

Artículo especial

Reformas de atención primaria en América Latina: avances en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú

Lucero A. Juárez Herrera y Cairo^a, Mercedes Carrasco-Portiño^{a,b,*}, María Sofía Cuba-Fuentes^c, Leila Posenato García^d, Clara Bermúdez-Tamayo^{e,f} y Valeria Pérez-Muto^{g,h}^a Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España^b Departamento de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile^c Centro de Investigación en Atención Primaria de Salud, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú^d Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasil^e CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España^f Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España^g Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Instituto Clínico de Medicina y Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España^h Instituto de Salud Global de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de marzo de 2024

Aceptado el 27 de septiembre de 2024

Palabras clave:

Reforma sanitaria

Latinoamérica

Atención primaria de salud

Atención de salud universal

Inequidades en salud

RESUMEN

En América Latina, desde los años 1990 se iniciaron reformas estructurales, con diferente grado de éxito. Uno de sus objetivos primordiales ha sido transformar los sistemas de salud, con énfasis en fortalecer la atención primaria de salud (APS), promoviendo un enfoque integral y cohesivo, reduciendo la fragmentación en la prestación de servicios, mejorando la coordinación entre los distintos niveles asistenciales y garantizando la calidad de la atención. El propósito de este artículo es realizar una breve reflexión de las iniciativas y las reformas relacionadas con la implementación de la APS en los últimos años en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. Estos países han tenido diferencias estructurales e históricas entre sus reformas en APS, y también algunas características comunes. A pesar de la heterogeneidad de los países analizados, existen retos comunes para lograr el acceso universal y la equidad en salud. Las reformas y los programas implementados han reconocido la importancia de la APS como eje central para mejorar el acceso y reducir las inequidades en salud. Aunque se han diseñado diferentes modelos de APS, la mayoría comparten enfoques integrales, preventivos y de promoción de la salud, con énfasis en la participación comunitaria. Sin embargo, los recientes desafíos, acentuados por la pandemia de COVID-19, han revelado las fragilidades de la APS en estos países. Para lograr un acceso universal efectivo y equitativo serán cruciales un mayor compromiso político, iniciativas intersectoriales sólidas, la formación y la retención de profesionales en la APS, así como mecanismos de financiamiento sostenibles y adaptados a las necesidades locales.

© 2024 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Primary health care reforms in Latin America: advances in Brazil, Chile, Colombia, Mexico and Peru

ABSTRACT

Since the 1990s, structural reforms have been initiated in Latin America, with varying degrees of success. One of their main objectives has been to transform health systems, with an emphasis on strengthening primary health care (PHC). This implies promoting a comprehensive and cohesive approach, reducing fragmentation in the provision of services, improving coordination between the different levels of care, and ensuring better quality of care. The purpose of this article is to briefly reflect on the initiatives and reforms related to the implementation of PHC in recent years in Brazil, Chile, Colombia, Mexico, and Peru. These countries have had structural and historical differences between their PHC reforms, as well as some common characteristics. Despite the heterogeneity between the countries analyzed, there are common challenges to achieve universal access and equity in health. The reforms and programs implemented have recognized the importance of PHC as a central axis to improve access and reduce health inequities. Although different models of PHC have been designed, most share comprehensive, preventive and health-promoting approaches, with an emphasis on community participation. However, recent challenges accentuated by the pandemic have revealed the fragilities of PHC in these countries. To achieve effective and equitable universal access, greater political commitment, strong intersectoral initiatives, training and retention of PHC professionals, and sustainable financing mechanisms will be crucial.

© 2024 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Health care reform

Latin America

Primary health care

Universal health care

Health inequities

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mecarrasco@udec.cl (M. Carrasco-Portiño).

Introducción

Actualmente, la atención primaria de salud (APS) se concibe como un abordaje integral, intersectorial y centrado en la persona. Su función no se limita a la atención inicial, sino que trasciende a todos los niveles del sistema sanitario, constituyendo el pilar fundamental para garantizar la continuidad y la calidad de la atención en salud¹⁻⁴. Este enfoque, planteado inicialmente en la Declaración de Alma-Ata (1978) y reforzado en la Declaración de Astana (2018), ha seguido diferentes trayectorias en los países de América Latina y el Caribe, a menudo divergentes del abordaje integral propuesto en la década de 1970^{3,5-7}. En los últimos años se ha observado un renovado impulso en la región hacia el logro del acceso universal a la salud, a través de la implementación de nuevas políticas, reformas e innovaciones orientadas, entre otras cosas, a fortalecer la APS y garantizar una cobertura universal fundamentada en la equidad^{7,8}.

El propósito de este artículo es realizar una breve reflexión sobre las iniciativas y las reformas relacionadas con la implementación de la APS en los últimos años en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. Estos países han tenido diferencias estructurales e históricas entre sus sistemas de salud, y también algunas características comunes. Desde los años 1990 iniciaron reformas estructurales, con diferente grado de éxito en su implementación. Uno de los objetivos primordiales de dichas reformas ha sido transformar los sistemas de salud, con un énfasis teórico en fortalecer el papel de la APS. Estas medidas buscan promover un enfoque integral y cohesivo, reduciendo la fragmentación en la prestación de servicios, mejorando la coordinación entre los distintos niveles asistenciales y garantizando la calidad de la atención^{7,9,10}.

Contexto regional

Desde mediados del siglo xx, muchos países de América Latina y el Caribe han sufrido importantes cambios políticos, sociales y económicos, especialmente teniendo en cuenta los conflictos civiles, las dictaduras militares, las revoluciones sociales y las crisis económicas^{7,11,12}. Durante las décadas de 1980 y 1990, presionados en gran medida por los programas de ajuste estructural de las agencias de financiamiento multilateral y por un enfoque que favorecía el neoliberalismo económico en el sector de la salud, varios países de América Latina y el Caribe instauraron sistemas de salud caracterizados por su fragmentación, programas de salud verticales y abordajes selectivos a la APS^{7,11}.

Estos modelos se caracterizaban por sistemas de salud con segmentación heterogénea de la cobertura, los servicios, el financiamiento y la calidad para distintos grupos de la población, constituyendo una barrera para el cumplimiento del derecho universal a la salud de la población plasmado en las legislaciones nacionales^{7-9,13,14}. A pesar de la mejora objetiva de los indicadores de salud de la población, como el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil y materna, durante las décadas posteriores a estas reformas se vieron resultados dispares y un aumento generalizado de las desigualdades y las inequidades en salud^{7,9-11}.

Brasil

La Estrategia de Salud de la Familia (ESF), implementada en los años 1990 en Brasil, ha servido como base para subsecuentes programas de APS y se ha expandido durante las últimas dos décadas para lograr una mayor cobertura de salud para la población y priorizar la descentralización regional con un enfoque basado en la familia y la comunidad^{8,15}. La ESF se basa en principios de la APS como base y puerta de entrada al Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil (establecido en 1988), equipos multidisciplinarios, participa-

ción comunitaria, interseccionalidad que aborda determinantes de la salud, uso de tecnologías adecuadas y una ratio costo-beneficio sostenible^{8,15}. Debido a que para el año 2013 persistían las desigualdades en el acceso a la atención primaria, especialmente en áreas rurales y remotas, se intentó mejorar la cobertura de la ESF mediante el programa *Más Médicos*. Finalmente, en 2017 se revisó la Política Nacional de Atención Básica del año 2011 para fortalecer la coordinación de la atención primaria con los demás niveles de atención, mejorar el financiamiento y garantizar la cobertura en todo el territorio⁸. En 2019, la reforma *Previne Brasil* modificó la modalidad de financiamiento de la APS basándose en un indicador compuesto de cuatro componentes que permitirían asignar recursos adecuados a las municipalidades. Este programa fue criticado por representar una amenaza para la financiación de la APS y fue revocado en 2024¹⁶.

El SUS, que se instauró por primera vez en la década de 1980 para ofrecer acceso universal a la salud, y en el que a su vez se acogen las reformas y programas de APS mencionados, se encuentra bajo constantes amenazas de desfinanciación, agravadas por la adopción de políticas de austeridad y presión del sector privado para la tercerización¹⁵. La pandemia de COVID-19 destacó el papel crucial del SUS, revelando sus debilidades y los límites de su sostenibilidad. Sin embargo, durante el gobierno de Bolsonaro, específicamente durante la pandemia, se produjeron muchos cambios en cuanto a políticas sociales, de educación y de salud, y se intensificaron los ataques al SUS, muchas veces con impactos negativos, como por ejemplo la reducción de las coberturas vacunales de las enfermedades prevenibles^{16,17}. Con el cambio de gobierno en 2023, el Ministerio de Salud ha priorizado el fortalecimiento del SUS, el reforzamiento de la APS mediante la reanudación del programa *Más Médicos*, el Movimiento Nacional por la Vacunación, el programa *Farmacia Popular* e incentivos para el desarrollo industrial de la salud¹⁶. Aunque las primeras evaluaciones de *Previne Brasil* han demostrado mejoras en los indicadores del desempeño de la APS, aún es necesario realizar una evaluación más prolongada y con enfoque en las inequidades en salud¹⁶. Todavía quedan desafíos para que el SUS ofrezca una atención integral de salud, con calidad, a todos los segmentos de la población, en áreas urbanas y rurales, y en todas las regiones.

Chile

Desde el año 2005, Chile realizó la transición hacia el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAISFC) a partir de iniciativas anteriores que habían reconvertido las unidades de salud tradicionales en centros de salud familiar con equipos multidisciplinarios, población asignada y prioridad en acciones preventivas¹⁸. El nuevo MAISFC fue construido sobre los principios de atención centrada en el usuario, integridad de la atención y continuidad de los cuidados. En el año 2018, la mayoría de los establecimientos de salud de atención primaria habían evaluado el nivel de implementación del MAISFC, siendo el eje de tecnología el que presentó mayor implementación (83%) y el de enfoque familiar (37,8%) la menor¹⁹.

Por otro lado, desde 2022 se ha impulsado una nueva reforma de salud, cuyo eje de más desarrollo hasta ahora es el de universalización de la atención primaria²⁰. Debido a que la APS está a cargo de las municipalidades (ayuntamientos), para poder implementar este eje deben aceptar ser parte del plan progresivo de implementación de la atención primaria universal (APS-U). En el año 2023 fueron siete las comunas pioneras, y en 2024 se han unido 14 más²¹. Estas comunas dispondrán de financiamiento para ampliar la cobertura a toda la población residente en el territorio. Además, se planifica la ejecución de estrategias y acciones cuyos objetivos son: 1) ampliar la cobertura y el acceso equitativo a los cuidados integrales de la

atención primaria de salud; 2) fortalecer la rectoría y la gobernanza para que la atención primaria de salud sea el centro y articulador del sistema sanitario; 3) aumentar y mejorar el financiamiento en la APS y avanzar hacia la eliminación del gasto de bolsillo que se convierte en barrera para el acceso; 4) fortalecer la coordinación intersectorial en la APS para abordar los determinantes sociales de la salud; y 5) asegurar la disponibilidad de recursos sanitarios en la APS²¹.

No obstante, sigue existiendo fragmentación en la cobertura de distintos grupos de la población, con diferentes niveles de calidad asistencial, obstaculizando el avance hacia la cobertura universal¹⁹. Se espera que esta reforma logre fortalecer la APS para garantizar el acceso universal a la salud de forma equitativa.

Colombia

En el año 2016, en Colombia se promulgó la Política de Atención Integral de Salud (PAIS), que comprende el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), a partir de la reforma de salud de la Ley 1438 de 2011 y orientado a fortalecer la APS a través de intervenciones de promoción, prevención, protección, cuidado y rehabilitación a lo largo de la vida^{9,22}. Con la PAIS se ha incentivado la creación de redes integradas de servicios de salud y sistemas de referencia y contrarreferencia que tienen el potencial de mejorar la coordinación integral²³. En 2019 se propuso el Modelo de Acción Integral Territorial para poder diseñar la atención en función de las necesidades de cada territorio y con un enfoque que prioriza la calidad, la salud pública, el refuerzo de los recursos humanos y la sostenibilidad financiera^{22,23}.

Colombia es uno de los países con más alta cobertura en salud (96%)²⁴, pero persisten retos relacionados con las desigualdades de acceso a los servicios de salud, la fragmentación, la burocracia, la privatización de la salud, la discontinuidad en la atención y la descoordinación entre los diferentes proveedores²³. El gobierno actual, en el poder desde 2022, ha propuesto una reforma de salud enfatizando la importancia de la APS en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios con un enfoque en la equidad, el acceso y la calidad, pero aún es necesario evaluar la sostenibilidad y la viabilidad financiera de esta propuesta, el déficit de infraestructuras y la gobernanza²³.

México

Las reformas de salud en México en las últimas décadas han tenido un carácter principalmente financiero, sin resolver problemas estructurales ni inequidades en salud, dado el modelo fragmentado y segmentado del sistema de salud mexicano. En 2003, por ejemplo, se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) con la Ley General de Salud, con el objetivo de ampliar la cobertura universal de salud, especialmente para grupos desfavorecidos, incluyendo para APS un número limitado de intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación²⁵. En 2015 se desarrolló el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que propuso renovar y fortalecer la estrategia de APS; reorganizar y articular las Redes Integradas de Servicios de Salud; reorganizar, reorientar y fortalecer los Sistemas Locales de Salud; y promover la participación de los ciudadanos y de las comunidades^{22,25}. En 2019 se reformó la Ley General de Salud, reafirmando el papel del Estado como garante del derecho a la salud, enfatizando la universalidad y la gratuidad de todas las intervenciones en salud, y en 2023 se legisló para que los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar) proporcionaran la atención a la población más vulnerable, las personas sin seguridad social, así como el fortalecimiento de las instituciones de la seguridad social²⁶.

Se considera que el éxito limitado del SPSS, que a su vez supuso dificultades para la implementación del MAIS, se debió a la oferta de un paquete limitado de servicios para la población sin seguridad social, que excluía las enfermedades con más altos costos para el sistema de salud y para las personas, la prestación del servicio basado en un aseguramiento individual o familiar, y la disminución del gasto social en salud como porcentaje del producto interno bruto^{27,28}.

Los desafíos específicos para el fortalecimiento de la APS están relacionados con la conceptualización y la operativización de las definiciones de la APS, la formación de recursos humanos y el trabajo en equipos multidisciplinarios, la reorientación de la APS para responder adecuadamente a las necesidades cambiantes de la población dada la transición epidemiológica y de riesgos, la ubicación de la población sin seguridad social (ya sea rural, semiurbana y urbana), y una mejor regulación del sector privado²⁵. Debido al carácter reciente de las modificaciones de la Ley de 2023 para la creación del IMSS-Bienestar, aún está pendiente evaluar su efectividad y calidad, así como su impacto sobre la APS, al requerirse que el régimen sanitario sea realmente estructurado con enfoque en preservar la salud y el bienestar, y no solo en la resolución de las enfermedades.

Perú

En Perú, en 2003, un año después de la creación del Seguro Integral de Salud (SIS) para aumentar la cobertura en salud para la población en situación de pobreza y trabajadores informales, se propuso el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) como el marco referencial para el diseño de políticas de salud centradas en el cuidado y la prevención integral, y focalizándose en lograr el acceso universal a la salud, sobre todo para las poblaciones más vulnerables^{11,29}. El MAIS fue actualizado en 2011 para enfatizar la atención integral centrada en las familias y las comunidades (MAIS-BFC), y fortalecer el enfoque preventivo y la mejora de la calidad de la APS^{8,30}. Finalmente, en 2019 fue sustituido por el Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida (MCI), organizando los servicios de APS por etapas de vida para mejorar la continuidad del cuidado y fortalecer las intervenciones de promoción y prevención⁸.

Los frecuentes cambios de modelos de APS en Perú evidencian varios retos para el éxito en su implementación, que fue muy limitada en comparación con lo que se planteaba conceptualmente y no logró los objetivos propuestos por el Ministerio de Salud³⁰. A pesar del potencial de estos abordajes para fortalecer los sistemas sanitarios y avanzar en el acceso universal a la salud, la APS en Perú tiene una estructura fragmentada, con financiamiento insuficiente, poca articulación en la gestión del sector público, ausencia de un sistema unificado y una participación importante del sector privado^{9,30-32}. Para lograr un modelo de APS basado en la equidad, con mejoras en la eficiencia y en la calidad, se requiere disminuir la fragmentación y la segmentación, que no permiten que la APS cumpla sus funciones esenciales de atención accesible, integral, coordinada y continua³¹. Asimismo, es necesario realizar adaptaciones a los ámbitos regionales y subregionales, y lograr cambios significativos en el financiamiento, la gobernanza, la formación de recursos humanos y la provisión de servicios^{30,31}.

Discusión

Los países analizados presentan características socioeconómicas, políticas y de desarrollo dispares, lo cual se refleja en la manera en que han implementado las reformas relacionadas con la APS. Sin embargo, existen puntos en común entre las reformas y los programas que estos países han impulsado, como la descentralización de los servicios de APS, presente en Brasil y Colombia, que aunque ha

permitido acercar los servicios a las comunidades locales ha tenido un impacto variable debido a la desigual capacidad de gestión y de recursos en los ámbitos subnacionales^{8,15,22,23}.

Por otro lado, todos los países han enfatizado un enfoque en la equidad y el acceso universal a la salud. Sin embargo, a pesar de las mejoras en cobertura, persisten grandes desigualdades, especialmente en zonas rurales y en los grupos más vulnerables^{8,9,33}. Las nuevas políticas en relación a la APS también han destacado el papel de la comunidad y de la participación social, así como la importancia de las intervenciones de prevención y promoción de la salud⁷⁻⁹. Su implementación, no obstante, ha sido irregular, con varios modelos que no han logrado cambiar la fragmentación ni las desigualdades^{7,8}.

Estos países también tienen retos en común, como el desfinanciamiento y la austeridad, ya que enfrentan desafíos relacionados con el financiamiento insuficiente^{8,9}. Al mismo tiempo, a pesar de los esfuerzos por integrar los diferentes niveles de atención, la fragmentación sigue siendo un obstáculo en todos los países, limitando la continuidad del cuidado, especialmente para poblaciones con menos recursos y en zonas remotas⁷⁻⁹. Esta limitación en mejorar la coordinación entre niveles de atención también supone un reto para alcanzar una mayor calidad en la APS.

Adicionalmente, la escasez y la distribución desigual del personal de salud agravan la situación en las áreas rurales y remotas, a pesar de iniciativas como *Más Médicos* en Brasil o los esfuerzos por el fortalecimiento de los recursos humanos en México y Perú^{8,9,11,25,30}. La pandemia de COVID-19 exacerbó las debilidades estructurales de la APS en la región, revelando una falta de capacidad para afrontar emergencias sanitarias. Sin embargo, las lecciones aprendidas han generado un renovado impulso por reforzar la APS tras la pandemia de COVID-19, lo cual podría consolidar las bases para una APS más robusta y equitativa en el futuro^{8,9,22}.

Conclusiones

A pesar de la heterogeneidad sociodemográfica y política entre los países analizados, existen retos comunes para lograr el acceso universal a la salud y la equidad en salud. Las reformas y los programas implementados han reconocido la importancia de la APS como eje central para mejorar el acceso y reducir las inequidades en salud. Aunque se han diseñado diferentes modelos de APS, la mayoría comparten enfoques integrales, preventivos y de promoción de la salud, con énfasis en la participación social comunitaria.

Los recientes desafíos, particularmente acentuados por la pandemia de COVID-19, han revelado las fragilidades de los sistemas de APS en estos países. Para avanzar hacia un acceso universal a la salud efectivo y equitativo será crucial contar con un mayor compromiso político, iniciativas intersectoriales sólidas, formación y retención de profesionales de la APS, así como mecanismos de financiamiento sostenibles y adaptados a las necesidades locales.

Editor responsable del artículo

Jorge Marcos Marcos.

Contribuciones de autoría

L.A. Juárez Herrera y Cairo, M. Carrasco-Portiño, M.S. Cuba-Fuentes, L. Posenato García y C. Bermúdez-Tamayo idearon el trabajo y escribieron el primer borrador. V. Pérez-Muto contribuyó a la actualización de la bibliografía y la revisión de todo el texto, para que finalmente todas las autoras revisaran y aprobaran la última versión enviada a la revista.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Allen LN, Pettigrew LM, Exley J, et al. The role of primary health care, primary care and hospitals in advancing universal health coverage. *BMJ Global Health*. 2023;8, e014442.
- World Health Organization. Defining essential public health functions and services to strengthen national workforce capacity. 2024. (Consultado el 21/09/2024.) Disponible en: <http://apps.who.int/bookorders>.
- World Health Organization. Declaration of Astana. 2018. (Consultado el 21/09/2024.) Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.6>.
- World Health Organization, UNICEF. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. 2022. (Consultado el 21/09/2024.) Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>.
- World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. 1978. (Consultado el 21/09/2024.) Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>.
- Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health. *Am J Public Health*. 2004;94:1864-74.
- Atun R, De Andrade LOM, Almeida G, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015;385:1230-47.
- Fidelis de Almeida P, Giovannella L, Schenkman S, et al. Perspectives for primary health care public policy in South America. *Cien Saude Colet*. 2024;29:e03792024.
- Organización Panamericana de la Salud. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2023.
- De Andrade LOM, Filho AP, Solar O, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet*. 2015;385:1343-51.
- Acosta Ramírez N, Giovannella L, Vega Romero R, et al. Mapping primary health care renewal in South America. *Fam Pract*. 2016;33:261-7.
- Macinko J, Guanais FC, Mullachery P, et al. Gaps in primary care and health system performance in six Latin American and Caribbean countries. *Health Aff*. 2016;35:1513-21.
- Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gac Sanit*. 2016;30:25-30.
- Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul F, et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. *Lancet*. 2015;385:1248-59.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377:1778-97.
- De Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde? *Cienc Saude Coletiva*. 2021;26:3781-6.
- Massuda A. Primary health care financing changes in the Brazilian health system: advance or setback? *Cienc Saude Coletiva*. 2020;25:1181-8.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de salud. Ministerio de Salud; 2007. (Consultado el 21/09/2024.) Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/894?show=full>.
- García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, et al. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e160.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Ministerio de Salud presentó el Consejo para la Universalización de la Atención Primaria de Salud. 2007. (Consultado el 21/09/2024.) Disponible en: <https://www.gob.cl/noticias/ministerio-de-salud-presento-el-consejo-para-la-universalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud/>.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Universalización de la atención primaria de salud. 2024. (Consultado el 21/09/2024.) Disponible en: [https://saludresponde.minsal.cl/universalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud/#:~:text=La%20implementaci%C3%B3n%20de%20la%20APS,%20y%20Peruquenco%20.\(Araucan%C3%ADa\).](https://saludresponde.minsal.cl/universalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud/#:~:text=La%20implementaci%C3%B3n%20de%20la%20APS,%20y%20Peruquenco%20.(Araucan%C3%ADa).)
- Torres ILR, Herrera RDJG. Primary health care strategies in five Latin American countries. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2021;40:711-9.
- Delgado Noguera M, Campos-Bermúdez LV. La atención primaria en la reforma de salud del Gobierno de Gustavo Petro. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. Universidad del Cauca. 2023;25(1).
- Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e126.
- Alcalde-Rabanal J, Becerril-Montekio V, Montañez-Hernández J, et al. Primary Health Care Systems (PRIMASYS): case study from Mexico. 2017 (Consultado el 21/09/2024.) Disponible en: <http://apps.who.int/bookorders>

26. Alcocer Varela JC. Acuerdo por el que se emiten las bases para la transferencia de recursos y desincorporación por extinción del organismo público descentralizado denominado Instituto de Salud para el Bienestar. Mexico, DF: Secretaría de Gobernación México; 2023 (Consultado el 21/09/2024.) Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690905&fecha=01/06/2023#gsc.tab=0.
27. Leal Fernández G. ¿Protección social en salud? Ni "seguro", ni "popular". *Estudios Políticos*. 2013;9:163–93.
28. Sovilla B, Díaz Sánchez AM. From Popular Insurance to Insabi: why recentralize public health spending in Mexico? *Gestión y Política Pública*. 2022;31:63–94.
29. Polo Ubillús OP. Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2018;64:375–81.
30. Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. Primary Health Care Systems (PRIMASYS): comprehensive case study from Peru. 2017. (Consultado el 21/09/2024.) Disponible en: <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/primasys-comprehensive-case-study-from-peru>.
31. Carrillo-Larco RM, Guzmán-Vilca WC, León-Velarde F, et al. Peru – Progress in health and sciences in 200 years of independence. *Lancet Regional Health-Americas*. 2022;7:100148.
32. Llanos Zavalaga LF, Arenas Siles D, Valcárcel B, et al. Historia de la atención primaria de salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales. *Rev Med Herediana*. 2021;31:266–73.
33. Maceira D, Peñaloza Quintero RE, Suárez P, et al. Primary health care as a tool to promote equity and sustainability; a review of Latin American and Caribbean literature. *Int J Equity Health*. 2024;23:91.