantes sociales en el nivel local, y recurre para ello a la visita familiar como estrategia clave y a la carpeta familiar como instrumento de política social (54).

En Paraguay, las acciones intersectoriales se logran a través de colaboración con organizaciones comunitarias y otros sectores sociales, con un enfoque en el apoyo y la asistencia a grupos en condiciones de vulnerabilidad. El trabajo intersectorial se lleva a cabo en su mayor parte

a nivel comunitario, desde los ESF y a través de comisiones vecinales y consejos de salud. Desde la aplicación de la estrategia de la APS, se han formalizado el 98% de los consejos locales de salud a nivel país (72).

## Interculturalidad

América del Sur alberga una rica diversidad cultural, con una presencia destacada de comunidades indígenas. Se estima que en el 2010, existían al menos 826 grupos indígenas en América Latina, concentrados sobre todo en Bolivia (Estado Plurinacional de Bolivia), Ecuador y Perú (112). El fortalecimiento de la APS, con su énfasis en la universalidad y la promoción de la salud, requiere una apreciación del enfoque comunitario y un diálogo efectivo entre las diversas culturas presentes en la sociedad, con inclusión de los pueblos originarios, campesinos, indígenas, afrodescendientes y migrantes. Esto implica el reconocimiento de sus raíces históricas y culturales, y de sus diferentes perspectivas sobre la salud y la enfermedad, así como la preservación de sus conocimientos y tradiciones ancestrales (3).

La interculturalidad se entiende como la sensibilidad cultural hacia la inserción comunitaria y el respeto por las costumbres de los pueblos originarios locales y otras culturas, incluidas las de las personas migrantes (113). En América Latina, se han desarrollado diversas experiencias exitosas de interculturalidad que promueven la complementariedad entre la medicina ancestral y la biomedicina (3). El enfoque intercultural en los servicios de salud, y la incorporación de los saberes y prácticas de la medicina tradicional de los pueblos originarios y campesinos es cada vez más relevante en las políticas de salud, en especial en países como de Bolivia (Estado Plurinacional de) y Ecuador, que han establecido estados plurinacionales y han orientado sus políticas hacia el "buen vivir".

A nivel general, la atención intercultural se ha desarrollado en mayor medida en los programas específicos de salud indígena. Países como Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú han aplicado políticas dirigidas a los pueblos indígenas, las cuales suelen estar definidas en la normativa de algún nivel del sistema de salud.

Bolivia (Estado Plurinacional de) destaca por tener una política de atención intercultural con una estructura especial, y es uno de los pilares de la política SAFCI. Además, ha incorporado a médicos tradicionales a los centros de salud y, en el 2006, estableció un viceministerio de medicina tradicional e interculturalidad en el Ministerio de Salud y Deportes. Su misión principal consiste en fomentar la inclusión de la medicina tradicional en el sistema de atención médica.

En este contexto, los equipos de primer nivel reconocen la relevancia del enfoque intercultural en la atención y asumen la responsabilidad de coordinar acciones con los médicos tradicionales locales. Una práctica común en los centros de salud de las zonas rurales es la contratación de médicos tradicionales para que colaboren con el establecimiento de salud. Este enfoque intercultural destaca sobre todo en la atención durante el parto. Varios centros de atención de partos institucionales han diseñado ambientes para la atención de partos interculturales,

incluido el mobiliario que facilita el parto vertical. Además, en estos establecimientos, los equipos de atención a menudo incorporan y capacitan a parteros y parteras tradicionales que desempeñan un papel activo en la comunidad (91).

En Argentina, el Programa Médico Comunitario incluye un área de salud indígena (antes conocido como Programa Anahí) que busca mejorar la salud y calidad de vida de los pueblos originarios mediante intervenciones sociosanitarias con equipos comunitarios interdisciplinarios (20). También, el Programa Sumar (ampliación del Plan Nacer) incorpora un enfoque intercultural de salud, a través de la Salvaguarda Indígena.

En Brasil, la inclusión de la interculturalidad en la APS es un proceso reciente. La PNAB no hace mención al concepto de interculturalidad, y las acciones en este ámbito aún están en desarrollo. Sin embargo, se observan elementos de interculturalidad en la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, del 2002, que forma parte de la Política Nacional de Salud. Esta política busca brindar una atención diferenciada a las poblaciones indígenas, con respeto por sus particularidades culturales y el abordaje de las desigualdades históricas que han enfrentado (114).

En el 2008, se institucionalizaron prácticas de medicina integrativa y complementaria en el sistema de salud brasileño, aunque estas no se refieren de manera directa a la medicina tradicional de los pueblos indígenas. Sin embargo, incluyen el uso de plantas medicinales y derivados como recursos terapéuticos, y promueven entre los profesionales de la salud la valoración de la multiculturalidad. Aproximadamente el 49% de las unidades básicas de salud (UBS) de Brasil prestan servicio a poblaciones rurales, indígenas y tradicionales (115).

En Chile, a través del MAIS-FCI se promueve un modelo de salud con enfoque intercultural que involucra a los pueblos originarios en la construcción y la ejecución de políticas de salud. La incorporación de este enfoque comenzó en la Región de la Araucanía alrededor del año 1996, un enfoque que fue respaldado más tarde con la reforma sectorial del año 2005 y la constitución del Programa Orígenes del Ministerio de Salud (97). La resolución del Ministerio de Salud del 2006 ha permitido formular una política de salud y Pueblos Indígenas, y avances en la inclusión de los pueblos originarios en los beneficios y prestaciones en todos los niveles de atención que garantiza el FONASA (116). En ese marco se han logrado acuerdos de financiamiento de proyectos de autogestión comunitaria tales como el del Hospital Makewe, el Hospital Intercultural de la ciudad Nueva Imperial y Boroa Filulawen (117, 118).

Colombia, por su parte, reconoce la diversidad étnica y cultural en su Constitución Política del 1991 y ha promovido la organización de EAPB y prestadores de servicios de salud indígenas donde se desarrollan modalidades de APS interculturales y confluyen sus sistemas tradicionales de cuidado (16, 33). Los pueblos originarios buscan mantener su autonomía en materia de salud a través del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). En ese marco, se organiza la atención propia e intercultural y se busca garantizar la integralidad de la atención, la territorialización, la formación de equipos de salud con talento humano propio, la planificación contextualizada de los cuidados y la participación de la familia y la comunidad (33, 119).

Ecuador, como estado plurinacional y multiétnico, busca la complementariedad entre los distintos sistemas médicos. El Ministerio de Salud Pública cuenta con la Dirección Nacional de Interculturalidad para aplicar políticas de salud que articulen conocimientos ancestrales y prácticas alternativas en todos los niveles de gestión y atención integral (37). Además de las iniciativas gubernamentales, existen organizaciones de cuidadores ancestrales obstetras en diversas regiones, sobre todo en la zona andina, pero su relación con los equipos de APS enfrenta dificultades relacionadas principalmente con las posibilidades de financiamiento para esta actividad (37).

Paraguay tiene una alta diversidad étnica y utiliza un *Manual de Atención a Comunidades Indígenas* desde la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas. Los pilares de la Política de Salud Indígena incluyen diferentes acciones, como garantizar el acceso equitativo de la población indígena a los servicios de salud, desde la atención primaria hasta niveles de mayor complejidad, con un enfoque intercultural; promover la formación de promotores de salud, técnicos y profesionales de la salud, tanto indígenas como no indígenas, con un enfoque intercultural, y la participación de las comunidades indígenas; proteger el medio ambiente y el hábitat; fortalecer la medicina indígena; fomentar la investigación en salud, y establecer un sistema de información de salud específico para las comunidades indígenas.

En diversas comunidades, se han establecido USF en colaboración con promotores indígenas, lo que facilita una cooperación efectiva (73). Sin embargo, aún es necesario sortear un obstáculo significativo, que es garantizar que al menos el 70% de los miembros del equipo profesional de APS reciban capacitación continua con un enfoque intercultural, una meta que aún no se ha alcanzado (40).

En Perú, el Instituto Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Salud, lleva a cabo una política de interculturalidad a través del Centro Nacional de Salud Intercultural. Este centro coordina la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, que involucra el desarrollo del Observatorio de Interculturalidad y la investigación en medicina tradicional y medicina alternativa y complementaria. Entre sus proyectos, se destaca el Inventario Nacional de Plantas Medicinales y la promoción del uso seguro y consciente de la medicina alternativa y complementaria (74).

Además, la Política Sectorial de Salud Intercultural en Perú, aprobada en el 2016, ha reforzado el abordaje con el objetivo de regular las acciones de salud intercultural a nivel nacional. Esta política se aplica en todos los establecimientos de salud, ya sean públicos, privados o mixtos, en el sector de la salud. La autoridad de salud trabaja de manera activa para promover el derecho a la salud, la inclusión social y la equidad en la prestación de servicios de salud, tanto para los Pueblos Indígenas y originarios como para las comunidades afroperuanas y asiático-peruanas (77).

Uruguay, con una población rural e indígena relativamente pequeña, tiene una presencia limitada de la atención intercultural en la APS. En cuanto a las personas migrantes, aunque la ley garantiza la cobertura de salud para este grupo de población, el acceso a los servicios

presenta obstáculos. En el 2017, en un esfuerzo por abordar estos desafíos, la asociación Idas y Vueltas, una organización de la sociedad civil que brinda asesoramiento a la población migrante en Montevideo desde el 2002, estableció la Consulta de Enfermería Intercultural. El propósito de esta consulta es proporcionar asistencia a las personas migrantes y facilitar su integración en la red del SNIS (120).

En el cuadro 7 se sintetizan las principales iniciativas de participación social, intersectorialidad e interculturalidad en salud en los países estudiados.

**CUADRO 7. Estrategias de participación social, intersectorialidad e interculturalidad en salud en países seleccionados de América del Sur**

País	Estructuras formales de participación social en salud	Coordinación con otros sectores	Acción intercultural formal o informal
<b>Argentina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales</li> <li>• Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables</li> <li>• Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias (Ministerio de Salud)</li> <li>• Centros de integración comunitaria (CIC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa Anahí de salud indígena</li> <li>• Subprograma Equipos comunitarios para pueblos originarios</li> </ul>
<b>Bolivia (Estado Plurinacional de)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoridad sanitaria local</li> <li>• Comité local de salud</li> <li>• Consejo sociales municipales de salud</li> <li>• Consejos sociales departamentales de salud</li> <li>• Consejos sociales nacionales de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de desarrollo social orientada por el “vivir bien”</li> <li>• Equipos SAFCI/Mi Salud: desarrollan acciones intersectoriales</li> <li>• Consejos de salud: integran otros sectores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La interculturalidad es uno de los pilares de la política nacional de salud familiar comunitaria intercultural</li> <li>• Enfoque intercultural en centros de salud</li> <li>• Acciones del viceministerio de promoción, vigilancia epidemiológica y medicina tradicional</li> </ul>

**CUADRO 7. Estrategias de participación social, intersectorialidad e interculturalidad en salud en países seleccionados de América del Sur (continuación)**

País	Estructuras formales de participación social en salud	Coordinación con otros sectores	Acción intercultural formal o informal
<b>Brasil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejos municipales de salud</li> <li>• Consejos estatales de salud</li> <li>• Consejo Nacional de Salud</li> <li>• Conferencias de salud periódicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones intersectoriales en políticas y consejos específicos</li> <li>• APS de orientación comunitaria territorializada</li> <li>• Los equipos deben mediar acciones intersectoriales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subsistema indígena de atención a la salud</li> <li>• Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias</li> </ul>
<b>Chile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejos locales de salud (CLS)</li> <li>• Centros de desarrollo local (CDL)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acción Intersectorial por la Salud bajo la coordinación del Ministerio de Salud y de los gobiernos locales</li> </ul>	Política de Salud y Pueblos Indígenas (Ministerio de Salud)
<b>Colombia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejos Territoriales de Aseguramiento Social en Salud</li> <li>• Comités de participación comunitaria en salud</li> <li>• Superintendencias cívicas</li> <li>• Asociaciones de usuarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comisión Intersectorial de Salud Pública para coordinar y concertar con diversos sectores para actuar sobre los determinantes sociales de la salud</li> <li>• Comisiones intersectoriales temáticas</li> </ul>	Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural
<b>Ecuador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejos ciudadanos</li> <li>• Consejos locales de planificación provincial, municipal y parroquial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio Coordinador de Desarrollo Social: se encarga de la coordinación intersectorial con los ministerios de deporte, vivienda, educación, medio ambiente, movilidad humana y salud</li> </ul>	Dirección Nacional de Interculturalidad (Ministerio de Salud Pública)

**CUADRO 7. Estrategias de participación social, intersectorialidad e interculturalidad en salud en países seleccionados de América del Sur (continuación)**

País	Estructuras formales de participación social en salud	Coordinación con otros sectores	Acción intercultural formal o informal
Paraguay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejo Nacional de Salud</li> <li>• Consejos regionales y consejos locales de salud</li> <li>• Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los equipos de salud familiar deben realizar acciones intersectoriales en su territorio con autogestión e impulsar la conformación de comisiones vecinales y consejos de salud</li> </ul>	Dirección de Salud Indígena
Perú	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comités de administración de salud local a nivel municipal, distrital y provincial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (Programa Perú, País Saludable)</li> </ul>	Centro Nacional de Salud Intercultural (Ministerio de Salud)
Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juntas nacionales de salud</li> <li>• Juntas departamentales de salud</li> <li>• Juntas locales de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uruguay Crece Contigo: con acción coordinada entre los ministerios bajo coordinación del Ministerio de Desarrollo Social</li> </ul>	Enfermería Intercultural de Idas y Vueltas (organización no gubernamental).

*Fuentes:* Cruz MJB, Santos AF, Macieira C, Abreu DMX, Machado ATGM, Andrade EIG. Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais. Cad Saude Publica. 2022;38(2):e00088121. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088121>; Hernández M, Rodríguez J, Mesa L, Mosquera E. Capítulo 5: Colombia. En: Vaitzman J, Ribeiro JM, Motta JJ. Sistemas híbridos de saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2019:223-271; Langsam M, Fontela M, Monsalvo M. Capítulo 3: Argentina. En: Vaitzman J, Ribeiro JM, Motta JJ. Sistemas híbridos de saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2019:223-271; Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Argentina. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasArgentinaISAGS1.pdf>; Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Paraguay. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasParaguayISAGS1.pdf>; Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria a la salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Uruguay. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasUruguayISAGS1.pdf>; Tejerina Silva H. Atención primaria de salud en Bolivia, Ecuador y Venezuela: ¿transición hacia la atención primaria integral? En: Giovannella L (coord.). Atención primaria de salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2015. Disponible en: [http://www.rets.epsiv.fiocruz.br/sites/default/files/archivos/biblioteca/livro\\_atencao\\_primaria\\_de\\_saude\\_2015\\_esp-2.pdf](http://www.rets.epsiv.fiocruz.br/sites/default/files/archivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf); Tejerina Silva H. Mapeo y análisis de la atención primaria de salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Bolivia. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/268685556\\_Mapeo\\_y\\_Analisis\\_de\\_los\\_Modelos\\_de\\_Atencion Primaria\\_en\\_Salud\\_en\\_los\\_Paises\\_de\\_America\\_del\\_Sur\\_Mapeo\\_de\\_la\\_APS\\_en\\_Bolivia](https://www.researchgate.net/publication/268685556_Mapeo_y_Analisis_de_los_Modelos_de_Atencion Primaria_en_Salud_en_los_Paises_de_America_del_Sur_Mapeo_de_la_APS_en_Bolivia); Tejerina Silva H. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Ecuador. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasEcuadorISAGS1.pdf>; Vega Romero R, Acosta Ramírez N. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Chile. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014; Vega Romero R, Acosta Ramírez N. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Colombia. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapaColombiaISAGS1.pdf>.



# Modelos de atención



Para lograr un enfoque integral de la APS, es esencial aplicar modelos de atención que promuevan servicios de salud de alta calidad, centrados en las necesidades de las personas, las familias y las comunidades, en el marco de una provisión integrada a lo largo de todo el curso de vida (6). Los modelos de atención tienen efectos en aspectos como el diseño de la prestación de servicios, la infraestructura física, la coordinación de la atención y la integración de la red de servicios. Además, influyen en la fuerza laboral y en la aplicación de las tecnologías que se utilizan para facilitar la aplicación del modelo de atención deseado (6).

## **Abordajes y modelos de atención en atención primaria de salud**

En varios de los países estudiados, se observa una revitalización de la APS, guiada por mandatos regionales recientes y con componentes comunes, que incluyen los siguientes aspectos:

- Garantía de acciones preventivas, promocionales, curativas y rehabilitadoras en un enfoque de APS integral.
- Establecimiento del primer nivel de atención como la puerta de entrada al sistema de salud.
- Enfoque en la familia, la comunidad y la adscripción territorial.
- Equipos interprofesionales (con distintas variaciones en la terminología según cada país), pero que refieren a diferentes profesiones que comparten una identidad de equipo y trabajan juntas de manera integrada e interdependiente para resolver problemas de atención complejos y brindar servicios (121).
- Enfoque intercultural, en el que destacan experiencias como el concepto de "buen vivir" en Bolivia (Estado Plurinacional de) y Ecuador.

En el cuadro 8 se sintetizan los abordajes de la APS en los nueve países analizados.

**CUADRO 8. Concepciones y modelos de atención primaria de salud en países seleccionados de América del Sur, 2022**

Países	Conceptos y modelos de APS
Argentina	El 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, las familias y la comunidad, con una organización descentralizada, participación de los pueblos originarios en su salud, líneas de cuidado priorizadas, evaluación de resultados y cobertura efectiva.
Bolivia (Estado Plurinacional de)	La salud familiar comunitaria intercultural está orientada a la aplicación del sistema único de salud por intermedio de la participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad e integralidad. Los profesionales que trabajan en el modelo de la SAFCI responden e informan a la autoridad del Ministerio de Salud y Deportes, del cual emanan las instrucciones, las prioridades y las iniciativas de acción.
Brasil	El modelo de atención de la APS en Brasil ha sido la Estrategia Salud de la Familia, sobre todo hasta el 2016. La APS brasileña es de orientación comunitaria e incorpora los atributos de puerta de entrada preferencial, equipos interprofesionales, participación comunitaria, intersectorialidad, abordaje de los determinantes sociales de la salud, uso de tecnología apropiada y relación sostenible ente el costo y el beneficio, además de guiarse por ellos. Estas orientaciones generales están claras en la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) del 2011 y se modificaron en la actualización del 2017.
Chile	El Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria, con un enfoque ampliado de la Declaración de Alma-Ata, está centrado en las personas, la atención integral y continua en los centros de salud familiares y comunitarios por intermedio del fortalecimiento de los equipos básicos de salud, el trabajo en red e intersectorial, la gestión local y la participación.
Colombia	Cuenta con tres modelos de APS, independientes y sin articulación entre ellos: 1) modelo de atención básica de primer nivel, regido por las entidades administradoras de planes de beneficio, con base en la gestión del riesgo individual a través de acciones clínicas costo-efectivas; 2) modelos aplicados por las autoridades locales de salud, con base en acciones colectivas o de salud pública que se ofrecen sin discriminación, y 3) modelos interculturales de los pueblos originarios.

**CUADRO 8. Concepciones y modelos de atención primaria de salud en países seleccionados de América del Sur, 2022 (continuación)**

Países	Conceptos y modelos de APS
Ecuador	El país cuenta con el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, con intervenciones en los ámbitos de promoción y prevención de la salud, y 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	El país cuenta con e el Modelo de Atención Integral en Salud, con una perspectiva integral a través del desarrollo de un primer nivel de atención que incorpora intervenciones de salud pública con un enfoque con base en los derechos humanos, la participación social, el empoderamiento de la comunidad y la colaboración intersectorial, con la integración de programas horizontales de alta repercusión en la atención de salud.
Perú	El Modelo de Cuidado Integral por curso de vida para la persona, familia y comunidad (antes Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad) es la puerta de entrada a partir de los establecimientos de salud del primer nivel con sus acciones extramuros e intramuros, atención integral, con provisión continua y con calidad de una atención orientada a cubrir las necesidades de salud, con hincapié en la promoción de la salud y la prevención de riesgos de los individuos en el contexto de su familia y comunidad y en un marco de corresponsabilidad con la persona involucrada y los actores sociales.
Uruguay	Tiene a la APS como estrategia, y prioriza el primer nivel de atención (PNA) con actividades dirigidas a los individuos, la familia, la comunidad y el medioambiente, con adecuada resolutiveidad 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 PNA se organiza en el subsector público en redes de atención primaria, que son unidades ejecutoras con autonomía de gestión técnica, presupuestal y de la fuerza de trabajo en salud.

Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, en todos los países analizados persisten desafíos relevantes. En Argentina, el Plan Federal de Salud (122) establece que la APS es una estrategia que concibe de manera integral los problemas de salud, enfermedad y atención de las personas y la comunidad, y que se cumple por medio de los distintos programas prioritarios de salud (Programa Médicos Comunitarios, Programa Remediar, Programa +Redes y Plan Nacer, entre otros) (7). Aunque se concibe la APS de manera integral, existen dificultades en la coordinación y continuidad de la atención (123). En los últimos años han surgido iniciativas como el Plan nacional de calidad en salud 2021-2024 y el Plan de evaluación y mejora de la calidad en el primer nivel de atención, que buscan fortalecer el primer nivel de atención con un enfoque en la promoción y la prevención, así como la participación de las comunidades y la evaluación de resultados.

En Bolivia (Estado Plurinacional de), la SAFCI se ha enfrentado a problemas de coordinación y fragmentación en la APS. El personal de salud responde de manera directa al Ministerio de Salud, lo que ha generado dificultades en la integración con los servicios de salud locales y la coordinación con otros profesionales de la AP. La coordinación entre las actividades de los médicos SAFCI y la atención de primer nivel suele resultar de iniciativas locales. Esta duplicidad en la rectoría de profesionales en los establecimientos de salud de primer nivel profundiza la fragmentación del sistema en su conjunto (92).

En Brasil, la ESF ha sido el modelo prioritario de atención de la APS, y en el año 2020 alcanzó una cobertura del 60,4% de la población (124). Es posible afirmar que el enfoque de la APS en Brasil incorpora los atributos definidos por Starfield en el 1998 y se guía por ellos, que han sido ampliamente difundidos en el país desde la década del 2000, y que incluyen aspectos fundamentales como el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud, la participación activa de la comunidad, la colaboración intersectorial, el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el uso adecuado de la tecnología en la atención médica y una atención que sea sostenible en términos de costos y beneficios. Estos principios se formulan en la Política Nacional de Atención Básica.

En Chile, el MAIS-FC, en funcionamiento desde el 2002, promueve la atención integral y continua, centrada en las personas. Las estrategias para su aplicación comprendieron la transformación de los consultorios y centros de salud en centros de salud familiares (CESFAM) y comunitarios (CECOSF), el fortalecimiento de los equipos básicos de salud, la promoción del trabajo en red e intersectorial, la gestión a nivel local y el fomento de la participación de la comunidad. A pesar de los avances en los aspectos del MAIS-FC relacionados con las tecnologías, la promoción de la salud y la participación comunitaria, se informa un menor desarrollo de los ejes de enfoque familiar y calidad (125).

En Colombia, se ha establecido una división en la prestación de servicios de salud que se traduce en la separación de acciones colectivas o de salud pública a cargo de las autoridades locales y de actividades clínicas individuales a cargo de las EAPB (33). Bajo este marco, se han desarrollado tres modelos de atención: 1) el modelo de atención básica de primer nivel, administrado por las entidades administradoras de planes de beneficio, se enfoca en la gestión del riesgo individual a través de acciones clínicas costo-efectivas incluidas en el

Plan de beneficios en salud; 2) los modelos aplicados por las autoridades locales de salud se basan en acciones colectivas o de salud pública, y están diseñados para ofrecerlos sin discriminación, y 3) los modelos interculturales específicos para los pueblos originarios (33).

Recientemente se ha propuesto superar esta fragmentación a través del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), que destaca por hacer hincapié en lo territorial y en la participación social. Sin embargo, a pesar de las acciones y el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, este modelo aún no ha logrado integrar la gestión de un SGSSS fragmentado y segmentado bajo el liderazgo de las autoridades locales, de manera que persiste como problema hasta la fecha (126).

En Ecuador, el MAIS-FCI ha enfrentado dificultades para su puesta en marcha a nivel local, pero todavía es un pilar clave en la reorganización del sistema de salud (127). El modelo se plantea integrar y consolidar la estrategia de APS en los cuatro niveles de atención, con reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y el fortalecimiento del proceso de recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y entorno, con hincapié en la participación organizada de la sociedad.

En Paraguay, se ha fortalecido un modelo de APS centrado en la atención primaria con enfoque en los derechos humanos y la participación comunitaria. El sistema de salud creado en el 1996 sufrió cambios significativos a partir de las directrices del 2008 que fortalecieron un modelo de atención centrado en la APS, denominado Modelo de Atención Integral en Salud (73).

En Perú, el MAIS-BFC ha sido relevante, con un enfoque en la atención integral y la promoción de la salud, y fundamental para consolidar el primer nivel de atención con sus acciones extramuros e intramuros como la puerta de entrada al sistema. Desde el 2020, se ha transitado hacia el Modelo de Cuidado Integral por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI) con el objetivo de lograr un acceso universal a la salud. Este modelo establece paquetes de atención según el curso de vida para la cobertura que presta el SIS y refuerza los atributos esenciales de la APS, como el acceso, la integralidad, la longitudinalidad y la conexión cercana con la comunidad. Además, se enfoca en el desarrollo en un contexto territorial específico (77, 84).

Por último, Uruguay ha priorizado el primer nivel de atención en su SNIS; sin embargo, en el país no se ha establecido un modelo nuevo de APS de manera explícita (43). El primer nivel de atención, desde la perspectiva normativa, comprende un conjunto de actividades sectoriales dirigidas a las personas, familias, comunidades y el entorno. Estas acciones se llevan a cabo mediante equipos interdisciplinarios equipados con la infraestructura y tecnología necesarias para brindar atención ambulatoria, domiciliaria, de urgencia y emergencia (7).

En el ámbito del subsector público de la ASSE, en el 2005 se estableció la Red de Atención Primaria (RAP) en Montevideo, y en el 2010, con la Ley 18719, se extendió a nivel nacional,

con las RAP como unidades ejecutoras del primer nivel en cada departamento. Esta modalidad organizativa es de gran relevancia, ya que garantiza que las redes de atención primaria funcionen como unidades independientes y autónomas, desvinculadas de las estructuras hospitalarias. Además, cuentan con su propio equipo de gestión y dirección, tienen capacidad para gestionar y asignar personal de salud y definir perfiles profesionales, así como financiamiento propio para adquirir suministros e invertir en mejoras en la atención primaria de salud (128).

## **Territorialización de los servicios y equipos interprofesionales de atención primaria de salud**

Todos los países estudiados cuentan con un equipo interprofesional de salud definido para el primer nivel de atención en el marco de su modelo de atención (129). La territorialización de los servicios de atención primaria con adscripción poblacional por equipos es una práctica común en todos los países analizados, aunque su nivel de aplicación y desarrollo varía de manera considerable (cuadro 9). En Colombia, a pesar de que la PAIS establece la asignación de la población afiliada al SGSSS a equipos interprofesionales de salud, la adscripción poblacional no suele realizarse debido a la falta de una territorialización adecuada, lo que resulta en una dispersión de la población usuaria (33).

En Uruguay, por otro lado, no existe un sistema formal de adscripción de usuarios, pero se considera a la población usuaria habitual en función de su utilización de los servicios (130). En este país, la colaboración entre la ASSE y la Dirección Nacional de Ordenamiento Territorial ha dado lugar a una propuesta de definición de zonas de intervención territorial y a un modelo multiescalar, que se encuentra en proceso de conformación (131).

En Bolivia (Estado Plurinacional de), las personas usuarias tienen la posibilidad de acceder a otros servicios en la práctica, aunque tengan una vinculación geográfica a un solo establecimiento del primer nivel (92). En algunos países, como Uruguay y Chile, las personas usuarias pueden inscribirse en los servicios de la APS de acuerdo con su elección personal (37). En Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile y Colombia, se requiere un registro activo por parte de la ciudadanía para acceder a los servicios de la APS (7).

Es importante destacar que el número de habitantes asignados por equipo varía tanto dentro de un mismo país como entre los países, con promedios que oscilan entre 3000 en Brasil y 4000 en Ecuador, hasta 5000 en Chile y Paraguay (cuadro 9). En Colombia no se ha definido una cantidad específica de personas usuarias por equipo, aunque según un reciente lineamiento técnico, el Equipo de Salud Territorial (EST) tendría la capacidad de ejecutar acciones en un territorio de hasta 5000 familias (132). Además, en todos los países, el número de habitantes asignados por equipo de APS puede variar en función de las características específicas de los territorios, como su ubicación en zonas rurales o su condición de mayor vulnerabilidad social (33, 37, 91, 97).

**CUADRO 9.** Territorialización, adscripción poblacional y número de habitantes asignados por equipo interprofesional de atención primaria de salud en países seleccionados de América del Sur, 2022

Países	Territorialización y adscripción poblacional de los servicios de APS	Número de habitantes asignados por equipo interprofesional de APS
Argentina	Diferenciada por provincias	3200 a 4000
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Población asignada con base en la zona geográfica de responsabilidad de los establecimientos de primer nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1000 a 20 000 en centros de salud</li> <li>• 500 a 1000 en puestos de salud</li> </ul>
Brasil	Población asignada por equipo en la Estrategia de Salud de la Familia	3000 (hasta 4500) por equipo en la Estrategia de Salud de la Familia
Chile	Población asignada por equipo, la inscripción es por iniciativa de las personas	Hasta 5000 por equipo multidisciplinario
Colombia	Adscripción poblacional no suele realizarse en las empresas administradoras de planes de beneficios	No hay una norma general Hasta 5000 familias según lineamiento reciente
Ecuador	Territorialización por circuitos y distritos y adscripción poblacional por dispensarización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4000 en zonas urbanas</li> <li>• 1500 a 2500 en zonas rurales</li> </ul>
Paraguay	Población asignada por equipo de salud de la familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3500 a 5000 en zonas urbanas</li> <li>• La densidad y dispersión poblacional se toman en cuenta en las zonas rurales</li> </ul>
Perú	Las personas usuarias de los equipos multidisciplinarios de salud se registran por zona de residencia en el establecimiento de salud de primer nivel más cercano	500 a 800 familias

**CUADRO 9. Territorialización, adscripción poblacional y número de habitantes asignados por equipo interprofesional de atención primaria de salud en países seleccionados de América del Sur, 2022 (continuación)**

Países	Territorialización y adscripción poblacional de los servicios de APS	Número de habitantes asignados por equipo interprofesional de APS
Uruguay	Avances en la definición de las ZIT (RAP Montevideo), pero aún en desarrollo en el resto de las regiones definidas por la ASSE, donde las RAP tienen su padrón de población a cargo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montevideo (ASSE): 1500 usuarios por ZIT y EBI.</li> <li>• Otras regiones: sin definir (padrón de población a cargo)</li> </ul>

APS: atención primaria de salud, EBI: equipo básico de intervención, RAP: redes de atención primaria, ZIT: zonas de intervención territorial. Fuentes: Cuba-Fuentes MS, Romero-Albino Z, Dominguez R, Rojas-Mezarina L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma-Ata. *An Fac Med*. 2018;79(4):346-350. Disponible en: [www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832018000400013&script=sci\\_arttext&tling=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832018000400013&script=sci_arttext&tling=pt); Giovanella L, Almeida PF. Atenco primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saude Publica*. 2017;33(S2):e001188161; Giovanella L, Vega-Romero R, Tejerina Silva H, Almeida PF, Ríos G, Goede H, et al. Atención primaria de salud en Suramérica. ¿Reorientación hacia el cuidado integral? En: Giovanella L (ed.). *Atención primaria de salud en Suramérica*. Río de Janeiro: ISAGS; 2015:23-58. Disponible en: [http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro\\_atencao\\_primaria\\_de\\_saude\\_2015\\_esp-2.pdf](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf); Langsam M, Fontela M, Monsalvo M. Capítulo 3: Argentina. En: Vaitzman J, Ribeiro JM, Motta JJ. *Sistemas híbridos de saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteo e equidade*. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2019:223-71; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. *Lineamientos para la organización y operación de los equipos básicos de salud*. Resolución 2788 del 2022. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2023. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamientos-operacion-equipos-basicos-salud-resolucion-2788-2022.pdf>; Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Argentina. Río de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasArgentinaISAGS1.pdf>; Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Paraguay. Río de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasParaguayISAGS1.pdf>; Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria a la salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Uruguay. Río de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: [www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasUruguayISAGS1.pdf](http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasUruguayISAGS1.pdf).

La cobertura de la APS a través de estos modelos nuevos de atención es variable y tiene relación directa con la velocidad de aplicación de los cambios en cada país. En Brasil, alrededor de 62% de la población está cubierta por equipos de la ESF, mientras que, en Paraguay, aproximadamente 32% cuenta con cobertura a través de las USF (133). En Perú, alrededor de 60% de la población está cubierta por “equipos básicos de salud familiar y comunitaria”, con mayor presencia en la capital, Lima (134). Por lo general, la población asignada al primer nivel de atención, proporcionada por los subsistemas públicos, abarca a la población en condiciones de mayor vulnerabilidad, que carece de otras formas de cobertura, así como a grupos prioritarios como personas mayores, escolares, personas gestantes, niños y niñas menores de cinco años y personas en situaciones sociales especiales, como indocumentadas y personas privadas de libertad (33, 97, 134).

La composición de los equipos interprofesionales de APS varía según el tipo de unidad de salud en la que trabajen. En todos los países, los médicos generales y los enfermeros son parte integral de los equipos de los centros de salud. Además, en la mayoría de los países, se

incluye a auxiliares y técnicos de enfermería en los equipos. En otros, se establecen equipos más amplios en unidades de salud de mayor complejidad (cuadro 10).

Es importante señalar que la composición de los equipos interprofesionales de salud no es uniforme a nivel nacional en Argentina (20), y en Colombia, donde a pesar de las normativas que establecen la creación de estos equipos, su aplicación se ha limitado a experiencias del sector público (33). No obstante, en el país, se ha avanzado, hace poco tiempo, a través de la organización de equipos médicos interdisciplinarios territoriales (EMIT), que tienen como objetivo la formación de redes integradas e integrales de salud a nivel territorial, entre otros aspectos.

Cada EMIT se compone de un auxiliar de enfermería, un enfermero, un médico y un psicólogo, y se prevé la incorporación de equipos complementarios (135). En Perú, los equipos multidisciplinares de salud (EMS) están compuestos por un profesional de medicina, de enfermería y de obstetricia y por un técnico o auxiliar de salud, según la disponibilidad de recursos de la RISS. Además, pueden incluir a otros profesionales según las necesidades de salud de la población asignada a la RISS. En el caso de poblaciones excluidas y dispersas, a estos equipos se los denomina equipos de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas (equipo AISPED).

Como parte de las reformas en los modelos de atención en salud, los países han incorporado al agente comunitario de salud o promotor de salud en calidad de trabajador, ya sea remunerado o voluntario, a los equipos básicos de APS. Aunque se les asignen diferentes denominaciones, estos agentes y promotores desempeñan un papel crucial como intermediarios entre la comunidad y los establecimientos de salud, y realizan tareas extramurales y comunitarias en la mayoría de los casos (cuadro 10). En Ecuador, por ejemplo, se incluyen asistentes de salud generalistas con formación técnica en los equipos de APS, sobre todo en zonas rurales. Uruguay es una excepción, ya que no incluye al agente comunitario de salud en su equipo de APS (43).

**CUADRO 10. Composición del equipo interprofesional de atención primaria de salud en países seleccionados de América del Sur, 2022**

Países	Médico	Enfermería	Agente comunitario de salud (con pago o voluntario)	Personal de odontología y salud bucal	Otros profesionales
<b>Argentina</b>	Médico general, comunitario o de familia; pediatra, clínico y ginecólogo	Enfermero general	Agente de salud (con pago) o promotor de salud	Odontólogo	Partera, psicólogo, administrativo
<b>Bolivia (Estado Plurinacional de)</b>	Centro de salud ambulatorio y de salud integral: médico general, médico SAFCI (en general, tres en centros de salud integral)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puestos de salud: auxiliar o técnico en enfermería</li> <li>• Centro de salud ambulatorio y de salud integral: licenciado y auxiliar en enfermería</li> </ul>	Agente comunitario de salud (voluntarios y remunerados)	Centro de salud ambulatorio y de salud integral: odontólogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de salud ambulatorio: licenciado en trabajo social, técnico en farmacia, administrativo</li> <li>• Centro de salud integral: bioquímico y farmacéutico, técnico en estudios por imágenes</li> </ul>
<b>Brasil</b>	Médico general, de familia y de la comunidad	Enfermero general, de familia y comunidad, y técnico en enfermería	Agente comunitario en salud (con pago)	Odontólogo, técnico y auxiliar de odontología	Núcleo ampliado de salud de familia: psicólogo, nutricionista y kinesiólogo, entre otros profesionales

**CUADRO 10.** Composición del equipo interprofesional de atención primaria de salud en países seleccionados de América del Sur, 2022 (continuación)

Países	Médico	Enfermería	Agente comunitario de salud (con pago o voluntario)	Personal de odontología y salud bucal	Otros profesionales
<b>Chile</b>	Médico general y médico de familia	Enfermero general y matrona	Monitores voluntarios de salud	Odontólogo y auxiliar de odontología	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistente social y personal administrativo</li> <li>• Equipo con complemento: psicólogo, kinesiólogo, profesional de educación física, terapeuta ocupacional y nutricionista</li> </ul>
<b>Colombia</b>	Médico general y médico de familia	Enfermero general	Promotores de salud, caminantes de salud y agentes primarios de salud (voluntarios o con pago)	Sin especificación	Sin especificación
<b>Ecuador</b>	Médico general	Enfermero general	Técnico en atención primaria de salud (con pago)	Sin especificación	Sin especificación
<b>Paraguay</b>	Médico general y médico de familia	Un profesional con licenciatura en enfermería, un profesional con licenciatura en obstetricia y un profesional auxiliar o técnico en enfermería u obstetricia	Un agente comunitario de salud (con pago) o promotor indígena de salud por hasta 1000 habitantes (excepto en aquellas poblaciones muy dispersas, donde se realizará una evaluación técnica)	Un profesional en odontología (uno por cada tres USF)	Un personal de apoyo para actividades polivalentes y uno para tareas de limpieza

**CUADRO 10. Composición del equipo interprofesional de atención primaria de salud en países seleccionados de América del Sur, 2022 (continuación)**

Países	Médico	Enfermería	Agente comunitario de salud (con pago o voluntario)	Personal de odontología y salud bucal	Otros profesionales
<b>Perú</b>	Médico general y un médico de familia	Licenciado en enfermería o en obstetricia, y técnicos en enfermería	Agentes comunitarios de salud o promotores de salud (voluntarios)	Sin especificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstetra</li> <li>• Técnico o auxiliar asistencial en salud</li> </ul>
<b>Uruguay</b>	Médico general, médico de familia, pediatra y ginecólogo	Enfermero general	-	Sin especificación	Partero y psicólogos

Notas: SAFCI = salud familiar, comunitaria intercultural; USF = unidades de salud de la familia.

Fuentes: Cuba-Fuentes MS, Romero-Albino Z, Dominguez R, Rojas-Mezarín L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma-Ata. An Fac Med. 2018;79(4):346-350. Disponible en: [www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832018000400013&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832018000400013&script=sci_arttext&lng=pt); Giovanella L, Almeida PF. Atención primaria integral e sistemas segmentados de salud en América del Sur. Cad Saude Publica. 2017;33(52):e001188161; Giovanella L, Vega-Romero R, Tejerina Silva H, Almeida PF, Ríos G, Goede H, Acosta-Ramírez N, Oliveira S. Atención primaria de salud en Suramérica. ¿Reorientación hacia el cuidado integral? En: Giovanella L (ed.). Atención primaria de salud en Suramérica. Rio de Janeiro: ISAGS; 2015:23-58. Disponible en: [http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/archivos/biblioteca/livro\\_atencao\\_primaria\\_de\\_saude\\_2015\\_esp\\_2.pdf](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/archivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp_2.pdf); Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Política de atención integral en salud: un sistema de salud al servicio de la gente. Bogotá: MSPS; 2016. Disponible en: <https://intelectum.unisabana.edu.co/handle/10818/33014>; Ríos G, Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Argentina. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.redepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasArgentinaISAGS1.pdf>; Ríos G, Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Paraguay. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.redepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasParaguayISAGS1.pdf>; Ríos G, Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Uruguay. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.redepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasUruguayISAGS1.pdf>; Vega Romero R, Acosta Ramírez N. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Colombia. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.redepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapaColombiaISAGS1.pdf>; Vega Romero R, Acosta Ramírez N. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Chile. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014.

Las acciones y los servicios proporcionados por los equipos con un enfoque de la APS varían de un país a otro y dependen en gran medida de su historia, estructura administrativa y de los modelos. La aplicación de reformas hacia una APS renovada ha influido en la adopción de enfoques que integran actividades familiares y comunitarias en el cuidado individual de la salud. Sin embargo, en algunos países, la oferta de acciones y servicios de salud, tanto colectivos como individuales, se presenta de manera más fragmentada. Esto es especialmente evidente en el caso de Colombia, y también se observa en Uruguay y Argentina (cuadro 11).

Es importante destacar que esta heterogeneidad persiste incluso dentro de los países y se ve condicionada por una serie de factores, como diferencias políticas, económicas, disponibilidad de recursos materiales y humanos, incluida la presencia de dispositivos de atención secundaria y terciaria, así como diversos tipos de unidades de salud. En muchos casos, existen unidades de la APS más avanzadas que ofrecen una gama más amplia de servicios, como atención en salud mental, salud bucal y rehabilitación. Sin embargo, esta disponibilidad no siempre es equitativa entre la población usuaria dentro del mismo país. Algunos países, como Bolivia y Paraguay, hacen más hincapié en las actividades relacionadas con la atención maternoinfantil que en el seguimiento de enfermedades crónicas no transmisibles (72, 91).

En términos generales, las acciones y servicios de APS suelen estar organizados en planes o programas que definen un conjunto predefinido de intervenciones y procedimientos de salud accesibles para la población, incluida la provisión de medicamentos. La mayoría de los países establecen planes que abarcan toda la vida, desde la infancia y el embarazo hasta la vejez, e incluyen atención a mujeres, adolescentes y adultos. Estos planes tienden a incluir consultas ambulatorias, visitas domiciliarias, programas de vacunación, control de enfermedades infecciosas, atención prenatal, seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil, así como el abordaje de las enfermedades no transmisibles (cuadro 11).

**CUADRO 11. Acciones y servicios de los equipos interprofesionales de primer nivel de atención en países seleccionados de América del Sur, 2022**

Países	Acciones y servicios
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa Médico Obligatorio: consulta ambulatoria, atención domiciliaria e inmunizaciones.</li> <li>• Programa Remediar: suministro de medicamentos esenciales, atención de enfermedades crónicas degenerativas.</li> <li>• Programa Sumar (antes Plan Nacer): atención integral a niños y adolescentes de 6 a 19 años, y a mujeres de hasta 64 años.</li> <li>• Servicios específicos, disponibles en determinadas unidades de APS: salud bucodental, salud mental y rehabilitación.</li> <li>• Programas verticales: Plan nacional de prevención del dengue y la fiebre amarilla, Plan de reducción de la mortalidad materno-infantil, de la mujer y adolescentes, y Programa de salud sexual y procreación responsable.</li> </ul>
Bolivia (Estado Plurinacional de)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado y seguimiento a enfermedades transmisibles y no transmisibles agudas y crónicas.</li> <li>• Promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención domiciliaria e inmunizaciones.</li> <li>• Programas de asistencia materno-infantil.</li> <li>• Servicio específico, disponible en determinadas unidades de la APS: salud bucal.</li> </ul>
Brasil	<p>Las acciones y servicios de APS incluyen: promoción de la salud; prevención de enfermedades; vigilancia de la salud; tratamiento, seguimiento, reducción de daños y rehabilitación, con énfasis en las necesidades y problemas de salud de mayor frecuencia y relevancia en su territorio, observando criterios de riesgo y vulnerabilidad; recepción y atención de la demanda espontánea, incluidas urgencias y emergencias en unidades básicas de salud; atención y cuidados continuados y programados tanto en unidades de salud como en el domicilio; indicación, prescripción y realización de procedimientos terapéuticos y diagnósticos; atención individual y colectiva a todos los ciudadanos bajo su responsabilidad, independientemente de los ciclos vitales, sexo o problemas de salud que presenten a lo largo de la vida (mujeres, niños, adolescentes, personas adultas y personas mayores); salud bucodental; atención multiprofesional con equipos de apoyo con psicólogos, nutricionistas, educadores físicos y kinesiólogos; salud escolar y academia de la salud.</p>

**CUADRO 11. Acciones y servicios de los equipos interprofesionales de primer nivel de atención en países seleccionados de América del Sur, 2022 (continuación)**

Países	Acciones y servicios
Chile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de Salud Familiar: consultas por enfermedades agudas y crónicas; atención integral de prevención; promoción y tratamiento individual, familiar y comunitario a lo largo de la vida (mujeres, niños, adolescentes, personas adultas y personas mayores); cuidado de personas con enfermedades incluidas en las garantías explícitas de salud; atención domiciliaria; educación grupal en medio ambiente; diagnóstico de situación de salud con participación comunitaria; plan anual de actividades (programación); evaluación del riesgo de las familias; intervenciones familiares; salud mental y rehabilitación.</li> <li>• Programas de reforzamiento de atención primaria y salud pública: inmunización, Programa Chile crece contigo, Programa de apoyo al recién nacido, Programa nacional de alimentación complementaria (general y para las personas mayores), Programa campaña de invierno, Programa de infecciones respiratorias agudas del niño, Programa de enfermedades respiratorias del adulto, Programa de apoyo diagnóstico ambulatorio de los problemas respiratorios, Programa de atención primaria de urgencias y salud ocupacional para los trabajadores desprotegidos, entre otros.</li> </ul>
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de beneficios (PBS) (acciones de gestión del riesgo individual, brindadas por empresas administradoras de planes de beneficios): procedimientos en salud actualizados periódicamente de asistencia clínica individual, de laboratorio clínico y medicamentos</li> <li>• Plan de intervenciones colectivas (acciones de gestión del riesgo colectivo, brindadas por autoridades locales de salud): gestión del cuidado primario, soporte a las acciones de gestión del riesgo individual, caracterización socioambiental para la identificación de riesgos, coordinación entre prestadores complementarios y otros sectores, rehabilitación basada en la comunidad, inmunización, prevención y control de vectores, fortalecimiento de redes comunitarias, canalización (inducción a la demanda) a otros servicios para poblaciones priorizadas, acciones de información para la salud, intervenciones para trabajadores informales en condiciones de vulnerabilidad y tamizajes para eventos con altas externalidades sin capacidad de las empresas administradoras de planes de beneficios en poblaciones en condiciones de vulnerabilidad y con dificultades de acceso.</li> </ul>

**CUADRO 11. Acciones y servicios de los equipos interprofesionales de primer nivel de atención en países seleccionados de América del Sur, 2022**

Países	Acciones y servicios
Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones intramuros: atención integral individual por ciclo de vida (mujeres, niños, adolescentes, personas adultas y personas mayores), familiar, comunitaria y del entorno natural (ambiental) y el ambiente humano</li> <li>• Acciones extramuros: dispensarización (afiliación), registro y actualización de la ficha familiar, atención de salud en el domicilio del enfermo, prevención primaria y promoción de la salud a grupos de usuarios, educación en salud, inmunización, actividades en materia de atención familiar, información y vigilancia en salud, suministro de medicamentos esenciales, atención de enfermedades crónicas degenerativas y cuidados paliativos.</li> </ul>
Paraguay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones de promoción de la salud (brindar información y promover acciones contra los riesgos potenciales de accidente, promover modos y estilos de vida saludables, brindar conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, ofrecer orientación adecuada a las mujeres, individuos, familias y comunidades sobre situaciones sociales, laborales y familiares, generadoras de estrés psicosocial capaces de influir en la salud.</li> <li>• Acciones de prevención: detección y reducción de factores de riesgos biológicos, ambientales, laborales y sociales para la prevención de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles; vigilancia nutricional; vacunar a la población bajo su responsabilidad y promover la profilaxis de enfermedades transmisibles, entre otras.</li> <li>• Acciones de atención médica: garantizar la atención continua y sistemática, según la normativa vigente, de las personas en las diferentes etapas del curso de vida; garantizar a sus usuarios la atención médica de especialidades a través del cumplimiento de las normas de atención de referencia y contrarreferencia; y llevar a cabo atención curativa y de rehabilitación, con base en los problemas priorizados en la comunidad, entre otras.</li> <li>• Acciones de habilitación, rehabilitación e inclusión social.</li> <li>• Acciones de saneamiento (detectar y ejercer vigilancia sistemática sobre el estado de las condiciones sanitarias de la vivienda y su entorno, así como sobre los hábitos higiénicos del individuo, las familias y la comunidad, entre otras.</li> <li>• Acciones de organización social: brindar información sistemática a las comunidades, asociaciones comunales y otros sectores sobre los problemas sociales de salud y promover el empoderamiento de atención integral e intercultural en salud con enfoque familiar, comunitario e intersectorial, por parte de la comunidad, mediante la evaluación participativa, entre otras.</li> </ul>

**CUADRO 11. Acciones y servicios de los equipos interprofesionales de primer nivel de atención en países seleccionados de América del Sur, 2022 (continuación)**

Países	Acciones y servicios
Perú	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paquetes de atención integral a la familia (PAIFAM) por ciclo de vida y a la comunidad.</li> <li>• Acciones extramuros: visitas a los hogares (2 a 4 veces por año), fichas familiares para la detección de riesgos y el diagnóstico de necesidades de los individuos, las familias y la comunidad, desarrollo de planes de atención integral individual y familiar, consultas domiciliarias, educación y asesoramiento.</li> <li>• Acciones intramuros: historia clínica integral por etapa de vida y remisiones para atenciones en salud según las necesidades detectadas en las visitas domiciliarias.</li> <li>• Acciones preventivas y promocionales: políticas del Ministerio de Salud sobre entornos saludables y educación para la salud en diversas áreas temáticas, programas estratégicos por ciclo de vida y problemas de salud priorizados (salud de los adolescentes, salud de las personas mayores, salud ocular, enfermedades metaxénicas [transmitidas por vectores], control de la tuberculosis, mortalidad materna y neonatal, y desnutrición crónica, entre otras).</li> <li>• Acciones preventivas y recuperativas: servicios definidos con fondos asegurados en el Plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS) (1200 diagnósticos), el Plan complementario (4000 diagnósticos) y el Plan Esperanza (atención de personas con cáncer).</li> </ul>

**CUADRO 11. Acciones y servicios de los equipos interprofesionales de primer nivel de atención en países seleccionados de América del Sur, 2022 (continuación)**

Países	Acciones y servicios
Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención básica y de especialidades: medicina general, pediatría, ginecología, cirugía general, cardiología, psiquiatría, oftalmología, cuidado dental e inmunizaciones.</li> <li>• Exámenes y acompañamiento terapéutico: estudios, ultrasonidos, radiografías, preparación para cirugías y dispensación de medicamentos (en centros de salud y policlínicos).</li> <li>• Cuidados específicos: prenatal y puericultura, control de pacientes con hipertensión y diabetes, salud mental y cuidados paliativos. Promoción de la salud: orientación sobre hábitos saludables, consultas preventivas y participación comunitaria, entre otras acciones.</li> <li>• Actividades propias de los médicos familiares y comunitarios: diagnóstico de salud y planificación, gestión de recursos, coordinación intersectorial y participación comunitaria, proceso asistencial a individuos, familias y comunidades, organización y coordinación del proceso asistencial, y docencia e investigación.</li> <li>• Prestaciones de primer nivel definidas por las áreas programáticas del Ministerio de Salud Pública: salud de la niñez, salud de la adolescencia y la juventud, violencia con base en el género y generacional, mujeres y género (con hincapié en la salud sexual y reproductiva), personas mayores, salud bucal, nutrición, salud mental, actividad física y salud, control del tabaco, Programa nacional de control del cáncer, área del Programa de infecciones de transmisión sexual y VIH/sida, discapacidad y rehabilitación, salud cerebral, cuidados paliativos, enfermedades no transmisibles y salud bucal.</li> </ul>

*Fuentes:* Beteta E (coord.). Informe final evaluación en profundidad: programa de reforzamiento de la atención primaria de salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2005. Disponible en: [https://www.dipres.gob.cl/597/articles-141038\\_informe\\_final.pdf](https://www.dipres.gob.cl/597/articles-141038_informe_final.pdf); Harispe E, Ponzo J, Cavalleri F, León I. Funciones de los médicos de familia y comunidad en los equipos del primer nivel de atención en Uruguay. *Rev Med Urug.* 2022;38(1):e38111; Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Plan Decenal de Salud 2022-2031. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2022. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/plan-decenal-de-salud-2022-2031-msp/>; Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Programas [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud; 2023. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/programas>; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Manual de organización de los servicios de salud en el marco de la RIISS. Asunción: OPS; 2019; Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia. Servicios de salud en el primer nivel de atención. La Paz: MSD; 2022. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/19DfvO6WQionX-mXRuQVZEOR4GS587GQX/view?pli=1>; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Lineamientos para la organización y operación de los equipos básicos de salud. Resolución 2788 del 2022. Bogotá: MSPS; 2023. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamientos-operacion-equipos-basicos-salud-resolucion-2788-2022.pdf>; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 518 del 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC). *Diario Oficial N.º 49 436*, 25 de febrero del 2015; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 2292 del 2021 por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la unidad de pago por capitación (UPC). Bogotá: MSPS; 2021; Langsam M, Fontela M, Monsalvo M. Capítulo 3: Argentina. En: Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JJ. *Sistemas híbridos de saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2019:223-71; Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Argentina. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasArgentinaIAGS1.pdf>; Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Paraguay. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasParaguailSAGS1.pdf>; Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria a la salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Uruguay. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasUruguailsags1.pdf>; Tejerina Silva H. Mapeo y análisis de la atención primaria de salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Bolivia. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/268685556\\_Mapeo\\_y\\_Analisis\\_de\\_los\\_Modelos\\_de\\_Atencion Primaria\\_en\\_Salud\\_en\\_los\\_Paises\\_de\\_America\\_del\\_Sur\\_Mapeo\\_de\\_la\\_APS\\_en\\_Bolivia](https://www.researchgate.net/publication/268685556_Mapeo_y_Analisis_de_los_Modelos_de_Atencion Primaria_en_Salud_en_los_Paises_de_America_del_Sur_Mapeo_de_la_APS_en_Bolivia); Tejerina Silva H. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Ecuador. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasEquadorIAGS1.pdf>; Vega Romero R, Acosta Ramírez N. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Colombia. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapaColombialsags1.pdf>; Vega Romero R, Acosta Ramírez N. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Chile. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014.

## Disponibilidad y formación de la fuerza de trabajo para la salud

Uno de los principales obstáculos para la prestación y organización de la APS es la disponibilidad de profesionales de la salud, en especial de personal médico y de enfermería, así como su formación y equipamiento insuficiente para la APS. Además, la disponibilidad en la mayoría de los países que está por debajo de la meta global de 44,5 médicos, enfermeros, parteros, odontólogos y farmacólogos (121). La disponibilidad de profesionales de la salud varía de manera significativa entre países, lo que resulta en profundas disparidades en la oferta y distribución de estos profesionales dentro de cada país, además de las brechas significativas que se observan en las regiones remotas y desfavorecidas.

La densidad de médicos por cada 1000 habitantes presenta un amplio espectro entre los países. Uruguay y Argentina superan el promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, que es de 3,5 médicos por cada 1000 habitantes (136). En contraste, los demás países se sitúan por debajo de este promedio y se dividen en dos grupos: uno que se encuentra cerca del promedio de América del Sur, que es de 2,5 médicos por cada 1000 habitantes, y que incluye a Brasil, Chile, Colombia y Ecuador, con cifras entre 2,0 y 2,6 médicos por cada 1000 habitantes; y otro grupo conformado por Bolivia (Estado Plurinacional de), Paraguay y Perú, que presenta una disponibilidad más limitada de médicos, con cifras en el rango de 1,3 a 1,6 médicos por cada 1000 habitantes (137) (cuadro 13).

La variabilidad en la disponibilidad de profesionales es aún más acusada en el caso de las enfermeras y matronas, incluido el personal auxiliar y técnico. Brasil y Chile tienen una proporción mayor a 10 profesionales por cada 1000 habitantes en esta categoría. Las tasas de Argentina, Ecuador y Perú oscilan entre 2,4 y 2,6, mientras que Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Paraguay y Uruguay registran cifras de solo 1,3 a 1,9. Es relevante destacar que en algunos países la densidad de médicos supera la de enfermeras, como es el caso de Argentina, Colombia y Uruguay.

En cuanto a la densidad de odontólogos y farmacéuticos, las cifras más elevadas son las de Brasil y Chile, junto con Uruguay en el caso de los odontólogos (cuadro 12).

**CUADRO 12.** Densidad de fuerza de trabajo de la salud en países seleccionados de América del Sur, último año disponible

Países	Médicos por cada 1000 habitantes	Enfermeras y obstetras por cada 1000 habitantes	Odontólogos por cada 10 000 habitantes	Farmacéuticos por cada 10 000 habitantes
Argentina (2023)	51,06	47,49	10,86	5,8
Bolivia (Estado Plurinacional de) (2021)	12,84	16,24	2,29	2,41
Brasil (2023)	23,57	55,02	7,45	4,14
Chile (2023)	33,34	54,54	16,77	7,27
Colombia (2023)	25,35	15,41	8,68	1,84
Ecuador (2020)	23,13	25,11	3,0	0,41
Paraguay (2022)	38,93	94,09	13,41	6,73
Perú (2023)	16,88	27,38	2,15	1,65
Uruguay (2022)	46,74	73,86	2,49	0,65

Nota:

<sup>a</sup> Las comparaciones entre países se ven afectadas por las diferencias en las ocupaciones consideradas. En algunos casos, se incluye a los auxiliares y a los técnicos de enfermería.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/health-workforce>.

Las desigualdades también se manifiestan en la distribución de los recursos humanos para la salud en los distintos segmentos de los sistemas de salud, con una marcada inclinación hacia el sector privado en detrimento del público, en gran parte debido a las mayores remuneraciones ofrecidas en el privado. Ecuador es una excepción, ya que el 73,6% del personal médico trabaja en el sector público (35).

En cuanto a la disponibilidad de recursos humanos en el primer nivel de atención, en Ecuador y Perú, por ejemplo, menos de la mitad del personal médico del sector público se dedica a al

primer nivel de atención, y representa el 48% y el 47%, respectivamente (35, 75). En Argentina, los médicos de la APS constituyen el 28% del total de médicos del sector público y 18% del total del país, lo que se traduce en una relación de 6,4 médicos por cada 10 000 habitantes (20). En Paraguay, solo el 9,17% de la fuerza laboral está involucrado en la APS (41).

En la mayoría de los países, se establece que los médicos generalistas deben trabajar en la APS, aunque no se cuenta con un número suficiente de profesionales con esta formación en el primer nivel de atención. Una excepción es Ecuador, donde la especialidad en salud familiar y APS ocupa el tercer lugar en términos de número de profesionales (138). En Uruguay, por otro lado, solo el 19,4% de los médicos especializados lo está en especialidades básicas (139). En Paraguay, solo 105 (14%) de las unidades de salud familiar cuentan con médicos de medicina general e integral o de familia y comunidad. En Perú, el 30% de los recursos humanos para la salud son profesionales recién graduados, con una preparación insuficiente para trabajar adecuadamente en el primer nivel de atención (76).

La radicación de médicos en los servicios públicos de APS se ve obstaculizada sobre todo por la regulación de las relaciones laborales, que varía ampliamente entre los países. En muchos casos, se observa una tendencia hacia la precarización de las condiciones laborales, además de salarios bajos y contratos temporales, con profesionales que carecen de beneficios sociales (cuadro 14). En la mayoría de los países estudiados, se utilizan diversas combinaciones de contratos temporales, becas, pagos por desempeño y contratos por tiempo indeterminado como asalariados del sector privado y funcionarios públicos (cuadro 13). Aunque en casi todos los países, algunos profesionales de la salud son funcionarios públicos con cargos de duración indefinida, y solo en Chile existe una carrera nacional específica en APS.

La remuneración en la forma de salarios es la compensación más común en el subsistema de servicios públicos, un enfoque que prevalece en la APS. Las remuneraciones suelen incluir componentes fijos y, en ocasiones variables, basados en el cumplimiento de metas de salud que generan compensaciones por desempeño. Por ejemplo, en Uruguay, antes de la reforma del sistema de medicina familiar, se utilizaba un sistema de pago por cápita, pero en la actualidad, el pago se realiza principalmente a través de salarios (72). En Chile, todavía existe un mecanismo de pago por desempeño vinculado a la evaluación de los usuarios (140).

Diversos países aplican estrategias para aumentar la disponibilidad de profesionales de la salud en zonas remotas y desatendidas. Por ejemplo, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Ecuador y Uruguay han promovido iniciativas de cooperación internacional, en particular con Cuba, para fortalecer la formación de recursos humanos para la salud a través de la Escuela Latinoamericana de Medicina y para prestar servicios mediante las brigadas médicas cubanas. En Brasil se creó el Programa Mais Médicos en el 2013, que incluyó iniciativas para el desarrollo de infraestructura, capacitación y prestación de servicios a través de la cooperación con las brigadas internacionales de médicos de Cuba (141). Chile destaca por tener casi el 50% de la dotación de médicos en el primer de atención inmigrantes (142).

**CUADRO 13. Fuerza de trabajo de atención primaria de salud en países seleccionados de América del Sur, 2014**

Países	Denominación de la especialidad médica para APS (número de médicos)	Vínculos de trabajo en APS
Argentina	Medicina familiar y comunitaria (n.d.)	Contratos renovables (por evaluación de desempeño) y temporales, y funcionarios públicos
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Salud familiar comunitaria intercultural y medicina familiar (n.d.)	Funcionarios público, y contratos anuales sin estabilidad laboral
Brasil	Medicina de familia y comunitaria (5000)	Funcionarios públicos, asalariados del sector privado y contratos temporales sin estabilidad laboral, y becas
Chile	Medicina familiar (629)	Funcionarios públicos
Colombia	Medicina familiar (500) y salud familiar y comunitaria (n.d.)	Contratos de prestación de servicios a término fijo (la mayoría) y funcionarios públicos
Ecuador	Medicina familiar y comunitaria (112)	Funcionarios públicos y contratos de corta duración (a partir del 2008) sin estabilidad laboral
Paraguay	Medicina familiar (n.d.)	Contratos renovables por evaluación de desempeño, funcionarios públicos y salario más bonificación
Perú	Medicina familiar y comunitaria (119)	Funcionarios públicos, contrato periódico de administración de servicios y asalariados del sector privado
Uruguay	Medicina familiar y comunitaria (118)	Administración de Servicios de Salud del Estado: cargos temporales, régimen de derecho privado y funcionarios públicos Instituciones de asistencia médica colectiva: asalariados del sector privado y prestación de servicios

Nota: n.d. = no disponible.

Fuente: 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? En: Giovanella L (ed.). Atención primaria de salud en Suramérica. Río de Janeiro: ISAGS; 2015:23-58. Disponible en: [http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro\\_atencao\\_primaria\\_de\\_sau-de\\_2015\\_esp-2.pdf](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_sau-de_2015_esp-2.pdf).

Las estrategias de provisión suelen hacer foco en zonas remotas o desatendidas. En algunos casos, se han llevado a cabo acciones más específicas, como el Programa Médicos Comunitarios en Argentina, e incluso la formación de agentes comunitarios, lo que ha representado una contribución significativa para compensar la escasez de recursos en estas zonas. También se ha informado sobre la capacitación de agentes comunitarios en Colombia (66) y en Ecuador, aunque con la intención de orientar el modelo de APS hacia prácticas nuevas en salud. Otros países han incorporado estrategias de provisión como parte de las reformas de sus modelos de APS. En Chile, por ejemplo, se ha planificado la distribución territorial y regional de los recursos humanos para la salud con la aplicación de las RISS (64), mientras que en Colombia se ha desarrollado el Modelo Integral de Atención en Salud (66) y en Ecuador, el Modelo de Atención Integral en Salud (35, 143).

Los incentivos financieros para atraer y retener a los recursos humanos para la salud, aunque varían en su aplicación, son comunes en América del Sur. Chile, por ejemplo, ofrece un bono por desempeño que equivale a un complemento del 5% al 15% del salario mensual para los que trabajan en zonas remotas y desatendidas, aunque no ha resultado suficientemente atractivo para el personal médico. Ecuador ha abordado las disparidades salariales en el sector público, incluidos incentivos para el trabajo en las zonas rurales y alejadas. Perú ha establecido un programa de compensaciones o incentivos económicos para los profesionales que trabajan en zonas remotas y desatendidas y zonas de emergencia, o para los que trabajan en APS mediante servicios especializados o críticos. Además, se otorgan incentivos a los especialistas en medicina familiar que prestan sus servicios en establecimientos de salud del sector público. Para recibir esta bonificación en Perú, los profesionales deben encontrarse en el primer nivel de atención y estar capacitados en el modelo de atención integral basado en familia y comunidad (74). Otro tipo de incentivo es el educativo, en forma de, por ejemplo, beneficios en becas y concursos de residencias médicas para médicos que trabajan en zonas marginadas, como en los casos de Brasil y Chile. Por último, algunos países imponen un período de servicio obligatorio para los recién graduados, aunque con diferentes niveles de éxito, como es el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador, Paraguay y Perú (cuadro 14).

En la última década, en casi todos los países, se han implementado diversas iniciativas de formación en todos los niveles para fortalecer la APS, incluida la formación técnica, de pregrado, posgrado y desarrollo profesional continuo. Entre las principales iniciativas destacan los programas de posgrado destinados a formar médicos especialistas en medicina de familia y comunidad, que se han llevado a cabo en Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay y Uruguay (cuadro 14). En Argentina, el Programa Médicos Comunitarios ha sido un impulsor clave para la formación de profesionales de la salud y otras disciplinas enfocadas en la APS. Se creó con el propósito de formar recursos nuevos y reorientar a quienes ya trabajaban en el primer nivel de atención, para lo cual se ofrecen cursos en salud social y comunitaria. En Colombia, algunas experiencias de APS aplicadas a nivel local han diseñado procesos de desarrollo de capacidades en APS para fortalecer las habilidades de los profesionales en este ámbito. Además, el Ministerio de Salud y Protección Social ha puesto en marcha proyectos de educación virtual centrados en temas relacionados con la APS (33). En Perú, se han definido perfiles para la gestión y formación del personal de

salud del primer nivel de atención (74). En Uruguay, destaca la centralización de la Universidad de la República como entidad formadora y reguladora, que determina tanto el número como el perfil de los profesionales a través de las plazas ofrecidas en pregrado y posgrado (139) (cuadro 14).

La especialidad médica con más profesionales en la APS es medicina familiar y comunitaria (cuadro 14) y proviene, en su mayoría, de los Ministerios de Salud, aunque el régimen de formación se basa en la residencia, y son las universidades las que determinan las plazas. En Brasil, en la última década, se han ampliado las becas y plazas para la medicina familiar y comunitaria con el apoyo del Ministerio de Salud y la participación de las municipalidades en la oferta de plazas. Bolivia (Estado Plurinacional de) ofrece la especialidad de medicina familiar a través de la Caja Nacional de Salud para sus propios servicios, además de la residencia en salud familiar comunitaria intercultural, que es un programa de tres años que combina el primer año en clínicas con rotaciones entre las especialidades en hospitales y dos años de trabajo comunitario en zonas rurales remotas. Esta residencia califica para la especialidad SAFCI y está diseñada para capacitar al personal médico como agente de cambio social y para abordar los determinantes sociales de la salud de las poblaciones, en estrecha colaboración con las culturas originarias y etnias de Bolivia (Estado Plurinacional de) (84). Sin embargo, en Chile y Perú, las becas para la especialización en salud familiar han resultado poco atractivas para los médicos (144). En consecuencia, las plazas de trabajo en APS aún hoy están ocupadas por médicos sin esta especialidad (76).

La capacitación continua ha sido una estrategia fundamental para mantener actualizados a los equipos de salud, fortalecer la capacidad resolutoria en la APS y centrarse en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (cuadro 15). El desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación ha contribuido a reducir las barreras geográficas en este aspecto (38). Sin embargo, los cambios en los gobiernos y la inestabilidad política a menudo han resultado en la disminución de las políticas de capacitación continua, lo que ha llevado a la falta de programas adecuados para mejorar las habilidades de la fuerza laboral involucrada en la APS, como ha ocurrido en Brasil, Chile y Paraguay (40).

**CUADRO 14. Estrategias de formación y capacitación e incentivos educativos destinadas a los recursos humanos para la salud para la atención primaria de salud en países seleccionados de América del Sur**

Países	Estrategias de formación y capacitación e incentivos educativos
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa médicos comunitarios</li> <li>• Capacitación continua para mantener actualizados a los equipos de salud</li> <li>• Desarrollo de las tecnologías de información y la comunicación para atenuar el factor distancia</li> </ul>
Bolivia (Estado Plurinacional de)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación de médicos bolivianos en la Escuela Latinoamericana de Medicina en Cuba</li> <li>• Residencia en salud familiar comunitaria intercultural por el Ministerio de Salud y Deportes</li> <li>• Servicio rural obligatorio durante tres meses, para ampliar la formación, que suele concentrarse en la práctica hospitalaria, con poca experiencia en atención primaria de salud</li> </ul>
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa Más Médicos (eje de formación): reorientación del plan de estudios de medicina, supervisión académica de los médicos participantes y especialización a distancia en salud de la familia</li> <li>• Beneficios en becas y concursos de residencias médicas para médicos que trabajan en Más Médicos</li> </ul>
Chile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria, por el Ministerio de Salud</li> <li>• Etapa de destino y formación, durante la que los médicos de las zonas más alejadas obtienen beneficios para becas en residencias del Ministerio de Salud</li> <li>• Acreditación de carreras de ciencias de la salud que se lleva a cabo de manera amplia, obligatoria para medicina y odontología</li> <li>• Examen Único Nacional de Conocimientos Médicos para los médicos cirujanos, tanto chilenos como extranjeros, para entregar prestaciones incluidas en las garantías explícitas en salud</li> </ul>
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos de asistencia técnica en APS para fortalecer las habilidades de los profesionales en el ámbito de las autoridades locales</li> <li>• Proyectos de educación virtual que abordan temáticas relacionadas con la APS desde el Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>• Política Nacional de Talento Humano en Salud, como parte del modelo integral de atención en salud, con procesos de formación continua, así como formación de agentes comunitarios y líderes sociales</li> <li>• Puesta en marcha de los programas de especialización en medicina familiar y comunitaria y programas técnicos laborales para auxiliares de salud</li> </ul>

**CUADRO 14. Estrategias de formación y capacitación e incentivos educativos destinadas a los recursos humanos para la salud para la atención primaria de salud en países seleccionados de América del Sur (continuación)**

Países	Estrategias de formación y capacitación e incentivos educativos
Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de Formación y Capacitación del Talento Humano en Salud, consistente en becas para la formación en salud pública, comunitaria y especializaciones médicas financiadas por el Estado</li> <li>• Formación de técnicos de atención primaria comunitarios (TAP): se definió el perfil de los TAP, que deben haber completado al menos el bachillerato y recibir una formación con becas de dos años (40% teórica y 60% práctica) en institutos acreditados por el Ministerio de Salud Pública</li> </ul>
Paraguay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de capacitación continua a través de cursos virtuales por el Instituto Nacional de Salud, desarrollado por la OPS, financiado por el Centro de Información y Recursos para el Desarrollo, una organización no gubernamental</li> <li>• Educación permanente a través de cursos introductorios para el personal nuevo dentro de la estrategia, talleres de seguimientos de capacitación, capacitaciones con base en las guías de trabajo en APS y protocolos de atención en APS para las ESF y programas de salud</li> <li>• Oferta de especialidades en medicina familiar y comunitaria, determinada por las universidades</li> </ul>
Perú	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directrices técnicas de los programas de capacitación en APS para el recurso humano en salud por el Ministerio de Salud</li> <li>• Diplomado de atención integral en el marco de la APS, para todo el personal de salud de primer nivel de atención, incluidos los técnicos y auxiliares. Es un programa académico de corta duración, con 238 horas presenciales y 748 no presenciales, repartidas en seis módulos temáticos.</li> <li>• Programas de especialización en las áreas de salud familiar (dirigido a cualquier profesional), medicina familiar, y medicina integral y gestión en salud (dirigidos a los profesionales en medicina)</li> </ul>
Uruguay	<p>Centralización de la Universidad de la República (UdelaR) como entidad formadora y reguladora, que determina el número y el perfil de los profesionales tanto en pregrado como en posgrado</p>

*Nota:* APS = atención primaria de salud; ESF = estrategia de salud de familia.

*Fuentes:* Acosta Ramírez N, Vega Romero R. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Perú. Río de Janeiro: ISAGS; 2014; Buffa C, Cárpena C, Pradere G, Yapor M. Os recursos humanos em saúde dez anos após a reforma sanitária no Uruguai. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2017;57:76-88. Disponible en: [www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/mercosul-web\\_1.pdf#page=95](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/mercosul-web_1.pdf#page=95); Ministerio de Salud de Perú. Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del sector salud. Lima: Ministerio de Salud; 2022; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Lineamientos para la organización y operación de los equipos básicos de salud. Resolución 2788 de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/VS/PP/lineamientos-operacion-equipos-basicos-salud-resolucion-2788-2022.pdf>; Peña López MA. Reforma estatal y capacidad institucional: análisis de la atención primaria de salud en Ecuador (2008-2016). Tesis doctoral presentada en el Programa de Doctorado en Ciencia Política, Políticas Públicas y Relaciones Internacionales de la Universidad Autónoma de Barcelona; 2019; Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Argentina. Río de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasArgentinaISAGS1.pdf>; Tejerina Silva H. Mapeo y análisis de la atención primaria de salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Bolivia. Río de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/268685556>; Vega Romero R, Acosta Ramírez N. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Colombia. Río de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapaColombiaisags1.pdf>.

## Infraestructura física

En los nueve casos analizados, la infraestructura física para la prestación de la APS está basada principalmente en centros y puestos de salud de primer nivel. Estos centros y puestos de salud suelen operar de lunes a viernes y, en general, están gestionados por entidades gubernamentales. Sin embargo, se han puesto en marcha iniciativas para mejorar la capacidad resolutive y la accesibilidad de los servicios de primer contacto, como la incorporación de prestaciones especializadas, servicios de guardia médica durante las 24 horas, internaciones y atención de partos, sobre todo en zonas urbanas. En las zonas rurales, la atención en puestos de salud a menudo se realiza con personal técnico y puede ser discontinua.

En algunos países, como Perú, los seguros sociales también brindan atención en establecimientos propios de primer nivel, mientras que, en Colombia, las instituciones prestadoras de servicios de salud de primer nivel son responsables de la prestación de la APS para las personas usuarias de los seguros sociales. Cada país presenta sus propias especificidades en cuanto a la estructura física de los servicios de primer nivel.

En Argentina, la complejidad de los centros de atención primaria de salud (CAPS) varía según las provincias y las características del territorio; algunos CAPS ofrecen servicios de diagnóstico y tratamiento, incluida una guardia médica las 24 horas. Cada uno de ellos cubre a una población de entre 3200 y 4000 habitantes.

En Bolivia (Estado Plurinacional de), los centros de salud y los puestos de salud son los principales servicios de primer nivel, pero varían en tamaño, equipo de trabajo, equipamiento y complejidad. Los centros de salud ambulatorios cuentan con médicos generalistas, auxiliar y técnico de enfermería, y odontólogos, mientras que los centros de salud con internación, con frecuencia ubicados en zonas rurales, atienden a una población de hasta 10 000 habitantes con acciones de promoción, prevención, curativas y de rehabilitación, e internación de tránsito (91). Los centros de salud integral de mayor complejidad funcionan las 24 horas, con atención de parto con adecuación cultural y atención del recién nacido, atención de urgencias y emergencias médicas, servicios complementarios en radiología, ecografía y laboratorio clínico. Los puestos de salud, en general rurales, correspondían aproximadamente a un tercio de los establecimientos de primer nivel en el año 2021 (145).

En Brasil, la prestación de la APS recae en los municipios, con financiamiento compartido entre distintos niveles de gobierno. La atención se centra en las unidades básicas de salud (UBS), cuyos estándares establece el Ministerio de Salud. Hasta el 2022, Brasil contaba con un total de 30 270 UBS y 8387 puestos de salud. Cabe destacar el enorme impulso que ha dado el programa nacional a la mejora de la infraestructura de las UBS que, en el 2014, financió la construcción o reforma de 26 000 unidades.

La mayoría de las UBS (62%) operan con un solo equipo de salud familiar, mientras que el 17% cuentan con tres o más equipos y suelen estar ubicadas en zonas urbanas más extensas. Los puestos de salud son unidades simples, destinadas a brindar atención a una población

determinada de manera programada o no programada, por profesionales de nivel medio, con la ausencia o presencia o intermitente de un profesional médico. También existen unidades de salud fluvial y unidades especiales de salud indígena.

En Chile, la infraestructura se compone de cuatro tipos de establecimientos: 1) centros de salud familiar (CESFAM), que atienden a más de 10 000 personas registradas; 2) centros de salud familiares y comunitarios (CECOSF), que atienden entre 5000 y 10 000 personas; 3) puestos de salud rurales, que atienden a menos de 5000 personas, y 4) hospitales comunitarios de baja complejidad, los cuales atienden de acuerdo con la demanda ambulatoria de las comunas, todos ellos en consonancia con las directrices del Ministerio de Salud (125).

En Colombia, en el año 2015, había un total de 8461 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de las cuales el 66% ofrecía servicios ambulatorios; el 17% eran hospitales, el 11% eran centros de promoción y prevención, y el 6% eran prestadores de servicios auxiliares (146).

En Ecuador por su parte, se crearon cuatro tipos de establecimientos de salud en el marco de las reformas de la APS, con capacidad de resolución creciente, desde puestos de salud rurales hasta centros de salud de mayor complejidad (35). Se llevaron a cabo importantes acciones, como la construcción, reparación y puesta en marcha de 47 hospitales y 74 centros de salud de primer nivel de atención, lo que permitió absorber un aumento de más del 300% en la demanda de servicios de salud. La clasificación de los centros de salud (A, B o C) se basa en criterios demográficos y epidemiológicos, y en la oferta de servicios complementarios y la accesibilidad.

Además de los centros de salud, existen puestos de salud y consultorios generales que brindan atención en zonas rurales, además de servicios de diagnóstico y tratamiento en medicina general, obstetricia, odontología y psicología. También destacan los centros "anidados" dentro de hospitales rurales de segundo nivel de atención, que aseguran el acceso efectivo a servicios de primer nivel y facilitan las referencias internas cuando es necesario.

En Paraguay, las unidades de salud de la familia (USF) operan en diversas modalidades, como la estándar, la satélite, la móvil, la comunitaria indígena y la ampliada. La capacidad y los recursos de cada tipo de USF siguen las normas del Manual de organización de los servicios de salud en el marco de las RISS (41). Además de las USF, existen otros servicios de primer contacto con los servicios de salud, como puestos y centros de salud y policlínicas comunitarias. Los puestos de salud, en general situados en zonas remotas, cuentan con recursos limitados, como la presencia ocasional de personal médico o enfermeros.

Los centros de salud ofrecen una gama más completa de servicios y recursos. Algunas USF funcionan dentro de centros de salud, y las policlínicas comunitarias son iniciativas locales respaldadas por gobiernos o comunidades. A pesar de las acciones que se realizan desde el 2008 para que las USF sean el principal punto de contacto en la APS, las restricciones financieras y organizativas han limitado la cobertura a alrededor de entre el 30% y el 40% de la población, lejos del objetivo inicial de un aumento del 200% anual (40, 133). Las instalaciones

de salud enfrentan deficiencias en infraestructura, equipamiento avanzado y recursos humanos (40, 133).

En Perú, los establecimientos de salud se dividen en cuatro categorías (147). La categoría I-1 designa a los a los establecimientos sin médicos cirujanos, como puestos y postas de salud, y consultorios de profesionales de la salud. Ofrecen servicios de salud familiar y comunitaria, salud ambiental, atención farmacéutica, asistencia en partos inminentes, nutrición integral, prevención del cáncer, pruebas rápidas y toma de muestras, así como rehabilitación con base en la comunidad.

La categoría I-2 incluye a los establecimientos que incorporan médicos cirujanos con o sin especialidad. Estos establecimientos, conocidos como equipos básicos de salud familiar y comunitaria, ofrecen los mismos servicios que los de la categoría I-1, además del diagnóstico temprano del cáncer y cirugías de consultorio externo.

La categoría I-3, por su parte, designa a los centros de salud, centros médicos y centros médicos especializados, incluidas las policlínicas. Ofrecen todos los servicios de las categorías I-2, así como radiología y laboratorio dental.

Por último, la categoría I-4 se refiere a los establecimientos que cuentan con camas de internación, como centros de salud y centros médicos. Además de los servicios proporcionados por los establecimientos I-3, ofrecen internamiento, atención a recién nacidos en áreas de observación, ecografías, atención a gestantes durante el parto y servicios de radiología.

En Uruguay, los servicios de atención primaria se brindan a través de tres tipos de estructuras: 1) centros de salud, que son unidades de baja complejidad; 2) policlínicos caracterizados por ser estructuras intermedias, con médicos generales y especialistas, y 3) consultorios vinculados a hospitales departamentales. En la ASSE, el centro de salud es la unidad articuladora y realiza funciones de vigilancia de la salud, prevención, promoción y atención (38, 43). Además, el país utiliza unidades móviles como estrategia para llegar a zonas remotas, al igual que lo hacen varios de los países analizados.

En el cuadro 15 se detalla el número de establecimientos de salud de cada país, aunque es importante tener en cuenta que los datos provienen de fuentes diversas, ya que no hay una única fuente que abarque todos los países y tipos de establecimientos de APS. Además, la categoría denominada "centros de salud" puede incluir diversas estructuras del primer nivel de atención en diferentes países, lo que dificulta la comparación directa.

**CUADRO 12.** Establecimientos de salud en países seleccionados de América del Sur, 2016-2022

Países	Población (millones)	Puestos de salud por cada 100 000 habitantes (número absoluto)	Centros de salud por cada 100 000 habitantes (número absoluto)	Hospitales por cada 100 000 habitantes (número absoluto)
Argentina (2020)	45,4	3,1 (403)	9,1 (4150)	2,8 (1263)
Bolivia (Estado Plurinacional de) (2021)	11,8	10,3 (1.215)	20,9 (2463)	2,6 (307)
Brasil (2022)	213,9	3,9 (8387)	14,2 (30 270)	3,0 (6388)
Chile (2022)	19,2	6,1 (1171)	4,4 (852)	1,2 (231)
Colombia (2020)	50,9	2,3 (1154)	1,6 (824)	1,1 (570)
Ecuador (2019)	17,4	2,9 (503)	8,6 (1490)	3,6 (631)
Paraguay (2021)	7,2	3,9 (278)	8,9 (644)	0,6 (41)
Perú (2021)	33,3	19,5 (6509)	4,9 (1639)	0,4 (136)
Uruguay (2016)	3,4	0,2 (8)	2,5 (85)	3,1 (105)

Fuentes: elaboración propia, con base en datos de Registro Federal de Establecimientos de Salud/Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino, Ministerio de Salud, 2020 (Argentina); Sistema Nacional de Información en Salud del Ministerio de Salud y Deportes, 2021 (Bolivia [Estado Plurinacional de]); Registro Nacional de Establecimientos de Salud CNES/DATASUS de Brasil, 2022; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud; Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador. Anuario de Recursos y Actividades de Salud; 2019. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec>; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2021 (Paraguay); Ministerio de Salud del Perú. Datos abiertos, establecimientos de salud del Perú del Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud RENIPRESS de la Superintendencia Nacional de Salud. SUSALUD, 2021; Catálogo de datos abiertos del gobierno de Uruguay. A tu servicio, 2016.

## Coordinación de los cuidados e integración de las redes

En los nueve casos estudiados, a excepción de algunas experiencias más locales, las RISS se crearon de manera fragmentada para atender a grupos de población separados. La alta fragmentación de los sistemas de salud complica la concepción y el alcance de la coordinación entre niveles, lo que subraya la necesidad de abordar también el problema de la integración entre los diferentes subsistemas. Algunas de las iniciativas para establecer las RISS se limitan al ámbito público y no abordan la falta de integración y coordinación entre los subsistemas.

En términos generales, el fortalecimiento de las estructuras de APS, como se observa en estos casos, es una de las estrategias más importantes para lograr la continuidad de la atención. La mayoría de los países define los servicios de primer contacto como la puerta de entrada y el filtro para acceder a niveles superiores, sobre todo a la atención especializada. Sin embargo, en ocasiones, los flujos de atención no están establecidos con claridad, lo que crea obstáculos para el acceso (148, 149). En algunos países, como Bolivia (Estado Plurinacional de), los flujos están bien definidos solo para ciertos equipos específicos (SAFCI/Mi Salud en este caso) (11).

Además de las reformas en la APS, los países están aplicando iniciativas destinadas a desarrollar las RISS. Por ejemplo, en Argentina, el Programa Remediar +Redes busca fortalecer y consolidar las redes de servicios públicos de salud en áreas específicas, con foco en los centros de atención del primer nivel como puntos estratégicos de contacto con la comunidad y como puerta de entrada para la población vulnerable (150). En Chile, se han llevado a cabo reformas simultáneas en APS y la construcción de RISS para integrar la atención, la gobernanza, las finanzas y los recursos humanos. Desde el 2002 se ha promovido en ese país la creación de consejos de integración de redes asistenciales (CIRA) con la función de contribuir a la articulación de actores, diagnósticos y propuestas de trabajo para la integración de las redes. Sin embargo, no ha participado la secretaría regional ministerial, la autoridad de salud pública del territorio. Aunque no tiene poder de decisión, la CIRA se ha convertido en un dispositivo importante para fortalecer la participación social (140).

En Colombia, se han creado primero las redes integrales de prestadores de servicios de (RIPPS) en forma de acuerdos de carácter institucional o contractual entre instituciones públicas, privadas o mixtas, para la prestación de servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud a una población definida y ubicada en un espacio geográfico determinado (151). Recientemente, se ha avanzado hacia una estrategia de desarrollo de RIIS para mejorar la coordinación de los servicios de salud.

La organización de las RISS varía según los países y las autoridades responsables. En general, las regiones, departamentos o áreas de salud son las unidades territoriales que coordinan los servicios en redes y establecen los flujos de atención. En la mayoría de los países se identifican autoridades distritales, departamentales y servicios de salud (Argentina, Bolivia [Estado Plurinacional de], Chile y Ecuador), así como arreglos descentralizados (Colombia), donde cada componente y servicio dentro del sistema continúa con sus propias responsabilidades en el ámbito de la red, o centralizados en el nivel nacional, como en Paraguay.

En muchos de los países, la continuidad de la atención todavía es un desafío debido a la falta de integración de historias clínicas electrónicas entre los servicios de la red. Algunos países que lograron (de forma parcial) poner en funcionamiento registros electrónicos en la APS (Brasil y Chile), todavía no emplean la historia clínica electrónica integrada en los demás servicios de la red. En general, la coordinación se realiza con base en protocolos de atención clínica, que varían en su desarrollo y aplicación entre los países.

Los tiempos de espera para la atención y la derivación de pacientes también plantean problemas en todos los países, con diferencias en la disponibilidad de servicios y asimetrías regionales. En la mayoría de los casos, los tiempos de espera no se supervisan ni se hacen públicos. Las posibilidades de derivación varían según las asimetrías en la oferta de servicios; son más viables en las zonas urbanas y las capitales, y más difíciles en las zonas rurales y remotas. La percepción general es que existe una sobrecarga en la atención especializada y una falta de coordinación en todos los países analizados (148, 149, 152).

En Bolivia (Estado Plurinacional de) no se lleva un registro de las listas de espera y no hay un sistema formal de priorización de casos. En Brasil, algunos municipios, sobre todo de zonas metropolitanas, tienen listas de espera y priorización clínica para especialidades, pero esto no se aplica a nivel nacional. En Chile, existen sistemas de gestión de las listas de espera (GES y no GES) que tienen diferentes tiempos de espera, lo que dificulta la visión general del sistema de atención. En Colombia, los tiempos de espera para acceder a los servicios de salud dependen de la organización de las EAPB para los servicios individuales y del modelo de atención utilizado por las autoridades locales para las intervenciones colectivas. Una excepción es Uruguay, que ha establecido tiempos máximos de espera de 24 horas para consultas en el primer nivel y de hasta 30 días para la atención especializada, y que cuenta con sistemas de información que permiten monitorizar esta situación a través del Ministerio de Salud Pública.

A pesar de los avances, la aplicación y la sostenibilidad de las RISS aún son un problema en todos los países, con aspectos que incluyen la falta de planificación de la red de referencia y contrarreferencia y la oferta fragmentada de servicios especializados (148, 149, 152). Además, existen flujos informales para el acceso a niveles de atención y vacíos en la atención en zonas rurales y alejadas. Estos son solo algunos de los problemas comunes identificados en la aplicación de las RISS.

Con respecto a las características propias de los países, en Argentina la atención de salud se organiza a nivel provincial, y los hospitales provinciales colaboran con los niveles municipales y la atención primaria. Se dividen en zonas sanitarias que coinciden con los departamentos, y estas zonas tienen hospitales base que supervisan centros de atención primaria. No obstante, en las provincias más grandes, como Buenos Aires y Córdoba, y en la ciudad de Rosario, en la provincia de Santa Fe, los municipios gestionan sus propios servicios de salud. La coordinación a nivel nacional y regional se realiza a través del Consejo Federal de Salud y los consejos regionales de salud, que aseguran la armonización de políticas de salud entre distintos niveles de gobierno (20).

En Bolivia (Estado Plurinacional de), los servicios departamentales de salud son responsables de la organización de redes de atención en sus territorios. Existen redes urbanas (establecimientos de un solo municipio) y redes de atención rural que integran diversos municipios (92).

En Brasil se ha promovido la atención en redes como parte de la organización de los sistemas de salud. Comenzó en el año 2000 con normativas federales para regionalizar el sistema de

salud, y más tarde se introdujo la Red de Atención a la Salud para crear sistemas de salud integrados (153). La política nacional de atención primaria respalda esta estrategia y establece criterios para las redes de atención a la salud, que se organizan en función de necesidades específicas. En la conformación de estas redes, se establecen redes temáticas de atención a la salud, organizadas con base en la necesidad de enfrentar vulnerabilidades o enfermedades específicas, como la red de urgencias y emergencias, la red de atención en salud mental y la red de atención materna. A pesar de estas acciones, la puesta en marcha de redes regionales de salud integradas enfrenta obstáculos debido al modelo federativo de Brasil, que no incluye una autoridad regional centralizada.

En Chile, las redes de atención en salud están estructuradas en torno a los servicios de salud, que tienen la responsabilidad de coordinar, gestionar y desarrollar las acciones de atención médica. Estas redes son supervisadas por un gestor de redes, cuya función es definir los flujos de referencia y contrarreferencia, supervisar el cumplimiento de metas, y promover la coordinación entre la atención primaria y la atención especializada. Además, los servicios de salud pueden subdividirse en microrredes, que se organizan alrededor de hospitales de referencia, la mayoría de los cuales son de carácter público (140).

Como se mencionó anteriormente, en Colombia se estableció la RIPPS como un conjunto coordinado de proveedores de atención médica, tanto públicos como privados, dentro de una zona geográfica definida (66), con base en el análisis de riesgos y necesidades, que forma parte del Plan Territorial de Salud definido por la autoridad local, así como en la caracterización de riesgos individuales realizada por las EAPB (66). Desde mayo del 2020, y con base en el Decreto Supremo 019-2020-SA y el Reglamento de la Ley 30885, se avanza hacia la reestructuración del sistema nacional de salud, con el objetivo de lograr una mayor articulación e integración (151). Parte de este camino nuevo es el desarrollo de las RISS que tienen como objetivo la organización integral de la atención médica en todo el país y que se centran en un distrito territorial específico según las necesidades de salud y determinantes sociales. Este proceso implica la participación de gobiernos locales, instituciones intergubernamentales y organizaciones sociales y comunitarias, y culmina con la elaboración de un plan local de salud que establece metas de salud, asignación de recursos y participación de diversos actores en el territorio (65).

En Ecuador, el Sistema Nacional de Salud se estructura en torno a dos tipos de redes, a saber, las redes zonales y las microrredes distritales de salud, que son supervisadas por la dirección distrital correspondiente. Se diseñan para coordinar y complementar la prestación de servicios de salud en diferentes zonas geográficas, como los distritos, teniendo en cuenta la capacidad de resolución de cada establecimiento de salud, que puede incluir desde puestos de salud hasta hospitales.

Por su parte, en Paraguay, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social gestiona una red de servicios de salud con diferentes niveles y complejidades. A pesar de que persiste una alta descentralización, hay una tendencia actual hacia la centralización (40). La Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud supervisa estas unidades, junto con

otras direcciones responsables de programas de salud pública (41). En los distritos, existen microrredes locales coordinadas por el Hospital Básico/Distrital, y se establecen Redes Interdistritales y Regionales, bajo las Direcciones Regionales de Salud. Las áreas fronterizas también cuentan con redes departamentales. Se han creado subsistemas y estrategias de apoyo para la funcionalidad de la RISS, como el apoyo diagnóstico, la provisión de medicamentos y dispositivos médicos, el sistema de información y la vigilancia en salud, entre otros (41).

En Perú se aprobó en el 2018 la Ley N.º 30885 de creación de las redes integradas de salud (RIS) y, al año siguiente, se reglamentó el mecanismo para el monitoreo, la supervisión y la evaluación de las redes. Este marco normativo define las RIS como el conjunto de organizaciones que prestan servicios de salud integrales a una población específica y rinden cuentas por los resultados. Más tarde, se aprobó la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, que también promueve las RIS con el objetivo de garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, y el Programa de Inversión Creación de RIS (PCRIS), financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial para rediseñar las instituciones prestadoras de servicios de salud. Es de destacar la creación en el 2021, mediante la Resolución Ministerial N.º 969-2021-MINSA, del documento técnico Plan nacional de implementación de redes integradas de salud. Hasta el 2022, se habían establecido más de 100 RIS estructuradas y 75 RIS conformadas a nivel nacional.

Por último, en Uruguay, la ley de creación del SNIS propone la organización en redes según las necesidades de la población, las zonas y la complejidad de las prestaciones, con un enfoque prioritario en el primer nivel de atención. La Junta Nacional de Salud supervisa las estrategias de integración de la red y los contratos entre proveedores de servicios (78). Aunque el primer nivel debería ser la principal puerta de entrada al sistema de salud, en la práctica, los hospitales de segundo nivel a veces también cumplen esta función (80). Desde el 2010, la ASSE ha trabajado en la conceptualización y la operacionalización de redes basadas en regiones (RISS-R), y ha incorporado herramientas como el Sistema Urbano Nacional y mapas isócronos para mejorar el acceso a servicios. Desde el 2018, se ha aplicado, de manera progresiva el modelo de red multiescalar, que reconoce cinco niveles de complejidad organizativa y permite una planificación más efectiva y la coordinación entre unidades de primer y segundo nivel (3, 13).

## **Uso de tecnologías digitales para la salud en la atención primaria de salud**

El avance en la consolidación de los sistemas de información y la transformación digital en el sector salud de la Región es notable. Se ha llevado a cabo un análisis de madurez basado en el marco de acción sobre Sistemas de Información para la Salud de la OPS, en colaboración con el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el

Desarrollo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y los Gobiernos de Brasil, Canadá y Chile, lo que ha permitido evaluar el nivel de madurez tanto a nivel regional como por componentes específicos, incluyendo las áreas de gestión de datos y tecnologías de la información, gestión y gobernanza, y gestión e intercambio de conocimientos e innovación (154).

Aunque el progreso en el uso de tecnologías digitales en América del Sur no ha sido uniforme, países como Argentina y Brasil han implementado estrategias nacionales de salud digital con miras a garantizar el acceso y la cobertura universal de la salud. Destacan proyectos emblemáticos, como los buses nacionales de interoperabilidad en Argentina y la Red Nacional de Datos de Salud en Brasil, en el marco de la iniciativa SUS-Digital. Bolivia, por su parte, ha capacitado a sus equipos técnicos en estándares como FHIR/HLA para respaldar la implementación del Sistema Único de Información en Salud, mientras que Argentina continúa fortaleciendo la Red Nacional de Telesalud, coordinada por el Hospital Nacional Garrahan desde hace más de dos décadas.

Chile ha impulsado la creación de la Red Nacional de Salud Digital, priorizando programas de telesalud y trabajando en la modernización de los instrumentos normativos y legales para respaldar la transformación digital del sector de la salud. Con el apoyo del Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud, todos los países de América del Sur han avanzado en la adopción de tecnologías emergentes, incluida la implementación de las guías técnicas de la OMS para la documentación digital de certificados de vacunación. Además, se han logrado avances significativos en tecnologías de inteligencia artificial, que facilitan el prediagnóstico de enfermedades y el seguimiento remoto de pacientes con enfermedades crónicas (29, 64).

En Uruguay, la iniciativa Salud.uy, alojada en la Presidencia de la República desde hace más de 20 años, ha sido clave en los avances del proyecto Salud Digital. Destaca la instalación de un sistema de videoconferencia que ha integrado a las 23 organizaciones de la Federación Médica del Interior (80). Paraguay ha regulado la telesalud mediante ley, y el Ministerio de Salud y Bienestar Social cuenta con una unidad de telemedicina que desarrolla proyectos en colaboración con la Universidad Nacional de Asunción y otras instituciones, como la Universidad del País Vasco, y trabaja con organismos multinacionales como la OPS (40).

A pesar de la falta de una política nacional definida para promover iniciativas de salud digital en Colombia, diversas instituciones prestadoras de servicios de salud, hospitales, universidades y empresas privadas han desarrollado experiencias de telemedicina y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en la atención médica. Además, los actores del SGSSS han diseñado sus propias estrategias y aplicaciones para ofrecer atención médica a través de diversas tecnologías (155).

En Argentina, se han desarrollado sistemas de información públicos para el seguimiento y la evaluación de programas importantes, como el Programa Médico Obligatorio y el Programa Remediar. El proyecto más ambicioso es el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA), que funciona desde el 2010, y que tiene como objetivo crear la ficha del

ciudadano, digitalizar el conjunto mínimo de datos básicos en todos los niveles de atención de salud y generar una base de información sobre recursos de salud para identificar efectores y recursos humanos correspondientes (20). Aunque el SISA ha puesto en funcionamiento la ficha del ciudadano y desempeña un papel importante en la vigilancia del sistema de salud, los registros de datos de producción y los recursos humanos, el conjunto mínimo básico de datos todavía se encuentra en proceso de desarrollo.

Los países de América del Sur han participado activamente de la construcción de la *Hoja de ruta para la transformación digital del sector salud en la Región de las Américas* (Documento CD59/6) presentada por la OPS (156), y existe consenso sobre la necesidad de avanzar en la salud digital. La principal estrategia digital que se busca es la creación de un repositorio de datos clínicos, en particular, la historia clínica electrónica. En Perú, se han aplicado algunas iniciativas, como los registros digitales de hechos vitales (nacimiento y defunción), las plataformas de intercambio de información en salud y la historia clínica electrónica, que está en funcionamiento en algunos establecimientos públicos de manera progresiva (76). En Uruguay, a través del programa Salud.uy se desarrolló y aplicó, en un plazo de cinco años, la historia clínica electrónica nacional, una plataforma que permite acceder a la historia clínica digital de las personas usuarias del sistema de salud y que posibilita el registro de cualquier evento médico, cualquiera sea la zona geográfica y el proveedor del servicio de salud.

No obstante, hay áreas de mejora para que los sistemas de información sean integrados e interoperables entre el nivel secundario y terciario, y entre los prestadores de atención médica de diferentes segmentos de cobertura (50, 64, 76). Por ejemplo, se requiere mejorar el nivel de informatización y conectividad de los establecimientos de salud, así como la necesidad de capacitar a profesionales de la salud en el uso de las TIC (40, 50, 64, 76, 77, 155).

Los países reconocen las ventajas de desarrollar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para facilitar y ampliar el acceso a la atención médica. En Chile, el Sistema de Agendamiento Virtual (telesalud) a nivel nacional integra las estrategias para lograr la universalización de la salud (64). La salud digital es un componente estratégico de la política de cobertura universal del Gobierno Nacional de Argentina (50). En Colombia, las experiencias de telemedicina se han implantado para facilitar el acceso a la atención médica en regiones remotas a través del uso de las dichas tecnologías (155). En Perú, el Plan Nacional de Telesalud, en funcionamiento desde el 2005, ha permitido la comunicación entre unidades de salud en zonas de difícil acceso, así como proporcionar a los profesionales herramientas para visualizar imágenes radiológicas, revisar e informar de resultados de laboratorio y contribuir a la educación de la comunidad en los aspectos de promoción y prevención de la salud. Además, ha mejorado la comunicación para el transporte de emergencias y consultas con otros profesionales de la salud en la Amazonía peruana (107).

En Brasil, en el 2007 se formuló el Proyecto Nacional de Telesalud (PNT) y, desde entonces, se han desarrollado una serie de políticas, normativas y regulaciones. El Programa Nacional de Telesalud no se limita a la telemedicina y al diagnóstico médico, sino que abarca las acciones de salud de manera amplia y está dirigido a todos los profesionales de los equipos de salud de

la APS, incluidos los agentes comunitarios de salud y los trabajadores de nivel técnico. El Programa Nacional Telesalud Brasil Redes tiene como objetivo fortalecer y mejorar la calidad de la atención básica en el sistema único de salud, integrando la educación continuada en salud y brindando apoyo asistencial mediante tecnologías de la información y la comunicación. Esto incluye acciones como el telediagnóstico, la teleconsulta, la segunda opinión formativa y la educación continua. Otro programa destacado en Brasil es la Informatización de las unidades básicas de salud (UBS), que implica la provisión de infraestructura tecnológica y servicios de tecnología de la información para utilizar y mantener la historia clínica electrónica en todas las UBS del país.

La pandemia de la COVID-19 ha acelerado la adopción de las tecnologías de la información y la comunicación en todos los niveles del sector de la salud. Varios países han impulsado estrategias y planes nacionales de transformación digital, destacándose el desarrollo de programas y plataformas de telesalud, registros médicos electrónicos, recetas digitales, atención remota, herramientas de tamizaje y seguimiento, gestión e interoperabilidad de datos, así como documentación digital de certificados de vacunación y la creación de una plataforma regional para interoperabilidad transfronteriza, entre otros avances. Varios países han puesto en marcha iniciativas en este sentido, como la telemedicina, las recetas médicas digitales y la atención remota a los usuarios en Brasil, Chile y Uruguay. También se han utilizado herramientas de tamizaje y seguimiento en Chile y Colombia, y se ha recopilado información de la población para respaldar estrategias de vacunación en Argentina. Además, se ha ofrecido capacitación virtual a profesionales de la salud en Colombia (2, 29, 64, 65, 157, 158, 159).



# Lecciones aprendidas y recomendaciones



En el conjunto de países estudiados, se han identificado procesos de reforma y reorganización de la APS. Estos procesos se caracterizan por la aplicación de nuevos modelos de atención que enfatizan la importancia de la familia y la comunidad como componentes esenciales, sin descuidar el objetivo fundamental de proporcionar una atención integral a la población asignada. Para lograr este enfoque integral, se han conformado equipos multidisciplinarios compuestos principalmente por médicos, enfermeros, y auxiliares y técnicos de enfermería. En línea con el concepto ampliado de APS y el componente comunitario reflejado en las políticas nacionales, la mayoría de los países han integrado a agentes comunitarios de salud en estos equipos multiprofesionales, ya sean remunerados o voluntarios (43).

Algunos países, como Bolivia (Estado Plurinacional de) y Ecuador, han destacado por incorporar la dimensión intercultural como un elemento formal en sus políticas de APS. Así, se reconoce la importancia de las prácticas y conocimientos sobre la salud de los pueblos indígenas originarios campesinos en su búsqueda del "buen vivir", con base en sus tradiciones, espiritualidad y ancestralidad (160).

Es esencial tener en cuenta el contexto cultural de las prácticas de cuidado y las interacciones culturales que las personas establecen con su entorno. Esto refleja la competencia cultural de los equipos de salud (161) y debe considerarse en los procesos de formación y en las políticas de salud. La formación profesional dirigida a la atención con adecuación cultural se ha propuesto como una estrategia para superar los problemas de comunicación entre los profesionales de salud y las personas con diversos antecedentes socioculturales, además de fomentar una mayor integración entre los conocimientos y las prácticas de salud (162, 163).

El concepto de APS expresado en documentos y políticas oficiales, aunque inspirado en los principios de la Declaración de Alma-Ata, en general no ha logrado superar la fragmentación en la atención de grupos específicos y, sobre todo, el mantenimiento de un sistema de protección social segmentado, que incluye un seguro social de cobertura baja y la creación de seguros focalizados. En este sentido, los conceptos nuevos sobre la APS se centran sobre todo en el componente público de los sistemas de salud, que en los últimos años ha logrado una cobertura significativa de la población total.

Otro problema radica en que los procesos de aplicación a nivel local no siempre han logrado alcanzar los objetivos más amplios y estructurales de las políticas nacionales de APS. Las medidas de desempeño, como las puestas en funcionamiento en Argentina, Brasil y Chile, indican que algunos de los aspectos han experimentado un grado alto de aplicación, mientras que otros han tenido un desarrollo más limitado. Por ejemplo, en Chile se ha informado de que se ha logrado un cumplimiento del 56% de los objetivos del MAIS-FC a nivel nacional, con un rendimiento inferior en los municipios pequeños, con población rural y un porcentaje mayor de pobreza (99). En Brasil, a pesar de un aumento significativo en el acceso a la atención de salud y altos porcentajes de usuarios que consideran que la atención en las unidades básicas de salud del SUS es buena o muy buena (164), se ha observado una disminución en el número de visitas mensuales realizadas por los agentes comunitarios de salud, una atención

incompleta a la población con enfermedades no transmisibles y numerosas limitaciones en la coordinación de la atención y la continuidad de los cuidados (115, 165, 166).

La centralización de la determinación del diseño de los servicios a nivel federal o nacional refleja las acciones de los países de América del Sur por lograr un acceso más equitativo a la salud dentro de sistemas de salud segmentados (12). A pesar de las políticas nacionales que buscan universalizar la APS, persiste una segmentación de usuarios y prestaciones que no logra soslayar los arreglos establecidos en los sistemas de salud que buscan asegurar un paquete esencial de servicios de salud a las personas en condiciones de mayor vulnerabilidad (167).

El diseño territorial de los servicios de salud es una característica en América del Sur que refleja un retorno a los principios de la Declaración de Alma-Ata en la concepción de la APS, incorporando la determinación social de la salud y el vínculo con la comunidad (158, 168). Sin embargo, la gran variación en la población inscrita debilita estos aspectos en contextos con equipos responsables de miles de usuarios. Destaca la libre elección de servicios en países como Chile y Uruguay, mientras que, en Brasil, la creación de listas de usuarios para equipos con libre elección ha generado debates sobre posibles amenazas al modelo territorializado de la APS (169).

Independientemente de la composición de los equipos de salud que cada país utilice, cuando implica a diferentes profesiones y ocupaciones que comparten una identidad de equipo y trabajan juntos de manera integrada e interdependiente (equipos interprofesionales), potencian su capacidad para resolver problemas de atención complejos y brindar servicios. Esta configuración de equipos se diferencia de la de los países europeos, cuyos equipos se suelen centrar en médicos de familia o médicos generales (7, 170).

Las iniciativas para mejorar las estructuras de la APS son parte integral de las reformas en curso. Las condiciones estructurales de los centros de salud de primer nivel son un factor determinante para la eficacia de las prácticas de APS (171). En Brasil, por ejemplo, se ha reconocido el éxito de estrategias federales como el Programa Requalifica-UBS y PMAQ en la mejora de la infraestructura de los centros de salud mediante inversiones a nivel nacional.

Por otra parte, la digitalización plena y la tecnología completa aún son aspectos por resolver para ampliar la eficacia y la resolución de la APS en los casos estudiados. La digitalización y el acceso a internet, que permiten el uso generalizado de las tecnologías de la información y la comunicación, son objeto de políticas en los diferentes países, pero aún existen barreras para su aplicación efectiva. Es importante destacar que la disponibilidad de tecnologías por sí sola es insuficiente; se requieren ajustes en la legislación, la infraestructura tecnológica, los estándares, los modelos de cocreación de bienes públicos digitales, las estrategias y protocolos de ciberseguridad y el uso ético de datos, la alfabetización digital, la difusión de la herramienta entre los equipos, las inversiones en la infraestructura de tecnología de la información en las unidades de primer nivel y la inclusión del tema en la formación de pregrado (172, 173, 174).

La disponibilidad y suficiencia de insumos en los centros de salud, como las pruebas rápidas, los medicamentos esenciales y la recolección de material biológico, son cruciales para reducir las desigualdades de acceso y son parte integral de una APS integral y resolutive. Por lo tanto, es esencial que las políticas y el financiamiento de la salud consideren la disponibilidad continua y suficiente de estos insumos. Además, la aplicación de prácticas avanzadas de enfermería desempeña un papel estratégico en la ampliación de la cobertura, la coordinación y la calidad de la APS (175, 176).

Los equipos y equipamientos móviles, así como los puestos de salud, podrían ser estructuras capaces de ampliar el acceso en zonas remotas. Sin embargo, en general, estos recursos no cuentan con la infraestructura física ni los recursos humanos adecuados. Los puestos de salud suelen tener horarios intermitentes y carecen de profesionales de nivel superior, lo que limita su capacidad para brindar atención en localidades rurales, alejadas y con poblaciones dispersas. Un problema importante en estas zonas es la necesidad de políticas de financiamiento específicas para mejorar estos puntos de atención (177). Un ejemplo exitoso en Brasil son las políticas específicas de APS, como los equipos de salud fluviales y las unidades básicas de salud fluvial, que desempeñan un papel importante en la atención a la población ribereña amazónica (178, 179).

En algunos países, se han llevado a cabo procesos de estandarización y homologación de las unidades operativas de salud, junto con la definición de sus capacidades resolutive. Estos procesos han implicado una reorganización de los servicios de atención de salud y han establecido nuevos requisitos en términos de equipamiento e infraestructura para los centros de salud (35). En el caso de Brasil, la evaluación y el seguimiento de las políticas de APS han experimentado avances desde principios de la década del 2000, culminando con la aplicación del PMAQ-AB. Este programa ha previsto un aumento del financiamiento municipal en función de la calidad medida y el desempeño de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia. Los resultados obtenidos a través del PMAQ-AB se han utilizado para guiar la realización de acciones de mejora en las unidades de salud y para orientar programas nacionales específicos.

Las estrategias para abordar la fragmentación de la atención varían según el contexto y se adaptan a los problemas identificados y al nivel de desarrollo de las iniciativas. En general, se observa que el diseño de las redes se basa en el concepto de las RISS. Un requisito fundamental para que la APS pueda coordinar la atención de manera efectiva es que se establezca como el primer nivel de atención con accesibilidad y capacidad para resolver la mayoría de los problemas de salud en el momento adecuado. En los casos analizados, los centros de salud se han convertido, de manera gradual, en la principal fuente de atención, sobre todo debido a la expansión significativa en el número de servicios y equipos disponibles. Estos centros desempeñan un papel cada vez más importante como filtros para las derivaciones a la atención especializada (180).

No obstante, como se ha mencionado, la capacidad y la calidad de resolución son aún aspectos por resolver que dependen de medidas sistémicas. Por lo tanto, las políticas y las acciones

destinadas a la construcción, la expansión y la mejora de las unidades de primer nivel, el fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios, la presencia de médicos con formación en APS en los equipos, la ampliación de las funciones de otros profesionales con supervisión clínica a cargo de enfermeros y coordinación horizontal por parte de agentes comunitarios de salud, el apoyo terapéutico y farmacológico, la continuidad de la información y la evaluación institucional deben mantenerse y avanzar.

En cuanto a los profesionales de la salud, establecer conexiones efectivas entre los puntos de atención requiere un conocimiento completo de la oferta y la disponibilidad de servicios en las RISS. Esto implica una definición clara de las funciones de todos los establecimientos de salud que forman parte de las redes y la existencia de flujos de información bien establecidos.

Desde la perspectiva de la población usuaria, es fundamental organizar la continuidad de la información entre los servicios y los niveles para evitar la repetición de información y procedimientos. En términos de práctica colaborativa y comunicación interprofesional, la coordinación y el flujo de información deben ser fluidos entre los diferentes profesionales y puntos de atención. La adopción generalizada de tecnologías de la información y la comunicación (180), combinada con estrategias de coordinación que fomenten los contactos formales e informales entre el personal de salud, son estrategias valiosas para promover la continuidad de la atención (181).

Es importante reconocer que la función de coordinación de la atención es un proceso de trabajo que requiere planificación y no se da de forma espontánea (182). Para ello, además de garantizar la disponibilidad de servicios especializados, se requieren incentivos, tanto financieros como no financieros, protocolos clínicos y gerenciales consensuados, y en casos específicos, la designación de coordinadores de casos. Esto no debe implicar la pérdida de la continuidad y la relación con el equipo de APS, sino que debe fomentar el seguimiento del usuario en su entorno para proporcionar el cuidado y el apoyo necesarios, con fortalecimiento de la red de apoyo informal, familiar y de cuidadores, un elemento esencial que solo puede llevarse a cabo en el territorio y donde la APS desempeña un papel fundamental.

Otro factor crítico es el establecimiento de mecanismos de monitorización y transparencia de las listas de espera, así como la definición de tiempos máximos. También es importante considerar las tendencias de desplazamiento de la población en el territorio, así como los factores socioespaciales y culturales que influyen en la organización de la red de atención en todos los niveles. El diseño de los flujos en las RISS debe tener en cuenta las circunstancias del público usuario, como la disponibilidad de transporte, el acceso geográfico y las consideraciones culturales, así como sus patrones habituales de búsqueda de atención. En este sentido, garantizar el transporte sanitario es esencial para garantizar el acceso y la continuidad de la atención (183).

En cuanto a los RHS, se enfrentan a un desequilibrio significativo entre las diferentes categorías, lo que dificulta la formación de equipos interdisciplinarios. En los últimos 10 años, se han llevado a cabo acciones en las políticas públicas para aumentar la disponibilidad de RHS en

América del Sur, con un incremento de profesionales y programas de provisión provisoria (o de emergencia) de personal médico, en los que profesionales cubanos han tenido una participación relevante (2, 35, 43, 59). Sin embargo, el mayor problema radica en la retención de trabajadores de salud capacitados para brindar servicios de calidad en zonas remotas y desfavorecidas. Además de la escasez, la distribución deficiente de estos profesionales tiende a favorecer a las zonas urbanas centrales en detrimento de las zonas con mayor pobreza o ubicadas en elevaciones del terreno y comunidades rurales, remotas o fronterizas.

La inestabilidad de los contratos laborales, que conlleva una rotación alta de profesionales, dificulta la adherencia y obstaculiza la formación de vínculos entre los equipos de salud, las familias y la comunidad. Los diversos y heterogéneos regímenes laborales, así como la segmentación de los sistemas de salud, contribuyen a una competencia por el recurso humano entre las entidades públicas y privadas (7, 184).

Es evidente que la formación de profesionales de la salud no está orientada hacia la APS. En general, la formación universitaria en ciencias de la salud, tanto en universidades privadas como públicas, suele centrarse en la práctica hospitalaria y proporciona poca experiencia en APS. La formación del recurso humano sigue el modelo biomédico y asistencialista, con un enfoque en la formación de médicos especialistas. En muchos casos, la asignación y especialización de médicos se basan en consideraciones de mercado en lugar de en una planificación de salud que promueva la APS. Esto lleva a una preferencia por trabajar en hospitales de alta complejidad en lugar de en el primer nivel de atención (144).

A pesar de estos problemas, existen experiencias de formación orientada a la APS que podrían servir como modelo para programas más amplios de educación en el ámbito de la salud. Entre ellos se incluyen residencias en medicina, enfermería y salud familiar comunitaria, programas de formación para técnicos en atención primaria y la promoción de prácticas avanzadas de enfermería en APS. Es fundamental expandir los programas de educación continua en atención primaria para convertir a los profesionales de la APS en generalistas que puedan llevar a cabo tanto acciones de atención individual como intervenciones colectivas en vigilancia en salud y determinantes sociales.

La pandemia de la COVID-19, aunque no es el tema central de este informe, ha sido fuente de numerosas lecciones en el ámbito de la APS (2, 29, 137, 184). La pandemia ha resaltado la necesidad apremiante de reorganizar, fortalecer y repensar los sistemas de salud en términos de sus valores, principios, políticas y prácticas, para hacer frente no solo a las pandemias actuales, sino también a las necesidades de salud en constante evolución de la población (185). La pandemia también ha subrayado la importancia de una visión integral que aborde la interconexión entre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud. Además, ha destacado la necesidad de colaboración entre múltiples sectores y disciplinas para abordar los problemas actuales y futuros de la salud de las poblaciones en todo el mundo.

Sin embargo, la respuesta predominante a la pandemia se ha centrado en la atención hospitalaria, con una vigilancia epidemiológica limitada y medidas para mitigar la demanda

de atención hospitalaria. Se ha subestimado la capacidad de los servicios de primer nivel en el territorio, a pesar de los modelos aplicados desde mediados de la década del 2000, que buscaban integrar la vigilancia en salud con acciones de promoción, prevención y tratamiento.

A pesar de ello, en distintas experiencias locales se ha observado un esfuerzo por fusionar las funciones de vigilancia en salud y asistencia de salud, con el objetivo de brindar atención integral, coordinada y continua a los pacientes mientras se mantienen los programas y servicios esenciales para otras enfermedades. Estas iniciativas también han promovido la participación de la comunidad y la colaboración intersectorial en respuesta a las necesidades locales; con este objetivo, se ha facilitado la llegada de los programas y servicios sociales del Estado a las familias y se ha fomentado la solidaridad y la vigilancia comunitaria en salud (185, 186). También ha habido avances en la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, incluidas la telemedicina, las recetas médicas digitales y la atención remota virtual (2, 29, 64, 135, 159, 185). La evaluación de estas innovaciones puede informar cambios futuros destinados a mejorar el acceso, la calidad de la atención y la continuidad y coordinación de la atención en el primer nivel de atención.





# Conclusiones



A pesar de los desafíos persistentes en la APS integral, el análisis de nueve casos de una selección de países de América del Sur revela fortalezas comunes relacionadas con determinantes estratégicos esenciales para sistemas de salud orientados hacia la APS integral. En América del Sur, numerosos países han incorporado el derecho a la salud en sus constituciones, en particular después de períodos de dictadura militar que restringieron los derechos civiles, políticos y sociales. Este compromiso político, además de necesario, es un paso fundamental para el desarrollo de sistemas de salud universales.

La APS destaca como una prioridad en las políticas nacionales de salud de los nueve países estudiados, con el objetivo de reducir las desigualdades en salud y lograr el acceso universal, a pesar de la existencia de sistemas de protección social en salud fragmentados y de asimetrías en el acceso y la cobertura de salud. Aunque persisten problemas, todas las naciones han reafirmado la importancia de la APS como estrategia fundamental para abordar las cambiantes necesidades de salud y promover la equidad. En este sentido, los enfoques comunitarios y territoriales, aunque todavía en desarrollo en algunos modelos, pueden servir de referencia para informar las políticas en la Región. Asimismo, la promoción de la cooperación entre países y la difusión de estas experiencias pueden ser herramientas valiosas para impulsar cambios necesarios.

La participación comunitaria y social en la salud destaca como fundamental para consolidar el derecho a la salud y asegurar el compromiso de los gobiernos y la sociedad con la mejora del sistema de salud, además de fortalecer la democracia. Experiencias exitosas de participación social multinivel, como las registradas en Bolivia (Estado Plurinacional de) y Brasil, pueden ofrecer estrategias valiosas para otros países.

Un aspecto crucial para abordar las necesidades de salud y reducir las desigualdades de acceso es el enfoque intercultural en la APS. La integración de la medicina tradicional de los Pueblos Indígenas y campesinos está ganando terreno en las políticas de salud, en especial en Bolivia (Estado Plurinacional de) y Ecuador, que han establecido estados plurinacionales y orientado sus políticas hacia el buen vivir. Las experiencias exitosas de diálogo intercultural y complementariedad entre la medicina ancestral y la biomedicina pueden servir como modelos para otros países.

No obstante, uno de los principales obstáculos es la segmentación de la cobertura y la financiación pública insuficiente, que se refleja en una fragmentación de las redes de servicios de salud y desigualdades de acceso y cobertura. A pesar de algunos avances en las políticas orientadas hacia el derecho universal a la salud, el gasto público bajo en salud y la carga tributaria insuficiente limitan la capacidad del sistema de salud. De los nueve países estudiados, solo Uruguay cumple con el requerimiento de invertir más del 6% del PIB en gasto público en salud.

Sin embargo, la asignación de recursos específicos a la APS no puede determinarse de manera definitiva debido a limitaciones en los sistemas de información y la segmentación de los esquemas de cobertura. Es importante señalar que el espacio fiscal para la financiación

de la salud es un problema significativo en la Región, ya que la carga tributaria promedio en los países de América Latina es del 21% del PIB, en comparación con el promedio del 34% en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Esta disparidad restringe la capacidad del Estado para intervenir de manera efectiva en el sector de la salud.

A pesar de estos problemas, los países de la Región siguen reafirmando el camino del derecho a la salud y del acceso universal a la salud, lo que brinda una oportunidad propicia para la reorientación de los sistemas de salud hacia una APS integral e integrada que aborde los determinantes sociales de la salud y las necesidades de las personas, las familias y las comunidades en un proceso continuo de acciones que integre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, el diagnóstico temprano y el tratamiento, así como la rehabilitación en redes integradas de salud (2).



# Referencias

1. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. A vision for primary health care in the 21st century: towards UHC and the SDGs. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/328065>.
2. Organización Panamericana de la Salud. 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.: OPS; 2022. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55859/OPSHSSHSCOVID-19210015\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55859/OPSHSSHSCOVID-19210015_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
3. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre la atención integrada para mejorar los resultados de salud [documento CE170/16]. 170.ª sesión del Comité Ejecutivo de la OPS; Washington, D.C. (sesión híbrida); 20 al 24 de junio del 2022. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/62740>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Pacto 30-30-30: APS para la Salud Universal. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-03/brochure-30-30-30-spa2019.pdf>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55657>.
6. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Primary Health Care Measurement Framework and Indicators: Monitoring Health Systems Through a Primary Health Care Lens. Ginebra: OMS y UNICEF; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>.
7. Giovanella L, Vega-Romero R, Tejerina-Silva H, Almeida PF, Ríos G, Goede H, et al. Atención primaria de salud en Suramérica. ¿Reorientación hacia el cuidado integral? En: Giovanella L (coord.). Atención primaria de salud en Suramérica. Río de Janeiro: ISAGS; 2015:23-58. Disponible en: [http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro\\_atencao\\_primaria\\_de\\_saude\\_2015\\_esp-2.pdf](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf).
8. Congreso Constituyente del Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, 5 de octubre de 1988. Disponible en: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
9. Asamblea Legislativa del Estado Plurinacional de Bolivia. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 7 de febrero del 2009. Disponible en: [https://www.oas.org/dil/esp/constitucion\\_bolivia.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_bolivia.pdf).
10. Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador. Constitución Política de la República del Ecuador. Registro Oficial N.º 449, 20 de octubre del 2008. Disponible en: [https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf).

11. Giovanella L, Ruiz G, Feo O, Tobar S, Faria M. Sistemas de salud en América del Sur. En: Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S (coords.). Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2012:21-69. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/816019/678763-sistemas-de-salud-en-america-del-sur.pdf>.
12. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42:e126. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e126/>.
13. Donato NA. Derecho a la salud. Diccionario enciclopédico de la legislación sanitaria. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2017. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/node/7>.
14. Presidencia de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Gaceta Constitucional N.º 116 de 20 de julio de 1991. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>.
15. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-760/08. Bogotá: Corte Constitucional; 2008. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>.
16. Hernández M, Rodríguez J, Mesa L, Mosquera E. Capítulo 5: Colombia. En: Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JJ. Sistemas híbridos de saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2019:223-271. Disponible en: <https://cebes.org.br/sistemas-hibridos-de-saude-uma-analise-comparada-internacional-de-politicas-de-protecao-e-equidade/22748/>.
17. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 518 del 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC). Diario Oficial N.º 49 436, 25 de febrero del 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>.
18. Poder Legislativo de Uruguay. Constitución de la República Oriental del Uruguay. Montevideo: Poder Legislativo; 1997. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967>.
19. Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Río de Janeiro: ISAGS; 2012. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-678763>.
20. Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Argentina. Río de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededespesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasArgentinaISAGS1.pdf>.

21. Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Publica Mex.* 2011;53(S2):S96-S108. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/06.pdf>.
22. Maceira D. Caracterización del sistema de salud argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas.* 2020;VIII(14):155-179. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4536>.
23. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina. Cuánto gasta Argentina en salud. Secretaría de Gobierno de Salud. Buenos Aires: MSDS; 2019.
24. Langsam M, Fontela M, Monsalvo M. Capítulo 3: Argentina. En: Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JJ. *Sistemas híbridos de saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade.* Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2019:223-271. Disponible en: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/03/Sistemas-hibridos-saude.pdf>.
25. Asamblea Legislativa del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N.º 1152 del 20 de febrero del 2019. Ley modificatoria a la ley N.º 475 del 30 de diciembre del 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por ley N.º 1069 del 28 de mayo del 2018 hacia el sistema único de salud, universal y gratuito. La Paz: Asamblea Legislativa Plurinacional; 2019.
26. Coube M, Nikoloski Z, Mrejen M, Mossialos E. Inequalities in Unmet Need for Health Care Services and Medications in Brazil: A Decomposition analysis. *Lancet Reg Health Am.* 2023;19. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100426>.
27. Adriano Massuda MV, Rifat A, Marcia CC. International Health Care System Profiles: Brazil. The Commonwealth Fund. 2024. Disponible en: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil>.
28. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian Health System: History, Advances, and Vhallenges. *Lancet.* 2011;377(9779):1778-1797. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).
29. Organización Panamericana de la Salud. Informe anual 2020. La salud universal y la pandemia: sistemas de salud resilientes: Chile. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54755>.
30. Mondaca AL, Chi C. Equity in Out-of-Pocket Payment in Chile. *Rev Saude Publica.* 2017;51:44. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006666>.
31. Artaza-Barríos O, Toro-Devía O, Fuentes-García A, Alarcón-Hein A, Econ, Arteaga-Herrera O. Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los consejos integradores de la red asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile. *Rev Salud Pública México.* 2013;55(6):650-658. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2013.v55n6/650-658>.

32. Barrios OA, Méndez CA. Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e16. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51916/v44e162020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
33. Vega Romero R, Acosta Ramírez N. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Colombia. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapaColombialsags1.pdf>.
34. Congreso de la República de Colombia. Proyecto de Ley por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 13 de febrero del 2023. Disponible en: <https://congresovisible.uniandes.edu.co/proyectos-de-ley/ppor-medio-de-la-cual-se-transforma-el-sistema-de-salud-en-colombia-y-se-dictan-otras-disposiciones-reforma-a-la-salud/12900/>.
35. Peña López MA. Reforma estatal y capacidad institucional: análisis de la atención primaria de salud en Ecuador (2008-2016). Tesis doctoral presentada en el Programa de Doctorado en Ciencia Política, Políticas Públicas y Relaciones Internacionales de la Universidad Autónoma de Barcelona; 2019. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=LPIVAI%2FyvE4%3D>.
36. Tejerina Silva H. Atención primaria de salud en Bolivia, Ecuador y Venezuela: ¿transición hacia la atención primaria integral? En: Giovanella L (coord.). Atención primaria de salud en Suramérica. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2015. Disponible en: [http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro\\_atencao\\_primaria\\_de\\_saude\\_2015\\_esp-2.pdf](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf).
37. Tejerina Silva H. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Ecuador. Río de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasEquadorIsags1.pdf>.
38. Ríos G. Atención primaria de salud en Argentina, Paraguay y Uruguay. En: Giovanella L. (coord.). Atención primaria de salud en Suramérica. Río de Janeiro: ISAGS; 2015:59-111. Disponible en: [http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro\\_atencao\\_primaria\\_de\\_saude\\_2015\\_esp-2.pdf](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf).
39. Organización Panamericana de la Salud. Informe anual 2021. Respuesta a la COVID-19 y preparación para el futuro: Paraguay. Asunción: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56354>.
40. Cabral-Bejarano MS, Nigenda G, Arredondo A, Conill E. Rectoría y gobernanza: dimensiones estructurantes para la implementación de políticas de atención primaria de salud en el Paraguay, 2008-2017. *Cien Saude Colet*. 2018;23(7):2229-2238. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Y33CZdd7KqpswXzcbGzpBSq/?lang=es&format=html>.

41. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Manual de organización de los servicios de salud en el marco de las RIIS. Asunción: OPS; 2019. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1282566/manual-de-organizacion-de-los-servicios-de-salud-en-el-marco-d\\_sQVpt7g.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1282566/manual-de-organizacion-de-los-servicios-de-salud-en-el-marco-d_sQVpt7g.pdf).
42. Ministerio de Salud de Perú. Perú: Informe técnico: análisis e identificación de las personas no aseguradas en salud a nivel nacional. Lima: Superintendencia Nacional de Salud de Perú; 2020. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/735777118/Informe-tecnico-de-analisis-e-identificacion-de-las-personas-no-aseguradas-en-salud-a-nivel-nacional-23-de-diciembre>.
43. Giovanella L, Almeida PF. Atención primaria integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saude Publica*. 2017;33(S2):e001188161. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00118816>.
44. Milanesi A, Mirza C, Zeballos C. La construcción de la protección social en Uruguay: desafíos y horizontes. *Revista MERCOSUR de Políticas Sociales*. 2018;2:192-213. Disponible en: <https://doi.org/10.28917/ISM.2018-V2-192>.
45. Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Junta Nacional de Salud Área Economía de la Salud. Desempeño de los principales prestadores del SNIS 2019. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2020. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/desempeno-principales-prestadores-del-snis-2019>.
46. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS\\_Informe\\_sobre\\_Salud\\_en\\_el\\_mundo-2008.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Informe_sobre_Salud_en_el_mundo-2008.pdf).
47. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas +2017. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>.
48. Organización Panamericana de la Salud. Encuentro Buenos Aires 30-15: de Alma-Ata a la Declaración del Milenio, Declaración Final. Buenos Aires: OPS; 2007.
49. Banco Mundial. Argentina: hacia una cobertura universal de salud. Desafíos y oportunidades. Serie de informes técnicos del Banco Mundial en Argentina, Paraguay y Uruguay, N.º 12. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2017. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/757821516810031078/pdf/Argentina-Towards-Universal-Health-Coverage-Challenges-and-Opportunities.pdf>.
50. Presidencia de la Nación de Argentina. Plan de evaluación y mejora de la calidad en el primer nivel de atención. Buenos Aires: Presidencia de la Nación; 2019. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/325000-329999/327842/res1737.pdf>.
51. De Ortúzar MG. Cobertura Universal de Salud -CUS- vs. Derecho a la Salud. *RevIISE*.

2019;12(12):103-116. Disponible en: <https://ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/279>.

52. Freidin B, Ballesteros MS, Krause M, Wilner AD, Vinitzky A. Atención primaria de la salud en tiempos de crisis: experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires. Buenos Aires: Teseopress; 2020. Disponible en: <https://www.teseopress.com/atencionprimaria>.
53. Tejerina Silva H, De Paepe P, Soors W, Lanza OV, Closos MC, Van Dessel P, et al. Revisiting health policy and the World Bank in Bolivia. *Global Social Policy*. 2011;1(1):22-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1468018110391999>.
54. Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia. La política SAFCI, su estrategia de promoción de la salud y prácticas alimentarias saludables. La Paz: Comité de Identidad Institucional y Publicaciones, MSD; 2013. Disponible en: [https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/p028\\_po\\_dgps\\_uan\\_LA\\_POLITICA\\_SAFCI\\_SU ESTRATEGIA\\_DE\\_PROMOCIN\\_DE\\_LA\\_SALUD\\_Y\\_NUTRICIN.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/p028_po_dgps_uan_LA_POLITICA_SAFCI_SU ESTRATEGIA_DE_PROMOCIN_DE_LA_SALUD_Y_NUTRICIN.pdf).
55. Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional de Bolivia. Consejo de Ministros. Decreto Supremo N.º 29601/2008. Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural. La Paz: Poder Ejecutivo; 2008. Disponible en: [https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/bolivia\\_plurinational\\_state\\_of/ley32371.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/bolivia_plurinational_state_of/ley32371.pdf).
56. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saude Pública*. 2002;18(S):203-211. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700020>.
57. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Commun Health*. 2006;60:13-19. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jech.2005.038323>.
58. Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, Simões CCS. Going to Scale with Community-Based Primary Care: An Analysis of the Family Health Program and Infant Mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med*. 2007;65(10):2070-2080. Disponible em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.028>.
59. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Cien Saude Colet*. 2016;21(9):2697-2708. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16052016>.
60. Magalhães Jr HM, Pinto HA. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulg Saúde Debate*. 2014; 51:14-29. Disponible en: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>.
61. Ministerio de Salud de Brasil. Política Nacional de Atención Básica. Brasilia: Ministerio

de Salud; 2011.

62. Massuda A, Hone T, Leles FA, De Castro MC, Atun R. The Brazilian Health System at Crossroads: Progress, Crisis and Resilience. *BMJ Glob Health*. 2018;3(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>.
63. Massuda A. Primary Health Care Financing Changes in the Brazilian Health System: Advance ou Setback? *Cien Saude Colet*. 2020 Mar;25(4):1181-1188. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>.
64. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2022. Disponible en: <https://temasdesalud.cl/wp-content/uploads/Estrategia-Nacional-de-Salud-2030.pdf>.
65. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial N.º 47 957 del 19 de enero del 2011*. Disponible en: [https://www.redjurista.com/Documents/ley\\_1438\\_de\\_2011\\_congreso\\_de\\_la\\_republica.aspx#](https://www.redjurista.com/Documents/ley_1438_de_2011_congreso_de_la_republica.aspx#/).
66. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Política de atención integral en salud: un sistema de salud al servicio de la gente. Bogotá: MSP; 2016. Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/33014>.
67. Consejo Nacional de Planificación de Ecuador. Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017. Quito: Gobierno de Ecuador; 2013. Disponible en: <https://www.gobiernoelectronico.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/Plan-Nacional-para-el-Buen-Vivir-2013-%E2%80%932017.pdf>.
68. Consejo Nacional de Planificación de Ecuador. Plan Nacional para el Buen Vivir 2017-2021. Quito: Gobierno de Ecuador; 2017. Disponible en: <https://www.gobiernoelectronico.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/09/Plan-Nacional-para-el-Buen-Vivir-2017-2021.pdf>.
69. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública de Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e intercultural. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2012. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988619>.
70. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Quito: Ministerio de Salud Pública; 2013. Disponible en: [https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf).
71. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Plan Decenal de Salud 2022-2031. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2022. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/plan-decenal-de-salud-2022-2031-msp/>.
72. Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países

de América del Sur: mapeo de la APS en Paraguay. Río de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasParaguailSAGS1.pdf>.

73. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Política Nacional de Salud 2015-2030: avanzando hacia el acceso y cobertura universal de la salud en Paraguay. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2016.
74. Acosta Ramírez N, Vega Romero R. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: Mapeo de la APS en Perú. Río de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <https://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasPerulSAGS1.pdf>.
75. Ministerio de Salud de Perú. Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI): documento técnico. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1893886-modelo-de-cuidado-integral-de-salud-por-curso-vida-para-la-persona-familia-y-comunidad-mci-documento-tecnico>.
76. Cuba-Fuentes MS, Romero-Albino Z, Dominguez R, Rojas-Mezarina L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma-Ata. *An Fac Med*. 2018;79(4):346-350. Disponible en: [www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832018000400013&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832018000400013&script=sci_arttext&tlng=pt).
77. Ministerio de Salud de Perú. Plan Estratégico Multisectorial al 2030 de la Política Nacional Multisectorial de Salud. “Perú, País Saludable”. Lima: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3287193/Plan%20estrat%C3%A9gico%20multisectorial%20al%202030%20de%20la%20pol%C3%ADtica%20nacional%20multisectorial%20de%20salud%20%22Per%C3%BA%2C%20pa%C3%ADs%20saludable%22.pdf?v=1655927840>.
78. Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. Ley N.º 18211: creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. *Diario Oficial N.º 27 384*, 13 de diciembre del 2007. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>.
79. Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Washington, D.C.: OPS; 2011. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/atencion-primaria-salud-uruguay-experiencias-lecciones-aprendidas>.
80. Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria a la salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Uruguay. Río de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: [www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasUruguailsags1.pdf](http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasUruguailsags1.pdf).
81. Harispe E, Ponzo J, Cavalleri F, León I. Funciones de los médicos de familia y comunidad

en los equipos del primer nivel de atención en Uruguay. *Rev Med Urug.* 2022;38(1):e38111. Disponible en: <https://doi.org/10.29193/rmu.38.1.10>.

82. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Manual de Organización del Primer Nivel de Atención. Asunción: MSPyBS; 2022. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/508623-ManualdeOrganizaciondelPrimerNiveldeAtencion.pdf>.
83. Buglioli M, Severi C, Ribero V, Schenck M. Capítulo 11: Uruguay. En: Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JIJ (coord.) *Sistemas híbridos de saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade*. Río de Janeiro: CEBES; 2019. Disponible en: <https://cebes.org.br/sistemas-hibridos-de-saude-uma-analise-comparada-internacional-de-politicas-de-protecao-e-equidade/22748/>.
84. Ministerio de Salud de Perú. Manual de implementación del modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI): documento técnico. Lima: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1682527-220-2021-minsa>.
85. Ministerio de Salud de Chile. Estatuto de la Atención Primaria en Salud 1995 Ley N.º 19378. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 1995. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30745>.
86. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D et al. The Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care: Putting People at the Centre. *Lancet Glob Health.* 2022;10(5):e715-772. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5).
87. Palacios A, Espinola N, Rojas-Roque C. Need and Inequality in the Use of Health Care Services in a Fragmented and Decentralized Health System: Evidence for Argentina. *Int J Equity Health.* 2020 Jul 31;19(1):67. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01168-6>.
88. Chiara M. La salud gobernada: política sanitaria en la Argentina 2001-2011. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento; 2019. Disponible en: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/otros/20210716035533/Salud-gobernada.pdf>.
89. Luzuriaga MJ, Zunino MG, Iusef Venturini N, Gaiano A. Desigualdades históricas y actuales del sistema de salud argentino: Límites y desafíos para la construcción de un sistema integrado de salud. *Debate Público.* 2021 Jul 31;11(21):107-117. Disponible en: [https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/08/15\\_Luzuariaga.pdf](https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/08/15_Luzuariaga.pdf).
90. Banco Mundial. *World Development Indicators 2022*. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2022. Disponible en: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>.
91. Tejerina Silva H. Mapeo y análisis de la atención primaria de salud en los países de

América del Sur: mapeo de la APS en Bolivia. Río de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/268685556\\_Mapeo\\_y\\_Analisis\\_de\\_los\\_Modelos\\_de\\_Atencion Primaria\\_en\\_Salud\\_en\\_los\\_Paises\\_de\\_America\\_del\\_Sur\\_Mapeo\\_de\\_la\\_APS\\_en\\_Bolivia](https://www.researchgate.net/publication/268685556_Mapeo_y_Analisis_de_los_Modelos_de_Atencion Primaria_en_Salud_en_los_Paises_de_America_del_Sur_Mapeo_de_la_APS_en_Bolivia).

92. 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). La Paz: Agencia de Cooperación Internacional de Corea; 2022.
93. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021. París: OECD Publishing; 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/146d0dea-en>.
94. Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde? Cien Saude Colet. 2021;26(S2). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>.
95. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. Cad Saude Publica. 2022;38(2):e00164621, 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>.
96. Banco Mundial. World Development Indicators 2019. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2019. Disponible en: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>.
97. Vega Romero R, Acosta Ramírez N. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Chile. Río de Janeiro: ISAGS; 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.13140/2.1.4970.9765>.
98. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la planificación y programación en red 2022. Anexo 9: Eje gestión de recursos financieros en atención primaria. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2021. Disponible en: <https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2024/09/OT-PLANIFIC-Y-PROGRAMAC-2025-MINSAL.pdf>.
99. 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. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00244719>.
100. Booth A. Chile abolishes copayments in step towards UHC. Lancet. 2022;400(10356):877. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01776-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01776-7).
101. Barón-Leguizamón G. Composición y evolución del gasto en salud de Colombia y su financiamiento en el período 2013-2018. Rev Salud Publica. 2022;24(1):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103052>.
102. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Acuerdo número 000260 de 2004.

Diario Oficial N.º 45 474 de 27 de febrero del 2004. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/ACUERDO%20260%20DE%202004.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20260%20DE%202004.pdf).

103. Mendonça MHM, Alves MGM, Spadacio C. Nota técnica: Determinação social da saúde e participação social na APS. Brasília: Rede de pesquisa em atenção primária à saúde; 2021. Disponible en: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/12/NT\\_DeterminacaoSocial.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/12/NT_DeterminacaoSocial.pdf).
104. Ministerio de Salud de Brasil. Resolução Normativa ANS 548/2022. Diário Oficial da União, 17 de octubre del 2022; 197, sección 1: 166. Disponible en: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0548\\_17\\_10\\_2022.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0548_17_10_2022.html).
105. Presidencia de la República de Brasil. Decreto N.º 3029, Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 de abril de 1999. Sección 1. Disponible en: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3029-16-abril-1999-371883-norma-pe.html>.
106. Ministerio de Salud de Colombia. Política de participación social en salud PPS Resolución 2063 de 2017. Bogotá: Ministerio de Salud; 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/politica-ppss-resolucion-2063-de-2017-cartilla.pdf>.
107. Zavalaga LFL, Siles DA, Valcarcel B, Huertas OH. Historia de la atención primaria de salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales. *Rev Med Hered.* 2020;31(4):266-273. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3861>.
108. Rydel D, Dogmanas D, Casal P, Hidalgo L. El psicólogo en el primer nivel de atención de salud: desafíos para Uruguay. *Psicol. Conoc. Soc.* 2022;12(1):129-154. Disponible en: <https://doi.org/10.26864/pcs.v12n.1.6>.
109. Ferreira Santomauro M. Modificación de las políticas sociales: el caso de Uruguay Crece Contigo y Cercanías [en línea]. Tesis de grado. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República; 2021. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/33490>.
110. Garcia LMT, Maio IG, dos Santos TI, Cunha Folha CBdJ, Watanabe HAW. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde Debate.* 2014;38(103):966-980. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rZnYjDrJMxmjzhRNbRBBR6z/?format=pdf&lang=pt>.
111. Mendonça EM, Lanza FM. Intersectoriality Perspectives on the Daily Life of Primary Health Care in Brazil: A Theoretical Reflection. *Research, Society and Development.* 2020;9(11):e2549119834. Disponible en: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9834>.
112. Sandes LFF, Freitas DA, de Souza MFNS, Leite KBS. Atenção primária à saúde de

- indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42(18):e163. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.163>.
113. Cabieses B, Obach A, Urrutia C. Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. Santiago de Chile: Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo y Programa de Estudios Sociales en Salud; 2021. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/4357>.
  114. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saude Soc*. 2007;16(2):19-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200004>.
  115. Cruz MJB, Santos AF, Macieira C, Abreu DMX, Machado ATGM, Andrade EIG. Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais. *Cad Saude Publica*. 2022;38(2):e00088121. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088121>.
  116. Ministerio de Salud de Chile. Política de salud y pueblos indígenas. 2.ª ed. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2006. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/minsal\\_chile/8/9/598.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/minsal_chile/8/9/598.pdf).
  117. Neira Rozas J. Prestaciones de salud en zonas indígenas mapuches: resumen de algunas experiencias. En: Organización Panamericana de la Salud. Economía y salud: aportes y experiencias en América Latina. Cuadernos Médico Sociales;2012:52(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9510412>.
  118. Cuyul Soto A. La burocratización de la salud intercultural en Chile: del neo-asistencialismo al autogobierno mapuche en salud. Documento para la discusión entre organizaciones mapuche. Puelmapu, rimü; 2008. Disponible en: [http://laced.etc.br/indigenismo/arquivos/La\\_Burocratización\\_de\\_la\\_Salud\\_intercultural\\_en\\_Chile.\\_A.\\_Kuyul\\_5-08.pdf](http://laced.etc.br/indigenismo/arquivos/La_Burocratización_de_la_Salud_intercultural_en_Chile._A._Kuyul_5-08.pdf).
  119. Conselho Regional Indígena de Cauca. CRIC avanza hacia el proceso de la transición al Sistema de Salud Indígena Propio Intercultural-SISPI. [lugar desconocido]: Portal CRIC; 2018. Disponible en: <http://www.cric-colombia.org/portal/cric-avanza-hacia-proceso--la-transicion-al-sistema-salud-indigena-intercultural-sispi/>.
  120. Balado L, Marina K. El cuidado enfermero en la consulta de enfermería intercultural de la asociación civil Idas y Vueltas, Montevideo-Uruguay. *Rev Urug Enferm*. 2018;13(2). Disponible en: <https://doi.org/10.33517/rue2018v13n2a3>.
  121. Organización Panamericana de la Salud. Interprofessional Health Teams for Integrated Care. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275129791>.
  122. Ministerio de Salud de Argentina. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Buenos

- Aires: Consejo Federal de Salud, Ministerio de Salud de la Nación; 2004. Disponible en: [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/065\\_salud1/material/archivos/documentos/plan\\_federal\\_de\\_salud\\_2004\\_2007.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/documentos/plan_federal_de_salud_2004_2007.pdf).
123. 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: Representación OPS/OMS Argentina; 2017. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34027/9789507101281\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34027/9789507101281_spa.pdf).
  124. 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. *Cienc Saude Col.* 2021;26(S1). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>.
  125. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e160. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>.
  126. Escobar-Díaz FA. Implementación de la Política de Atención Integral en Salud en Cundinamarca, Colombia 2021 [Implementation of the Comprehensive Health Care Policy in Cundinamarca, Colombia 2021]. *Rev Salud Publica (Bogota).* 2023; 25(6):111389. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.V25n6.111389>.
  127. Espinosa V, Acuña C, De la Torre D, Tambini G. La reforma en salud del Ecuador. *Rev Panam Salud Publica.* 2017;41:e96. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34061>.
  128. Benia W, Medina G. Construcción de una Red Continente. APS y primer nivel en el cambio de modelo de atención en Montevideo. Uruguay, 2005-2009. En: Levcovitz E, Antonioli G, Sánchez D, Fernández Galeano M (eds.). *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. Washington, D.C.: OPS; 2011. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/atencion-primaria-salud-uruguay-experiencias-lecciones-aprendidas>.
  129. Organización Panamericana de la Salud. *Sistema de Monitoreo del Plan de Acción de Recursos Humanos para la Salud Universal (2018-2023)*. Washington, D.C. Disponible en: <https://www.observatoriorh.org/es/moplan2023>.
  130. Harispe E, Fernández M. 7. Fortalecimiento de la regionalización de ASSE desde una perspectiva de redes integradas de servicios de salud. En: Ministerio de Salud Pública. *Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/avances-consolidacion-sistema-nacional-integrado-salud>.
  131. Organización Panamericana de la Salud, Administración de Servicios de Salud del

- Estado. Construyendo una lectura territorial para la organización de los servicios de salud de ASSE. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/construyendo-lectura-territorial-para-organizacion-servicios-salud-asse>.
132. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Lineamientos para la organización y operación de los equipos básicos de salud. Resolución 2788 del 2022. Bogotá: MSPS; 2023. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamientos-operacion-equipos-basicos-salud-resolucion-2788-2022.pdf>.
  133. Lerea MJ, Tullo JE, López P. Estrategia de atención primaria de salud y su impacto en las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la atención ambulatoria, Paraguay, 2000-2017. *Rev Panam Salud Publica* 2019; 43:e69. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2019.69>.
  134. Ministerio de Salud de Perú. Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del sector salud. Lima: Ministerio de Salud; 2022. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2022/diagnostico-brechas-infraestructura-sector-salud-2022.pdf>.
  135. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Modelo de salud preventivo y predictivo para una Colombia potencia mundial de la vida. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2022. Disponible en: <https://mdco.com.co/blog-1/1t94rnyef6vf9z62l6h7cyqqrwloas-744tb>.
  136. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estadísticas en salud. París: OCDE; 2019. Disponible en: [https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH\\_REAC&lang=en](https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_REAC&lang=en).
  137. 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. Disponible en: <https://fund.ar/wp-content/uploads/2021/06/Talento-Humano-el-recurso-mas-critico-Fundar.pdf>.
  138. Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador. Anuario de Recursos y Actividades de Salud; 2019. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec>.
  139. Buffa C, Cárpena C, Pradere G, Yapor M. Os recursos humanos em saúde dez anos após a reforma sanitária no Uruguai. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2017;57:76-88. Disponible en: [www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/mercosul-web\\_1.pdf#page=95](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/mercosul-web_1.pdf#page=95).
  140. Almeida PF, Oliveira SC, Giovanella L. Network Integration and Care Coordination: The Case of Chile's Health System. *Cien Saude Colet*. 2018;23(7):2213-2227. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09622018>.
  141. 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(S2):3435-3446. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.04572020>.
142. Parra-Giordano D, Soto-Malabrigo P. Factores de atracción y expulsión de médicos migrantes. Estudio de caso de Pedro Aguirre Cerda. *Univ Salud.* 2020;22(2):127-136. Disponible en: <https://doi.org/10.22267/rus.202202.184>.
  143. Sacoto F. La experiencia de contratación de equipos básicos de atención de salud en Ecuador. Quito: Fesalud; 2010. Disponible en: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/estudio\\_caso\\_ecuador.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/estudio_caso_ecuador.pdf).
  144. Crespo CF. Chile: nuevos desafíos sanitarios e institucionales en un país en transición. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e137. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49469>.
  145. Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia. Estructura de los establecimientos de salud. La Paz: MSD; 2021.
  146. Prada-Ríos SI, Pérez-Castaño AM, Rivera-Triviño AF. Clasificación de instituciones prestadores de servicios de salud según el sistema de cuentas de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: el caso de Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2017;16(32):51-65. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cips>.
  147. Ministerio de Salud de Perú. Resolución Ministerial N.º 546-2011-MINSA. Aprobar la NTS N.º 021-MINSAIDGSP-V.03: Categorías de establecimientos del sector salud, que en documento adjunto forma parte de la presente resolución. Lima: Ministerio de Salud; 2011. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243402-546-2011-minsa>.
  148. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America. OECD Health Policy Studies. París: OECD Publishing; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/743e6228-en>.
  149. Giraldo Osorio A, Vélez Álvarez C. La atención primaria de salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Aten Primaria.* 2013 Ago-Sep;45(7):384-392. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.016>.
  150. Ministerio de Salud de Argentina. Términos de referencia para la contratación de aseguramiento razonable sobre el cumplimiento de los criterios acordados con el Programa Redes de Salud para los Proyectos Jurisdiccionales de Inversión (PJI) por cada uno de los hitos de los procesos priorizados. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en: [https://www.msal.gob.ar/images/stories/Licitaciones-msal/IF-2021-121166694-APN-DRISSMS\\_TDR.pdf](https://www.msal.gob.ar/images/stories/Licitaciones-msal/IF-2021-121166694-APN-DRISSMS_TDR.pdf).
  151. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Nueva propuesta para transformar

entre todos el sistema de salud en Colombia [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2024 Sep. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/nueva-propuesta-para-transformar-entre-todos-el-sistema-de-salud-en-colombia.aspx>.

152. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, Banco Mundial. Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020. París: OECD Publishing; 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/6089164f-en>.
153. Viana ALd'A, Bousquat A, Melo GA, De Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2018;23(6):1791-1798. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>.
154. Organización Panamericana de la Salud. Transformación digital del sector salud: reporte del análisis de madurez de los sistemas de información para la salud (IS4H). Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-04/is4h-chile-2022-revisado-sept-2023-enviado-ops.pdf>.
155. Vilorio C, Caballero C. Avances y retos para implementar la telemedicina y otras tecnologías de la información (TIC). *Salud Barranquilla*. 2014;30(2):v-vii. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/6641>.
156. Organización Panamericana de la Salud. Hoja de Ruta para la Transformación Digital del Sector Salud en la Región de las Américas (Documento CD59/6). 73.ª sesión del Comité Regional de la APS para las Américas. Sesión virtual, 20 al 24 de septiembre del 2021. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd596-hoja-ruta-para-transformacion-digital-sector-salud-region-americas>.
157. Valerio Monge CJ. Telemedicina: una mirada a las buenas prácticas éticas y jurídicas internacionales. En particular, la confidencialidad y el consentimiento informado en la legislación latinoamericana. *Bioderecho.es*. 2021;(14):1-21. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/bioderecho.510241>.
158. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC et al. 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. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/?format=pdf&lang=pt>.
159. Ghiglia MMC. Telemedicina: su rol en las organizaciones de salud. *Rev Med Urug*. 2020;36(4):411-7. Disponible en: <https://doi.org/10.29193/RMU.36.4.9>.
160. Bobatto MB, Segovia G, Rosas SM. El Buen Vivir, camino del Movimiento Mundial de Salud de los Pueblos Latinoamérica hacia otra alternativa al desarrollo. *Saude Debate*. 2020;44(S1):24-36. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902020000400185](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902020000400185).
161. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Nueva

York: Oxford University Press; 1998.

162. World Organization of Family Doctors. Rural Medical Education Guidebook. WONCA working party on rural practice. Bangkok: WONCA; 2014. Disponible en: <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/ruralGuidebook/RMEG.pdf>.
163. Almeida M, Floss M, Targa L, Wynn-Jones J, Chate AB. It is Time for Rural Training in Family Medicine in Brazil. *RBMFC*. 2018a;13:1-4. Disponible en: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1696](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1696).
164. Figueroa Pedraza D, Cavalcanti Costa GM. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería Global*. 2014;13(33):267-278. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100013](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100013).
165. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramirez N, Parada-Lezcano M, Ríos G et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020 Oct 19;19:e00310142. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>.
166. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Cien Saude Colet*. 2017;22(4):1141-1154. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.
167. Machado CV. Políticas de saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. *Cien Saud Colet*. 2018;23(7):2197-212. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08362018>.
168. 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. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2013000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002).
169. Faria RM. A territorialização da atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2020;25(11):4521-4530. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>.
170. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB. Building Primary Care in a Changing Europe. Copenhagen: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud; 2015. Disponible en: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/building-primary-care-in-a-changing-europe-study>.
171. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, van Stralen ACS et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Cien Saude Colet*. 2016;21(9):2739-2748. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15912016>.

172. 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. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.28752017>.
173. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e4. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>.
174. Barbosa da Silva J, Espinal M, Garcia-Saiso S, Fitzgerald J, Marti M, Bascolo E et al. A digital transformation for primary health care. *Bull World Health Organ*. 2024;102(1):2-2A. Disponible en: <https://doi.org/10.2471/BLT.23.290726>.
175. Toso BRGO, Filippin J, Giovanella L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):82-191. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690124i>.
176. Organización Panamericana de la Salud. Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Washington D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/avances-consolidacion-sistema-nacional-integrado-salud>.
177. 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. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00255020>.
178. Figueira MC, Marques D, Vilela MF, Pereira JA, Bazílio J, Silva EM. Fluvial Family Health: Work Process of Teams in Riverside Communities of the Brazilian Amazon. *Rural and Remote Health*. 2020;20:5522. Disponible en: <https://doi.org/10.22605/RRH5522>.
179. 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. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01171-x>.
180. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The Effect of the Family Health Strategy on Usual Source of Care in Brazil: Data From the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health*. 2016;17:15(01):151. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0440-7>.
181. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20(6):485-495. Disponible en: <https://doi.org/10.1157/13096516>.
182. Bodenheimer T. Coordinating Care: A Perilous Journey Through the Health Care System. *NEJM*. 2008;358:1064-1071. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMhpr0706165>.
183. Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS, Anjos EF, 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;80:241. Disponible en: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-022-00995-z>.

184. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2022. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/f4b8b516-9119-41a4-ac2d-5464a1d18687>.
185. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramirez N, Parada-Lezcano M, Rios G et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica? *Trabalho, educação e saúde*. 2021;19:e00310142. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>.
186. Bousquat A, Giovanella L, Facchini LA, Mendonça MHM, Nedel FB, Cury G. The Brazilian PHC response to the COVID-19 pandemic: individual and collective comprehensiveness and performance profiles. 2022, Preprint (Versión 1). Disponible en: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1909134/v1>.

Este informe regional, *Políticas y organización de la atención primaria de salud en América del Sur*, se centra en el análisis de la atención primaria de salud (APS) en nueve países de la Región: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Para llevar a cabo el presente análisis, se realizó una revisión exhaustiva de casos entre agosto y diciembre del 2022, para la cual se emplearon diversas fuentes de datos. La información que se presenta en este informe refleja la situación a esa fecha y explora las lecciones aprendidas en la transformación de los sistemas de salud y la aplicación de la APS, con hincapié en aspectos estratégicos y organizativos. Asimismo, se abordan cuestiones clave, como el liderazgo político, la gobernanza, el financiamiento, la participación comunitaria y los problemas asociados a la creación de modelos de atención centrados en las personas. Los lectores encontrarán en este trabajo valiosas recomendaciones para fortalecer estos sistemas, lo que lo convierte en una herramienta esencial para quienes participan en la mejora de la APS en la Región de las Américas.

**OPS**

[www.paho.org](http://www.paho.org)



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
Región de las Américas

