



Trabalho, Educação e Saúde

¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?

Is comprehensive primary health care part of the response to the COVID-19 pandemic in Latin America?

A atenção primária à saúde integral é parte da resposta à pandemia de Covid-19 na América Latina?

Ligia Giovanella¹ Román Vega² Herland Tejerina-Silva³
Naydú Acosta-Ramirez⁴ Mario Parada-Lezcano⁵ Gilberto Ríos⁶
Daisy Iturrieta⁷ Patty Fidelis de Almeida⁸ Oscar Feo⁹

Resumen

América Latina se ha convertido en uno de los epicentros de la pandemia de Covid-19, con una crisis sanitaria y humanitaria. El objetivo del artículo es analizar las medidas para enfrentar la pandemia en países de la Región y el rol de la Atención Primaria de Salud, discutiendo obstáculos y potencialidades. Son analizados los casos de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Uruguay y Venezuela. Los siete países adoptaron medidas de aislamiento social de diferentes alcances, con grados distintos de sostenibilidad. El énfasis de las respuestas estuvo más en la atención hospitalaria que en la vigilancia de la salud, identificación de casos y contactos y disposición de condiciones adecuadas para el confinamiento. En casi todos los países, se subestimó la capacidad de los servicios de atención primaria en el territorio. No obstante, iniciativas de enfoque territorial y comunitario buscaron integrar la vigilancia de la salud con actividades de promoción, prevención y cuidado, aunque con alcance parcial. En este contexto la Atención Primaria Integral e integrada toma nuevo sentido y reclama desarrollos que contribuyan a recobrar el equilibrio entre sociedad y medio ambiente. Es necesario repensar los sistemas de salud y la importancia de la atención primaria de salud integrada e integral.

Palabras-clave atención primaria de salud; Covid-19; sistemas de salud; vigilancia de salud.

ENSAIO

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00310

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Rio de Janeiro, Brasil. ligiagianella@gmail.com

² Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Salud Pública, Bogotá D.C., Colombia. rvega.romero@gmail.com

³ Universidad Autónoma del Beni "José Ballivián", Escuela Boliviana de Postgrado, Trinidad, Bolivia. herland.tejerina@gmail.com

⁴ Universidad Santiago de Cali, Facultad de Salud, Colombia. nayduacosta@gmail.com

⁵ Universidad de Valparaíso, Escuela de Medicina, Departamento de Salud Pública, Valparaíso, Chile. mario.parada@uv.cl

⁶ Sociedad Uruguaya de Salud Colectiva, Montevideo, Uruguay. griosfe@gmail.com

⁷ Universidad de Valparaíso, Escuela de Medicina, Campus San Felipe, Valparaíso, Chile. daisy.iturrieta@uv.cl

⁸ Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde Coletiva, Niterói, Brasil. pattyfidelis@id.uff.br

⁹ Universidad de Carabobo e Instituto de Altos Estudios de Salud Arnoldo Gabaldon, Maracay, Venezuela. oscarfeo@msn.com



Abstract

Latin America has become one of the epicenters of the COVID-19 pandemic, with a health and humanitarian crisis. The objective of the article is to analyze the strategies implemented by countries in the Region to face the pandemic and the role of Primary Health Care, considering obstacles and potential. The cases of Bolivia, Brazil, Chile, Colombia, Cuba, Uruguay and Venezuela were analyzed. The seven countries have adopted diverse social distancing strategies with varying degrees of sustainability. The responses emphasized hospital care more than surveillance, case identification, contact tracking, and enabling adequate conditions for isolation. In almost all cases studied, the capacity of primary care services in the territory was underestimated. Even so, primary care initiatives with a territorial and community focus sought to integrate health surveillance with promotion, prevention and care, despite partial implementation. In this context, comprehensive and integrated primary care takes on new meaning and requires new developments in order to contribute to the recovery of the balance between society and the environment. The pandemic showed the need to rethink health care systems and the importance of primary care for comprehensive and integrated health.

Keywords primary health care; COVID-19; health systems; health surveillance.

Resumo

A América Latina tornou-se um dos epicentros da pandemia de Covid-19, com uma crise sanitária e humanitária. O objetivo do artigo é analisar as estratégias implementadas por países da Região para enfrentar a pandemia e o papel da Atenção Primária à Saúde, ponderando obstáculos e potencialidades. Foram analisados os casos de Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Uruguai e Venezuela. Os sete países adotaram estratégias de distanciamento social diversas com diferentes graus de sustentabilidade. As respostas enfatizaram mais a assistência hospitalar do que a vigilância, a identificação de casos, o rastreamento dos contatos e a viabilização de condições adequadas para isolamento. Em quase todos os casos estudados, foi subestimada a capacidade dos serviços de atenção primária no território. Ainda assim, iniciativas de atenção primária com enfoque territorial e comunitário buscaram integrar a vigilância à saúde com a promoção, prevenção e cuidado, apesar de implantação parcial. Nesse contexto, uma atenção primária integral e integrada adquire novo significado e requisita novos desenvolvimentos de forma a contribuir para a recuperação do equilíbrio entre a sociedade e o meio ambiente. A pandemia mostrou a necessidade de repensar os sistemas de atenção à saúde e a importância da atenção primária à saúde integral e integrada.

Palavras-chave atenção primária à saúde; Covid-19; sistemas de saúde; vigilância em saúde.

Introducción

La pandemia de Covid-19 es el fruto de una ruptura de la interacción entre sociedad y naturaleza con acelerada destrucción, deterioro ambiental y cambio climático determinada por procesos productivos, comerciales y de trabajo globales, que en los últimos años han llevado al surgimiento y resurgimiento de patógenos agresivos como el SARS-CoV-2. Esta pandemia ha tomado la forma de una crisis global sanitaria y humanitaria que afecta cada vez más a las poblaciones en peores condiciones socioeconómicas de países en desarrollo. En el momento actual, Latino América se ha tornado en uno de los epicentros de la pandemia. La crisis tensiona y deja al desnudo las debilidades de nuestros sistemas de salud, los cuales necesitan ser reorganizados, fortalecidos o repensados en sus valores y principios, racionalidades políticas, estructuras y prácticas, para enfrentar integralmente los desafíos de enfermedades como esta, de rápida diseminación, elevada contagiosidad, alta letalidad y sin tratamiento o vacuna efectiva.

Desafortunadamente, el enfoque sanitario dominante desde varios gobiernos y sistemas de salud para enfrentar la pandemia ha sido el biomédico. Este enfoque, por un lado, ha estado centrado en la enfermedad, con repuestas fundamentalmente hospitalocéntricas y con énfasis en el manejo médico

individual; por el otro, en una vigilancia epidemiológica dedicada a contar casos, defunciones y hacer proyecciones descontextualizadas para predecir y mitigar las demandas de atención hospitalaria.

La prevención y control de una epidemia, además de la asistencia médica individual, exige un abordaje centrado en las poblaciones dirigido a protegerlas del contagio, detectar precozmente los sintomáticos, rastrear los contactos, aislar, tratar y rehabilitar a los afectados, con prioridad en los grupos sociales en desventaja y vulnerables. Enfrentar esta pandemia requiere un enfoque promocional, territorial, comunitario y de vigilancia integral en salud que puede ser desarrollado desde una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) Integral e Integrada, o lo que algunos vienen llamando Cuidado Integral de la Salud (Feo, 2015).

En las últimas décadas, en muchos países de América Latina con gobiernos democráticos de centro izquierda, fueron implementados nuevos modelos de APS con orientación territorial, comunitaria, familiar, intersectorial, participativa y visión hacia la conformación de sistemas universales de salud (Giovanella et al., 2015). Estas estrategias de APS, que buscan acercarse al enfoque de APS integral concebido en Alma Ata y alejarse de un enfoque selectivo (Cueto, 2004), aunque han tenido diversos desarrollos, presentado problemas estructurales y cambios gubernamentales, tienen la potencialidad de contribuir a desarrollar un abordaje poblacional, territorial e integral de la pandemia.

El presente artículo tiene como objetivo analizar críticamente la participación de la APS en las iniciativas para enfrentar la pandemia en países seleccionados de América Latina, discutiendo obstáculos y potencialidades de los distintos abordajes. Se trata de un ensayo analítico y reflexivo realizado desde la experiencia profesional y vivencial de los autores en puestos de conducción política, en la academia o en el liderazgo de redes que acompañan la implementación de políticas, con base en una revisión no sistemática de literatura científica, publicaciones de prensa y literatura gris que intenta describir la realidad, tanto estructural como coyuntural, en países latinoamericanos. Son analizados los casos de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Uruguay y Venezuela, seleccionados intencionalmente por la pertenencia geográfica de los autores y como ejemplos de la variedad de realidades en Latinoamérica contemplando distintos modelos de desarrollo, tipos de gobierno, conformaciones de sus sistemas de salud y de la APS.

Busca esbozar conclusiones plausibles, sustentadas en un análisis comparativo realizado con herramientas de ciencias sociales, políticas y de la Salud Colectiva, con respecto a la interacción entre elementos de cada sistema de salud, la APS y las respuestas nacionales ante la pandemia de Covid-19. En este marco, las categorías críticas estudiadas son: el tipo de sistema de salud, la configuración y acción de la APS y el abordaje integral de la gestión de la pandemia.

Se inicia con una breve contextualización y descripción de los aspectos generales de la pandemia y de la respuesta de los gobiernos en los países seleccionados. Sigue con la descripción de las características de los sistemas de salud, de la APS y de su rol en la respuesta a la pandemia. Luego se discuten las características estructurales que han facilitado u obstaculizado la implementación de un enfoque integral e integrado de la respuesta gubernamental, de los sistemas de salud y de la APS en la contención de la pandemia. Se termina planteando los desafíos y potencialidades de la APS para adecuar los sistemas de salud en la atención y gestión de pandemias, como la de Covid-19, desde una perspectiva integral e integrada.

El análisis está sustentado en una visión sobre la vida y la salud centrada en los valores de solidaridad, justicia social y sustentabilidad, y busca proponer iniciativas desde la APS Integral e Integrada que puedan ser aplicadas en Latinoamérica para la promoción de salud y la prevención y control efectivo de las pandemias, fortaleciendo la acción desde los territorios, la participación social, la acción intersectorial y la construcción de sistemas públicos universales de salud.

Aspectos generales de la pandemia y de la respuesta de los gobiernos en los países seleccionados

Las disparidades en la determinación social expresadas en los niveles de riqueza, desigualdades sociales, gasto en salud per cápita, gasto público en salud, los resultados en salud y las iniquidades sociales son enormes entre los países seleccionados, de acuerdo con los indicadores socioeconómicos y de salud mostrados en el Cuadro 1. En general, los países con mayor PIB per cápita, menores desigualdades de ingreso económico, menores brechas de pobreza, mayor gasto per cápita y mayor gasto público en salud como porcentaje del PIB, como lo son Uruguay, Chile y Cuba, tienen mejores resultados en salud medidos por mortalidad materna e infantil. En tanto que los países más pobres, socialmente más desiguales, con excepción de Bolivia, y menor gasto per cápita y público en salud, comparten peores resultados medidos por los mismos indicadores. En este grupo Brasil, que es un país moderadamente rico y con moderado gasto en salud per cápita, pero con altos niveles de desigualdad y el más bajo gasto público per cápita en salud, tiene resultados en salud regulares.

Cuadro 1 – Indicadores demográficos, económicos y de salud en países seleccio

Países	PIB per cápita- US \$ (2017) ¹	Índice de Gini (2018) ²	Brecha de pobreza, menos de US\$ 3,20 al día % pob (2018) ³	Gasto en salud per cápita -US\$ (2017) ¹	% gasto público en el gasto total en salud (2017) ¹	Gasto público en salud como % PIB (2017) ¹	Razón de Mortalidad Materna (2017) ⁴	Tasa de mortalidad infantil (2017) ⁴
Bolivia	3.419	42,2	4	220	68,5	4,4	160	24,0
Brasil	9.810	53,9	4	929	41,9	4,0	64	13,4
Chile	15.384	44,4	0	1.382	50,1	4,5	17	7,1
Colombia	6.355	50,4	4	459	67,8	4,9	51	16,8
Cuba	8.433	SD	SD	988	89,4	10,5	44	4,0
Uruguay	17.120	39,7	0	1.592	70,8	6,6	15	6,8
Venezuela	7.977	46,9	10	94	15,9	1,2	82	15,2

Fuentes: ¹ World Health Organization Global Health Expenditure. En pág web (acceso 03 jul. 2020): https://apss.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

² Banco Mundial. Índice de Gini. 2018. En pág web (acceso 03 jul. 2020): <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>

³ Banco Mundial. Poverty gap at \$ 3.20 a day. 2018. (2011 PPP) (%). En pág web (acceso 03 jul. 2020): <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.LMIC.GP>

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud/Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia. Base de Datos. Situación de Salud en las Américas: indicadores básicos 2019. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2019.

Nota: PIB: Producto Interno Bruto; pob: población; SD: sin datos.

En este contexto, la pandemia por Covid-19 ha tenido diferente comportamiento, aunque es difícil comparar en todos los indicadores porque las definiciones de caso y las pruebas aplicadas son distintas entre ellos. Sin embargo, como observamos en el Cuadro 2, mientras Brasil reportó el primer caso el 26 de febrero (Brasil, 2020), Uruguay y Venezuela lo hicieron el 13 de marzo (Uruguay, 2020; Venezuela, 2020) y los demás países en fechas intermedias. Brasil, seguido de Chile y Colombia (Arroyo et al., 2020), ha tenido un crecimiento acelerado de casos, mientras Uruguay reporta una tendencia a estabilizarse (Uruguay, 2020), Cuba un comportamiento decreciente (Cuba, 2020) y Venezuela crece pero a un menor ritmo. La mayor incidencia acumulada por 100 mil habitantes se ha dado en Chile, Brasil, Colombia y Bolivia con tres dígitos, en tanto Cuba, Uruguay y Venezuela sólo han tenido uno. Chile es el país con el mayor número de pruebas aplicadas por millón de habitantes, estimado en 63.850, mientras que Bolivia es el que ha aplicado el menor número con 7.764 pruebas (Bolivia, 2020). En cuanto a la mortalidad, Brasil y Chile son los países con las mayores tasas, 34.4 y 31.4 óbitos por cien

mil habitantes respectivamente, en tanto Venezuela, Uruguay y Cuba tienen las menores, con 0,2, 0,8 y 0,8 en su orden.

Cuadro 2 – Características de la circulación de la infección por Covid-19 en países seleccionados, al 08 de julio de 2020

Países	Fecha del primer caso	Número acumulado de casos confirmados ¹	Incidencia acumulada (casos confirmados por 100 mil habitantes) ¹	Tasa de mortalidad (por 100 mil habitantes) ¹	Nº pruebas por millón de habitantes ²	Población Total ¹
Bolivia	10-mar	41.545	356	13,1	7.764	11.673.021
Brasil	26-feb	1.668.589	785	31,4	20.509	212.559.417
Chile	03-mar	303.083	1.586	34,4	63.850	19.116.201
Colombia	06-mar	124.494	245	8,6	18.150	50.882.891
Cuba	11-mar	2.399	21	0,8	16.991	11.326.616
Uruguay	13-mar	965	28	0,8	21.465	3.473.730
Venezuela	13-mar	7.693	27	0,2	46.987	28.435.940

Fuentes: ¹Pan American Health Organization. Covid-19. Information System for the Region of the Americas. On line (acceso en 08 jul. 2020): <https://paho-COVID19-response-who.hub.arcgis.com/app/a9726735cda4166bf8233e9bd7783e>.

²Worldometer. Covid-19 Coronavirus Pandemic. On line (acceso en 26 jun. 2020): <https://www.worldmeters.info/coronavirus>.

Aunque la respuesta gubernamental a la pandemia ha estado centralizada en los presidentes de la república y en los Ministerios de Salud en casi todos los países, en Cuba, Uruguay y Venezuela se ha logrado una mayor organización, planificación, consenso y participación ciudadana, y se han aplicado medidas integrales que involucran tanto acciones sanitarias, de comunicación e información, así como intervenciones económicas y sociales en apoyo de los sectores de la población vulnerables y de menores ingresos. En países como Bolivia, Brasil y Chile el apoyo ciudadano a las medidas gubernamentales ha sido menor, por las debilidades de liderazgo y en el compromiso con la protección de la vida y la salud de las personas, con tendencia a favorecer los intereses económicos de las élites.

En Cuba, desde el principio de la pandemia, se evidencia énfasis en la participación comunitaria a través de audiencias sanitarias en cuadras, centros de trabajo y de estudio, para explicar a la población la situación epidemiológica, socializar la respuesta del gobierno y, con la ayuda del personal de salud y organizaciones de la sociedad civil, definir la manera para enfrentar la propagación del virus. Es notoria la labor del Ministerio de la Seguridad Social a través de trabajadores sociales que, con los Comités de Defensa de la Revolución, la Federación de Mujeres Cubanas y la Federación de Estudiantes Universitarios, apoyan a los vulnerables para que no tengan que salir de sus domicilios para actividades como trámites personales, entrega de ayudas monetarias y prestaciones de la seguridad social o recibir servicios de alimentación organizados en la comunidad. Este trabajo voluntario, solidario y coordinado, incluyó la confección y entrega de tapabocas, apoyo a enfermeros y médicos de familia en la pesquisa de sintomáticos y contactos, limpieza e higienización de hogares de ancianos, espacios públicos, calles declaradas en cuarentena y la organización, educación y vigilancia para prevenir la formación de aglomeraciones. También se crearon centros de acogida y atención a personas con conducta ‘deambulante’ (Falcón, 2020).

Por el contrario, en países como Colombia y Chile, los programas focalizados de protección social han generado disconformidad y indignación, entre antiguos y nuevos desempleados, subempleados, trabajadores informales y por cuenta propia, por su menor valor y por su reducida cobertura, lo cual ha incitado a familias y comunidades enteras a la protesta y a la aglomeración callejera.

En los siete países estudiados se definieron medidas de distanciamiento físico, confinamiento social y cierre de fronteras con diferencias sustanciales entre ellos. En Uruguay, no se establecieron medidas coercitivas para la cuarentena mientras en Bolivia, Chile y Colombia se impusieron sanciones económicas y privación de la libertad a los infractores del aislamiento obligatorio, bajo control de

fuerzas militares y policiales. En Chile y Bolivia se dictaron cuarentenas obligatorias locales/parciales – denominadas ‘dinámicas’ – por períodos de 7 a 30 días y sin mayor claridad en los parámetros o criterios adoptados para esta toma de decisiones; en Bolivia, esta decisión se dejó a los gobiernos locales, en general con pocas capacidades técnicas en salud.

En Venezuela, donde la cuarentena se inició el 16 de marzo, se creó una Comisión Presidencial dirigida por la vicepresidenta de la República con participación del Ministerio de Salud y enfoque intersectorial. Su estrategia poblacional y comunitaria se nutre de una Encuesta Poblacional, a través de una página web y otros medios, que permite identificar masivamente sintomáticos respiratorios los cuales son visitados en sus casas para la realización de las pruebas y proceder al aislamiento si resultan positivos. A toda persona identificada como contacto o sintomático se le hace prueba rápida.

En Brasil, las acciones gubernamentales han sido erráticas y desorganizadas, con incapacidad para planificar respuestas públicas coordinadas. En gran medida, los Estados y el Distrito Federal ya en fines de marzo, habían puesto en marcha medidas para limitar el movimiento y la aglomeración de personas en mayor o menor medida. Sin embargo, el Gobierno Federal, al minimizar la importancia de distanciamiento social y oponerse públicamente a las medidas adoptadas por los estados y municipios, socavó la adhesión de la población a ellas (Aquino et al., 2020). Aunque el Ministerio de Salud intentó organizarse para responder desde enero, hubo conflictos con el gobierno nacional que impidieron la adopción de medidas obligatorias para el control de la pandemia tempranamente. Así, luego de la salida de dos ministros civiles por desacuerdos con el presidente, desde el 16 de mayo el Ministerio de Salud es gestionado por militares y el ministro es un general sin experiencia en salud. Aunque algunas medidas de distanciamiento físico y aislamiento social han sido determinadas por los gobernadores de los estados desde la segunda semana de marzo, la negación de la epidemia por el presidente Bolsonaro, que la llamó ‘gripecita’ y salió a las calles abrazando y besando personas, minó el cumplimiento de las estrategias de control epidemiológico. Así, desde finales de abril, por presión de sectores económicos e intereses políticos electorales, algunos estados retomaron parte de las actividades económicas suspendidas.

En Colombia, el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes de la República inició el día 25 de marzo. Sin embargo, de forma prematura en el mes de abril se comenzó un proceso de flexibilización, denominado ‘aislamiento inteligente’, que dio paso a la reincorporación paulatina a la actividad económica de sectores de las industrias de manufactura, construcción y adecuación vial, asignando la supervisión a los gobiernos locales (alcaldías y distritos), y generando críticas en cuanto a su capacidad para esas acciones. Junto a estos sectores, los trabajadores informales se volcaron a las calles en búsqueda de ingresos del día a día para sostener a sus familias. Posteriormente, con el apoyo de los gremios económicos, el gobierno ordenó el inicio de las actividades comerciales, y el 19 de junio decretó el día sin IVA (Impuesto al Valor Agregado), estimulando con ello grandes aglomeraciones de personas compradoras en los megacentros comerciales.

El grado de cumplimiento y cobertura del aislamiento por parte de la población se considera insuficiente en Brasil, Bolivia, Chile y Colombia, ya que la aplicación de la cuarentena colisionó con la realidad económica y social de la población, puesto que amplios sectores están vinculados a pequeñas empresas o a la economía informal, con ingreso absolutamente dependiente de su actividad diaria. Si bien los siete países han establecido apoyos alimentarios, monetarios o en especies, éstos tienden a ser limitados, insuficientes y de difícil aplicación, con excepción de Cuba que, a pesar del bloqueo económico, financiero y comercial por parte de los Estados Unidos, ha podido sostener económica y socialmente las medidas de aislamiento social y distanciamiento físico colocando como principio guía la protección de la vida y la salud de su población.

En Brasil, desde abril, fue instituido un auxilio financiero de emergencia de 600 reales (US\$ 120) por 3 meses para personas con renta familiar de hasta 3 salarios mínimos o sin trabajo formal, y de 1.200 reales (US\$ 240) para madres sin trabajo. El acceso a este beneficio digitalmente tuvo problemas ocasionando enormes filas y aglomeraciones en los bancos, y no se logró atender a todas las personas en riesgo. El pago se retrasó hasta el 16 de abril, un mes después de empezar el aislamiento social.

En Bolivia, el gobierno nacional aprobó bonos en efectivo con montos entre US\$ 57 y US\$ 72, para familias con hijos escolares y otro para personas sin dependencia laboral, por una sola vez. Calificado como insuficiente por organizaciones sindicales, el pago de estos bonos tardó más de 40 días en efectivizarse, sufrió enormes dificultades operativas al identificar beneficiarios y ocasionó grandes aglomeraciones en los bancos. También se suspendió el pago de impuestos y créditos bancarios durante la emergencia (hasta el 1 de junio).

En Colombia, desde finales de abril se instauró un apoyo monetario nacional denominado 'ingreso solidario' de US\$ 44 mensuales para la población más pobre, y ayudas alimentarias de los gobiernos locales para la población de barrios marginales de bajos ingresos, aunque éstas han sido objeto de críticas persistentes e investigación por desviación de recursos y corrupción en algunas regiones. Así, se ha promovido una crisis social que se evidencia en varias ciudades como Cali, Barranquilla y Bogotá, en las cuales se han generado asentamientos precarios de población expulsada de viviendas arrendadas o de pago diario, que involucra tanto a colombianos como a grupos de migrantes venezolanos.

En Chile, el Gobierno instauró canastas individuales de alimentos para familias pobres de niños escolarizados en escuelas públicas entregadas por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), Caja de alimentos destinada a las familias vulnerables registradas oficialmente y Bono Covid-19 para el 60% de la población de más bajos ingresos económicos, consistente en CL\$50.000 o US\$ 70 por persona con tope de CL\$ 400.000 o US\$ 500 por hogar, por tres meses. También se suspendió el pago de dividendos hipotecarios durante la emergencia (tres meses). Las principales limitaciones de estas medidas han sido su tardanza, la insuficiencia de los beneficios y la cobertura poblacional limitada por el registro oficial de hogares vulnerables y la falta de acceso a internet. Al cierre de esta publicación aún no se implementaba un ingreso familiar de emergencia.

En Uruguay se habilitó un sistema de seguro de cesantía parcial para trabajadores activos cuyas empresas dejaron de funcionar por no ser imprescindibles; también se implementó un sistema de subsidios de US\$ 150 para trabajadores autónomos (monotributistas), que luego se fue extendiendo a otros colectivos como los trabajadores de la cultura. En paralelo, desde el gobierno, y por mecanismos tradicionales de solidaridad, en todo el país se entregan canastas alimentarias y funcionan ollas populares.

En Venezuela, para mitigar el impacto de las medidas de confinamiento, el gobierno ha establecido medidas de protección social con diversas 'bonificaciones', una de ellas denominada 'Quédate en casa', que cubren a los trabajadores informales y por cuenta propia, pero que son insuficientes para mitigar el impacto de la crisis.

Características generales de los sistemas de salud

Con pocas excepciones, y resaltando a Cuba, las características centrales de los sistemas de salud en Latinoamérica son la fragmentación de la protección social en salud, la baja participación del sector público en la financiación de ésta, la segmentación y descoordinación de las redes asistenciales, además de la privatización creciente del aseguramiento y de la prestación de los servicios de salud (Giovannella et al., 2012; Machado e Lima, 2017). No obstante, los siete países estudiados tienen particularidades a destacar según el tipo de financiamiento y garantía para el acceso (seguro social, seguro público focalizado, seguro nacional, seguro privado, estatal/fiscal, y las combinaciones anteriores), la naturaleza de los prestadores de servicios (pública, privada, cooperativas/mutuales, y las combinaciones de las anteriores), y el tipo de APS (integral, selectiva, básica/primer nivel) que organiza el modelo de atención (Giovannella y Mendonça, 2012).

Atendiendo al tipo de financiamiento, garantías para el acceso y la naturaleza de los prestadores de servicios, los sistemas de salud pueden ser clasificados, a grandes rasgos, tendiendo a dos tipologías distintas: sistemas universales/únicos de salud (SUS), ya sea en su modalidad de sistemas estatales o de

sistemas nacionales integrados, y sistemas de cobertura universal en salud (CUS) (Laurell y Giovanella, 2018).

En las últimas décadas, el modelo SUS inspiró reformas de salud en algunos países de América Latina, durante los procesos de democratización después de períodos dictatoriales, especialmente con los cambios políticos en la década del 2000 y el ascenso de los gobiernos de centro izquierda, con esfuerzos por avanzar hacia la universalidad. Brasil en 1988, Venezuela en 1999, Uruguay en el 2007 y Bolivia en el 2009, promulgaron constituciones y/o leyes que definían la salud como un derecho social y responsabilidad del Estado y propusieron la construcción de SUS (Giovanella et al., 2012). Este contexto político desplazó el enfoque de las políticas hacia sistemas universales y modelos de atención basados en una APS integral (Pereira et al., 2012). Sin embargo, siguen existiendo desafíos relacionados con el contexto histórico institucional de cada país para la consolidación de la APS como estrategia estructuradora de sus sistemas de salud. Cuba se destaca pues su SUS fue pionero (1968) e inspiró, como Brasil 20 años después (1988), reformas tendientes a la constitución de SUS en otros países de la región. Lamentablemente los procesos de reforma para la construcción de los SUS fueron interrumpidos con cambios gubernamentales recientes.

Los SUS, sin embargo, tienen trayectorias y características muy distintas; el de Bolivia, por ejemplo, es muy reciente, persiste segmentado y apenas en proceso de implementación; el de Brasil tiene sobrepuesto un fuerte sector privado asegurador y prestador de servicios, para las capas sociales de más altos ingresos; el de Venezuela es altamente segmentado, por lo que su configuración es difícil de caracterizar como un SUS; el de Cuba es estatal y universal, con financiamiento fiscal y prestadores exclusivamente públicos; y el de Uruguay es un Seguro Nacional de Salud que integra un mix público privado, mutual/cooperativo y estatal, que cumple el mismo Plan de Atención Integral a la Salud (PIAS) y el mismo formulario terapéutico de medicamentos en la prestación de los servicios, con fuerte intervención del Estado en el control del sector privado.

Los sistemas de Chile y Colombia son de tipo CUS. En estos países, desde la década de los 1980 y comienzos del 1990, se constituyeron sistemas de CUS con orientación de mercado, fragmentados, segmentados y con creciente privatización a través de la intermediación financiera del aseguramiento, gestión de los riesgos y prestación de los servicios. Los principales segmentos de cobertura en los países son esquematizados en el Cuadro 3.

Cuadro 3 – Segmentos de cobertura de los sistemas de salud, países latinoamericanos seleccionados

Países	Seguros sociales (trabajadores mercado formal)	Seguros públicos focalizados	Sistema público/ Ministerio de Salud/ esferas subnacionales	Seguros privados y medicina prepaga
Bolivia *	+	-	++	-
Brasil	-	-	+++++	++
Chile **	+++++	-	-	++
Colombia	+++	++++	-	+
Cuba	-	-	+++++++	-
Uruguay	++++	-	+++	+
Venezuela	++	-	++++	+

Fuente: adaptado de Instituto Sulamericano de Gobierno en Salud, 2012; + 5% a 15%; ++ = 16-30%; +++ = 31-50%; ++++ = 51-70%; +++++ ≥ 71%;

* Bolivia se estima exclusión en salud en 50%; en febrero de 2019, fue sancionada ley hacia el Sistema Único de Salud, en principio universalizando el sistema público y aboliendo los seguros focalizados. No son mencionados seguros privados pues la cobertura es menor de 5%

** En Chile el Seguro Público, Fondo Nacional de Salud (FONASA) entrega sus prestaciones a través del Ministerio de Salud (MAI) y prestadores privados con fines de lucro (MLE). FONASA y los seguros privados (Instituciones de Salud Previsional - ISAPRE) se financian con aportes obligatorios de los salarios (7%).

En Cuba, la salud es un derecho de todas las personas, siendo el Estado el responsable de garantizar el acceso, la gratuidad y la calidad de los servicios (Dominguez-Alonso y Zacca, 2011) en un sistema estatal, único y de acceso universal en todos los niveles (Etienne, 2018). El sistema sólo tiene prestadores públicos, hace énfasis en servicios de prevención y educación, promueve la participación de la sociedad y se sustenta en los valores de solidaridad, equidad y derecho a la salud. Constituido como Sistema Nacional de Salud (SNS) en 1968, ha sido estructurado en un fuerte componente de vigilancia en salud pública integrado a la APS y en estrecha conexión con la red hospitalaria. El gobierno, que es de orientación comunista, ha priorizado la salud en el desarrollo humano del país. Con su SNS, Cuba intenta materializar el ideal de salud integral y universal para todos (Etienne, 2018). Por eso es común oír de la gente de Cuba decir que 'Viven como pobres, pero mueren como ricos'. El gasto público es el 90% del gasto total en salud.

En Brasil, el derecho universal a la salud se estableció constitucionalmente en 1988 en el proceso de redemocratización después de 20 años de dictadura militar. Se creó un sistema nacional de financiación fiscal, Sistema Único de Salud (SUS). Desde entonces, el SUS ha ampliado el acceso para toda la población, con un diseño territorializado que integra acciones de salud pública y de atención individual intentando organizar una amplia red integrada de establecimientos de APS, atención especializada y hospitalaria, incluyendo procedimientos altamente complejos sin definir una canasta restringida de servicios. En línea con las directrices de descentralización y participación de la sociedad, el SUS incorporó en su estructura institucional y de toma de decisiones instrumentos para la democratización con consejos de salud y de cooperación entre gestores federales, estatales y municipales. No obstante, el SUS no se ha financiado adecuadamente: el gasto público es menos del 50% del gasto total en salud y los recursos públicos para salud son inferiores al 4% del PIB (Cuadro 1). La población de ingresos más altos compra seguros médicos privados voluntariamente, formando en la práctica, un sistema de salud segmentado y un amplio mercado de seguros y prestadores privados en salud.

En Venezuela, la Constitución concibe a la salud como un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado mediante un sistema público nacional de salud (SPNS). Este sistema constituye una Red Integrada de servicios de Salud organizada en cuatro redes integradas: de Atención Comunal, Ambulatoria Especializada, de Hospitales y de Emergencia. La red comunal, con sus equipos básicos, se encuentra articulada a su vez en una red de diagnóstico especializada constituida por 421 establecimientos, que a su vez está vinculada a la red hospitalaria (293 hospitales con alrededor de 25.000 camas de las cuales 3.850 son de cuidados intensivos). La red de atención de emergencias atraviesa todas las redes. Con la crisis económica, la agresión y el bloqueo económico al país, promovido por los Estados Unidos, el sistema de salud ha sufrido un importante deterioro. El gasto público en salud ha disminuido sustancialmente, representando apenas el 1,2% del PIB (Cuadro 1). El gasto público per cápita en salud fue de 65 Euros por habitante en 2016. El desfinanciamiento explica en parte los déficits de médicos y camas (1,7 médico y 1,0 cama por mil habitantes) y la severa crisis del sistema de salud. Se asume un modelo de atención integral y centrado en la salud, no en la enfermedad; sin embargo, permanecen elevados niveles de segmentación y fragmentación, con seguros sociales y privados, esquema estatal, y prestadores públicos y privados, que dificultan garantizar efectivamente el derecho a la salud.

En Uruguay, en 2005, asumió por primera vez en su historia un gobierno de izquierda liderado por la coalición Frente Amplio, con un programa de transformaciones de la protección social, incluida la salud. A partir de una incluyente negociación con todos los actores del sector salud, en el 2007 se procesó una reforma de salud. Sus grandes pilares comprenden la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), financiado por el Seguro Nacional de Salud (SNS) conformado con aportes de los trabajadores, las empresas y el Estado, la descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la asunción por el Ministerio de Salud Pública (MSP) de su rol rector y de autoridad sanitaria. Con la creación del SNIS se buscó la racionalización y optimización de las prestaciones y de los recursos en salud, en una lógica de complementación y coordinación entre efectores públicos y privados, recogiendo lo mejor de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva-IAMC (efectores privados sin

fines de lucro del seguro social, cooperativas médicas e instituciones mutuales) y de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) (Ríos, 2012). Tres ejes caracterizan el proceso de reforma: cambio del modelo de financiamiento, cambio del modelo de gestión y cambio del modelo de atención, ahora basado en la APS. El SNIS integra a los prestadores de los seguros sociales y al prestador público con libertad para asegurarse en ASSE o en las IAMC, prestadores privados sin fines de lucro del seguro social, en una apuesta por la Salud Universal. La reforma amplió coberturas y impulsó el financiamiento solidario del sistema de salud con una inversión del 6,6% del PBI, un gasto del bolsillo menor al 20% y crecimiento del financiamiento público (51% en 2005 – 70,8% en 2017, Cuadro 1), en un constante esfuerzo por la reducción de las barreras de acceso a los servicios. Sin embargo, el 3.5% de la población con capacidad de pago accede a seguros privados no regulados.

En Bolivia, desde 2006 el gobierno de Evo Morales asumió el mandato popular de reformar la Constitución Política del Estado. Como parte de ese proceso, el Ministerio de Salud organizó Asambleas Preconstituyentes de Salud con protagonismo de organizaciones sociales, sindicales, estudiantiles, vecinales y campesinas. Estos eventos permitieron llegar a acuerdos que se plasmaron en el nuevo texto constitucional. La Constitución, promulgada en febrero del 2009, tiene como componentes fundamentales la inclusión y el reconocimiento de la diversidad de las nacionalidades y culturas, y el respeto, defensa, protección y garantía de los derechos humanos, sociales y políticos, tanto individuales como colectivos. Creó un Estado Plurinacional que garantiza el derecho a la salud, establece que el Sistema Único de Salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. Incorpora la medicina tradicional al sistema sanitario, se declara el financiamiento de la salud como prioridad del Estado y la participación social como un derecho de las naciones y pueblos indígenas (Tejerina et al., 2009; Bolivia, 2018). El sistema de salud boliviano históricamente se ha caracterizado por su fragmentación, segmentación, financiamiento insuficiente, crónicos déficits de recursos humanos, sobre todo especializados, y de infraestructura de equipamiento. A partir de 1995, se instauran los seguros públicos de salud focalizados en la atención materna e infantil. En 2014, se cubría a madres, niños, adultos mayores y discapacitados. En 2018, un nuevo proceso de consulta popular, con 14.000 participantes en los llamados Encuentros por la Salud y la Vida, emitió el mandato de implementar el SUS, de alcance universal, con financiamiento y provisión pública de servicios, y rectoría del Ministerio de Salud sobre los sectores público, de la Seguridad Social y privado. En febrero de 2019 se promulgó la Ley N° 1152 'Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito' con tres elementos: expande el universo a todos quienes no tengan seguridad social en salud; el Ministerio de Salud financia la atención de alta complejidad; y cambia el modo de financiamiento del pago a la prestación al presupuesto. En principio, la segmentación se redujo pues todos los bolivianos tienen acceso a servicios gratuitos, sean financiados por su seguro social o por el sistema público. Sin embargo, el acceso real a la protección financiera está lejos de ser universal por el escaso tiempo y las muchas dificultades en la implementación de esa norma.

Chile es un país en el que prevalece un modelo económico-político neoliberal, amparado en la Constitución de 1980 de la dictadura cívico-militar, resultando en una sociedad permeada por relaciones mercantiles, fraccionada en clases sociales y donde el Estado subsidiario y el mercado regulan la prestación de bienes y servicios. Se ha naturalizado la desigualdad, disminuyendo la acción pública que propende a fortalecer a las personas como sujetos de derecho, dando paso a la privatización de bienes y servicios. Las inequidades entre los grupos sociales mantenidas en las últimas décadas permitió la irrupción del sector privado empresarial como prestador de servicios del Estado, bajo condiciones propicias y abusivas para implementar con vigor el modelo neoliberal. El ejercicio del Derecho a la Salud muestra pocos avances y múltiples retrocesos en su consolidación. Desde su creación en 1924, los diferentes sistemas implementados de la seguridad social en salud excluyen siempre a alguna parte de la población, generando segmentación e inequidad de base clasista, perpetuada como forma de reproducción social. Esta forma de minimizar el derecho a la salud ha traído consigo la creación de FONASA (Fondo Nacional de Salud) como opción mayoritaria desde lo público, y las ISAPRE

(Instituciones de Salud Previsional) como intermediarios financieros para la atención médica desde el campo privado con fines de lucro, siendo protagonistas del incremento en el costo de la atención y de enormes ganancias corporativas (Parada-Lezcano y Moraga-Cortez, 2019). El sistema de salud chileno es un modelo de seguro social segmentado tipo CUS donde el Seguro Público, FONASA, entrega sus prestaciones a través de dispositivos dependientes del Ministerio de Salud (Modalidad de Atención Institucional MAI) y prestadores privados en convenio (Modalidad de Libre Elección MLE), lo que hace a FONASA un sistema mixto en sí mismo; y los seguros privados, ISAPRE, se financian con aportes obligatorios sobre salarios (7% del sueldo pagado solo por los trabajadores, sin contribución del empleador). Con elevados copagos, el gasto de bolsillo es alto (casi 40% del gasto total en salud) (Cuadro 1).

Colombia, desde la promulgación de la Ley 100 en 1993, que significó cambios en el rol del Estado, ha delegado funciones de salud al sector privado a través de acciones regulatorias y contractuales (Cardenas, Pereira y Machado, 2017). Fue creado un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tipo cobertura universal de salud (CUS), segmentado en un régimen contributivo obligatorio para quienes tienen capacidad de pago, otro subsidiado para los más pobres, seguros privados/medicina prepagada, y algunos remanentes de regímenes exceptuados de maestros, trabajadores de la empresa estatal de petróleo, del Banco de la República e integrantes de la fuerza pública cristalizando inequidades (Hernandez, 2002). Su financiamiento incluye contribuciones de los trabajadores asalariados e independientes, las empresas y recursos fiscales del Estado, agrupados en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). El SGSSS es un modelo de pluralismo estructurado con mecanismos de mercado, en el que se introducen intermediarios aseguradores mayoritariamente privados denominados Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), los cuales están encargados de conformar redes de atención mediante la contratación de instituciones prestadoras mayoritariamente privadas en el régimen contributivo, y al menos un 50% públicas – Empresas Sociales del Estado – en el régimen subsidiado. Desde el SGSSS, las clases sociales de más altos ingresos pueden comprar planes complementarios y seguros privados, adicionales a los seguros básicos contributivo y subsidiado. El plan de intervenciones colectivas o de salud pública, separado de las prestaciones individuales que brindan las EAPB mediante reglas de mercado, está a cargo del Estado, particularmente de los gobiernos territoriales. Formalmente la autoridad gubernamental tiene el rol de rectoría del sistema y de vigilancia sanitaria mediante las secretarías de salud de los departamentos, municipios descentralizados y Superintendencia Nacional de Salud, bajo directrices del Ministerio de Salud. Pero esa es una rectoría débil, sin gestión y, en parte, cooptada por el sector privado (Acosta Ramírez et al., 2016).

El lugar de la APS en los sistemas de salud y su enfoque

En el control de una epidemia, además de garantizar la atención individual, se necesita un enfoque integral e integrado, comunitario y territorial, de vigilancia y atención en salud, que la APS puede desarrollar. En los casos estudiados, la APS presenta distintos enfoques, características de financiamiento y organización, en correspondencia con las características generales de los sistemas de salud en cada país (Cuadros 4 y 5).

En las últimas décadas han sido diseñados, y en algunos casos implementados, nuevos modelos de APS en los países de América Latina con elementos comunes: equipos multiprofesionales con enfoque familiar, comunitario y territorial (Giovannella y Almeida, 2017; Acosta Ramírez et al., 2016). En cinco de los países estudiados, la APS fue propuesta como base de un sistema universal. El componente comunitario de la APS fue expresado en las políticas nacionales, con territorialización en 5 países, y con la incorporación de agentes comunitarios de salud (remunerados o voluntarios) en 3 países (Cuadro 5).

Cuadro 4 – Características de los enfoques de APS en las políticas nacionales de salud en países latinoamericanos seleccionados

Países (año de la política APS)	Definición de un nuevo modelo de atención de APS	Equipo multiprofesional	Territorialización	Función de filtro a otros niveles
Bolivia (2008)	Modelo de salud familiar, comunitaria intercultural (SAFCI)	CS: Médico/a, odontólogo/a, auxiliar o técnico/a de enfermería PS: Auxiliar o técnico/a de enfermería Promotores de salud (voluntarios)	Si, con adscripción incipiente en SAFCI	Flujo definido solo para SAFCI
Brasil (2006/2011/2017)	Estrategia Salud de la Familia (ESF)	Equipo ESF: Médico/a, enfermero/a, 1-2 auxiliares/ técnicos de enfermería 5 a 6 agentes comunitarios de salud Equipos de Salud Bucal: odontólogo/a, auxiliar o técnico/a en salud bucal	Si, usuarios registrados por equipo ESF	Si, principalmente desde la ESF
Chile (2005/2013)	Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria	Médico/a, enfermero/a, matrona, trabajador/a social, nutricionista, odontólogo/a, psicólogo/a, kinesiólogo/a, educadoras de párvulos, técnicos/as de enfermería, asistente administrativo, auxiliar de servicio	Si, usuarios registrados por sector territorial con equipos específicos	Si
Colombia (2011/2019)	Modelo de Atención Territorial en salud (Resolución 2626 de 2019)	No hay regla nacional. en general los equipos básicos son conformados por: médico/a, enfermero/a, promotores/ caminantes (pagos o voluntarios), auxiliares y técnicos/as en salud	Solo en algunos modelos municipales	Si
Cuba	Programa del Médico y la enfermera de Familia, con mirada territorial, comunitaria e intersectorial	Un Equipo Básico de Salud (EBS) compuesto por un médico/a y una enfermera familiar, que trabajan en el consultorio de cada vecindario, de 15 a 20 EBS por Área de Salud (Grupo de Trabajo Básico-GBT), articulados con un Policlínico comunitario y un hospital de referencia	GBT integrado por los nodos barriales de entre 15 y 20 consultorios de familia con capacidad de captación (población a cargo) de entre 20 y 30 mil personas	Si. El médico y la enfermera de familia son la puerta de entrada del sistema universal
Uruguay (2007)	No hay un nuevo modelo, pero el SNIS asume la APS como estrategia y prioriza el primer nivel de atención	Los equipos de APS integran las especialidades básicas de medicina general y/o medicina familiar y comunitaria, pediatría, ginecología y partera. A lo que se suman, licenciada/o de enfermería, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería.	En ASSE, no hay adscripción poblacional, pero por la vía del uso se conforma población usuaria habitual. En las IAMC se determinan padrones de usuarios que se refieren a una policlínica, sede secundaria o consultorio	En los servicios ASSE y los servicios ambulatorios de las instituciones privadas sin fines de lucro

>>

Continuación del Cuadro 4 – Características de los enfoques de APS en las políticas nacionales de salud en países latinoamericanos seleccionados

Venezuela (2004/2014)	Modelo de atención integral aplicado básicamente a través de la Red de Atención Comunal	Equipo Básico de Salud integrado por: médico/a integral comunitario/a, en algunos casos con especialidad en medicina general integral, enfermero/a, y promotor/a de salud	Si, la unidad territorial es la Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC)	Si. Hay adscripción poblacional a las ASIC
-----------------------	---	---	---	--

Fuente: actualizado y adaptado de Giovanella y Almeida, 2017.

Nota: CS – centro de salud; PS – puesto de salud; ASSE – Administración de Servicios de Salud del Estado; IAMC – Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Cuadro 5 – Características del financiamiento y organización de APS en países latinoamericanos seleccionados

Países	Mecanismos para transferencias financieras a APS del nivel nacional a esferas subnacionales	Copago en APS	Principal responsable de la gestión/ organización/prestación de APS a nivel local	Cobertura estimada del nuevo modelo de APS
Bolivia	Per cápita a los municipios según población	No, a condición de respetar puerta de entrada de primer nivel	Departamentos y Municipios	62%
Brasil	Per cápita para municipios y por incentivos a la ESF; desde 2020 per cápita por personas registrada (en transición)	No	Municipios	64% por equipos ESF
Chile	Per cápita a municipios* Transferencias para la ejecución de programas específicos denominados de 'reforzamiento'	Gratuidad para los grupos A y B del FONASA Sí, para C (10%) y D (20%) del Fonasa (En ISAPRE hay copagos, pero no existe APS en ISAPRE)	Municipios, principalmente de manera directa o a través de corporaciones privadas de derecho público (sin fines de lucro)	66,8% de la población está inscrita en APS (89% de los afiliados FONASA) ISAPRE no tienen APS
Colombia	Transferencias del presupuesto solamente para el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	Sí, excepto para las intervenciones del PIC y de los programas de promoción y prevención	Municipios para PIC Aseguradoras (EPS) del régimen subsidiado y contributivo contratan servicios públicos o privados	s/d
Cuba	No hay (el sistema es centralizado)	No	Ministerio de Salud	100%
Uruguay	El financiamiento del SNIS es centralizado por el Fonasa, que paga a los prestadores cápita ajustada por riesgo de edad y sexo y cumplimiento de metas asistenciales	Si, excepto en los prestadores públicos de ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Seguros sociales: servicios ambulatorios del sector privado regulado /IAMC	95% acceden a servicios de primer nivel (de ASSE e IAMC)
Venezuela	Por presupuesto global centralizado	No	Ministerio de Salud y Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC)	En teoría 100 %, en la realidad ~60%

Fuente: actualizado y adaptado de Giovanella y Almeida, 2017.

* Existen otras dos modalidades pero que son excepcionales: per cápita a empresas privadas sin fines de lucro (Ancora) y presupuesto histórico para dispositivos pertenecientes a los Servicios de Salud (no municipales).

Nota: APS – atención primaria en salud; ESF – Estrategia Saúde da Família; EPS – Entidad Promotora de Salud; ASSE – Administración de Servicios de Salud del Estado; IAMC – Instituciones de Asistencia Médica Colectiva; FONASA – Fondo Nacional de Salud; ISAPRE – Instituciones de Salud Previsional.

En los nuevos modelos, los servicios de APS en general tienen función de filtro a la atención especializada. La responsabilidad por la gestión y provisión desde la APS es distinta en cada país, concerniente al grado de descentralización del sistema de salud y de los segmentos de cobertura. Para los segmentos de cobertura pública tiende a no haber copagos (excepto Bolivia y Chile), y las transferencias entre entes gubernamentales es per cápita en tres casos en que el sistema es descentralizado (Bolivia, Brasil y Chile). En los otros países el financiamiento combina recursos fiscales y de la seguridad social en distintos diseños organizacionales. Con los cambios políticos nacionales o locales en la segunda década de los años 2000, los nuevos modelos de APS vienen sufriendo discontinuidades, pero aun así algunos abarcan coberturas expresivas en varios países (Cuadro 5).

En Cuba, antes de la Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978, se comenzó a implementar un modelo de medicina en la comunidad que luego se transformó en el actual modelo de medicina familiar en 1984. Este modelo se perfeccionó en 1987 con el Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF), el cual derivó en el Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital, y actualizó su componente de Médico y Enfermera de la Familia en el 2011 con el proceso de reorganización, compactación y regionalización de los servicios de salud iniciado en el 2010 (González Cárdenas et al., 2018; Morales Ojeda et al., 2018). Bajo este programa – que es parte de un enfoque integral e integrado de APS centrado en la persona, la familia y la comunidad, con proyección territorial e intersectorial de salud – los servicios de APS son la puerta de entrada al sistema de atención (Etienne, 2018). El modelo incluye un Equipo Básico de Salud (EBS), constituido por un médico y una enfermera de familia, que trabaja en un consultorio de familia de barrio – 15 a 20 EBS por Área de Salud (Grupo Básico de Trabajo-GBT) de entre 20 a 30 mil personas – articulado con un policlínico comunitario y un hospital de referencia. Las actividades básicas de los EBS son la dispensación, el análisis de la situación de salud de la comunidad, la atención domiciliaria y de personas en estado terminal. Cada EBS tiene a cargo una población de 1.500 habitantes, organiza su trabajo a través del modelo de planificación de acciones en salud, y el médico de familia prioriza las actividades de consulta y realiza dos visitas en terreno por semana. Los GBT, apoyados en especialistas básicos y técnicos en salud, comparten la responsabilidad de atender la totalidad de la población de su Área, de estudiar sus problemas comunes y resolverlos. La operatividad y resolutivez de los EBS (puerta de entrada) y del Policlínico (primer nivel de atención) mejoró desde la implementación de la formación en medicina general con perfil de salida orientada a la APS y la especialidad de los médicos de familia, la medicina general integral, con competencias y desempeño centrados en la atención individual, familiar, comunitaria y del ambiente; con la incorporación a los policlínicos de varias especialidades y servicios y la complementariedad del trabajo entre EBS y policlínicos; con la modernización de la coordinación de las acciones en la red de atención y entre ésta y la población; y mediante el uso de tecnología electrónica y digital (González-Cárdenas et al., 2018). En esta estructura y proceder, las acciones de vigilancia en salud pública también forman parte integral de los procesos locales de la APS en los EBS, en los policlínicos comunitarios y en la red hospitalaria. El modelo de APS cubano, que combina acciones de salud pública y cuidado personal, sigue inspirando las reformas de APS en varios otros países latinoamericanos.

En Brasil, desde mediados de la década de 1990, el gobierno federal ha inducido financieramente un nuevo enfoque en la Atención Primaria de Salud (APS) en el SUS, asumiéndose en la Política Nacional de Atención Básica de 2006 la Estrategia Salud de la Familia (ESF) como prioridad para reorientar el modelo de atención. La ESF es de orientación comunitaria, se basa en un equipo multiprofesional con población asignada, registro, seguimiento y responsabilidad por la atención individual y colectiva de la población de un territorio. El agente comunitario de salud (ACS) se selecciona entre los residentes de la comunidad y tiene la función de registrar la población, identificar grupos de riesgo y promover acciones de protección de la salud durante las visitas domiciliarias de rutina a las 100 a 150 familias bajo su responsabilidad (Almeida, 2015). Se pretende que la ESF constituya la puerta de entrada abierta y resolutivez al sistema, lo que implica la integración en la red de servicios más complejos del SUS. A pesar de los problemas, se amplió el acceso y en marzo del 2020 son 44 mil equipos de la ESF y 260 mil

ACS distribuidos por las 5.560 municipalidades del país con cobertura estimada de 65% de la población nacional. Sin embargo, desde el golpe político de 2016 se empieza un cambio del modelo territorial basado en la comunidad hacia otro centrado en la atención individual, debilitando su orientación familiar y comunitaria (Giovannella, Franco y Almeida, 2020).

En Venezuela, la Red Integrada de Salud es la estrategia de construcción del sistema público nacional de salud. La unidad básica operativa son las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC), con un modelo de atención integral y continuo, que hace énfasis en una atención ambulatoria integral de calidad, familiar y comunitaria, con cobertura universal y gratuita (Tejerina, 2015). La red de atención comunal constituye lo que se llamaría el primer nivel de atención, organizada en 592 ASIC, con 13.500 consultorios populares donde actúan Equipos Básicos de Salud, integrado cada uno por un médico integral comunitario, una enfermera integral comunitaria y un promotor comunitario de salud. Los equipos desarrollan acciones de promoción, prevención y curación, actividades comunitarias y de vigilancia en salud. Se está realizando un esfuerzo por superar los arraigados conceptos de niveles de atención y APS, para sustituirlos por los de redes de salud y cuidado Integral. La estrategia de APS ha sido el centro de las políticas de salud diseñadas en la Misión Barrio Adentro, sin embargo, en los últimos años se ha venido transitando del concepto de atención primaria al de cuidado integral, por considerar que el término integral expresa mucho mejor el carácter universal, público e integrado de un modelo que va más allá de la atención, para centrarse en el cuidado de la salud. El modelo organizativo del sistema propuesto se basa en redes, donde el primer nivel ha sido sustituido por una Red de Salud Comunal. Sin embargo, esta política aún no se expresa en la práctica sanitaria cotidiana. A pesar de los enormes esfuerzos que se han hecho, predomina un modelo de atención centrado en la enfermedad.

En Bolivia, a partir de 2008, la política de salud fue la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), desarrollada desde el Ministerio de Salud y Deportes con base en experiencias comunitarias, municipales y nacionales, bajo los principios de participación social, interculturalidad, integralidad y intersectorialidad (Tejerina, 2015). Se buscó romper con la selectividad de la APS y el enfoque focalizado de los seguros (Pereira et al., 2012). La SAFCI se constituía en una nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud, reconociendo los saberes tradicionales, complementando y articulando el personal académico al tradicional de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino con las personas, familias, comunidades, Madre Tierra y cosmos, en los ámbitos de gestión y atención de la salud. La política SAFCI estaba estructurada sobre dos componentes: el modelo de atención en salud que prioriza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, más allá del cuidado individual, y el componente de gestión participativo en todos los niveles, con una estructura de decisión escalonada desde el nivel comunitario. La interculturalidad y el derecho a la salud eran ejes transversales omnipresentes (Tejerina, 2015). Desde el año 2013, el programa SAFCI-Mi Salud fue siendo implementado en ámbitos locales mediante equipos dirigidos bajo estructura vertical desde el Ministerio, con apoyo de los Gobiernos Municipales que se adheriesen voluntariamente. El programa significó un abordaje con una centena de especialistas formados en la Residencia Médica en SAFCI y hasta 2.500 médicos y enfermeras generalistas (muchos formados en Cuba y Venezuela). Uno de sus logros fue brindar atención integral, incluyendo visitas domiciliarias y provisión de medicamentos a poblaciones históricamente excluidas; el otro fue demostrar que la teoría de la política era aplicable, de manera bastante exitosa, en la práctica. Su mayor problema fue que añadió un nuevo elemento a la ya profunda segmentación del sistema sanitario boliviano. El programa, al ser vertical, escapaba de la estructura de gobiernos autonómicos departamentales y municipales y se superponía a la estructura regular de servicios, con escasa coordinación operativa. Pero desde la realización de las elecciones generales de octubre de 2019, el país ingresó en una espiral de inestabilidad política, social y económica que dificultó aún más la gestión del naciente SUS que, con la dimisión de Evo Morales el 11 de noviembre de 2019 y el llamado gobierno de transición, pasó a un segundo plano de prioridades y el modelo SAFCI fue abandonado.

En Uruguay, la Ley N° 18.211 de 2007 que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) establece que el SNIS se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención. En el nivel nacional, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), como el principal prestador estatal de atención integral a la salud, ofrece una red de servicios de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, con un concepto de atención integral a la salud que incluye la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación. La organización de la APS se enmarca en el SNIS en las distintas redes de servicios asistenciales públicos (ASSE) y de los efectores privados del seguro social, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) que deben dar cumplimiento al Plan de Asistencia Integral a la Salud (PAIS), una estrategia sanitaria nacional que incluye actividades de promoción y protección de salud, diagnóstico precoz y tratamiento (Ríos, 2015). Mientras la ASSE tiene un primer nivel con un gran desarrollo territorial, las IAMC concentran sus recursos en sus servicios ambulatorios de primer nivel o de consulta externa con oferta más centralizada y con menor presencia territorial. En la ASSE, el centro de salud es la unidad articuladora de las demás estructuras del primer nivel de atención (policlínicas y consultorios propios y los municipales y de organizaciones no gubernamentales). Integra la vigilancia en salud con las actividades de prevención, promoción y curación y es responsable de la referencia al segundo nivel de atención.

En Colombia, la estrategia de APS que había iniciado en 1984 fue destruida con la implementación del SGSSS de 1993. Este sistema antepuso su lógica de gestión del riesgo financiero e individual de salud y consideró la APS un vestigio del pasado sobre el cual no se debería volver. En el marco del SGSSS, la APS se retomó legalmente en el año 2011 (Ley 1438) luego de varios años de crisis de la salud pública y de ausencia de un modelo efectivo de atención. En esta situación, especialmente desde la salud pública, distintos gobiernos territoriales, particularmente de centro izquierda, promovieron diferentes ensayos de APS que movieron la agenda política en el país. La implementación de lo dispuesto en la Ley 1438 del 2011 ha sido un fracaso, incluida la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS (Colombia, 2016), con lo cual se han retomado algunas experiencias territoriales de APS. Estas experiencias son limitadas, se aproximan a un modelo de atención básica individual y neo selectiva de APS, orientado al control de costos y a la atención gerenciada cuando en manos de las EAPB, o de acciones domiciliarias, comunitarias e intersectoriales de salud pública en poblaciones vulnerables, cuando en manos de los gobiernos territoriales, con pocas excepciones (Rodríguez-Villamizar, Ruiz-Rodriguez y Acosta-Ramire, 2016; Vega Romero y Carrillo Franco, 2006). En general, no logran unir las intervenciones individuales y colectivas, presentan precario enfoque territorial, comunitario e intersectorial, hay dificultades en la continuidad y longitudinalidad de la atención, y reproducen la segmentación y fragmentación que introdujo el SGSSS (Acosta Ramírez et al., 2016; Vega Romero, Hernández Torres y Mosquera Méndez, 2012). En este sistema el sector privado hace énfasis en la atención curativa individual ambulatoria y el sector público en las acciones de salud pública convencional. Recientemente, el gobierno nacional ha expedido una nueva reglamentación constituyendo el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) de la resolución 2626 de 2019 en reemplazo del MIAS, el cual tampoco ha podido ser implementado por dejar la articulación entre los agentes del sistema a discrecionalidad de estos.

En Chile, una configuración cercana a la APS de Alma Ata, data de 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), que implementó una red asistencial pública única de cobertura nacional, con presencia en el área rural de equipos de salud multiprofesionales. La dictadura cívico militar eliminó el SNS, creó 29 servicios de salud segmentados y municipalizó la APS, lo cual destruyó la coordinación intrínseca de la red asistencial pública y pauperizó las condiciones para la atención. Con los gobiernos de la Concertación se adoptaron medidas para fortalecer la APS con la búsqueda de la transformación de los consultorios en centros de salud con población a cargo; y financiamiento mediante pago per cápita de las prestaciones de APS, que reemplazó el pago previo por prestaciones efectuadas (Vega

Romero y Acosta Ramírez, 2015). En el 2005 se produce una reforma funcional del sistema público para los afiliados de FONASA que instala el Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitaria, dando centralidad a la APS en el discurso oficial en los servicios públicos para afiliados al FONASA. Por su parte, las ISAPRE no tienen servicios de APS. Los consultorios y centros de salud tradicionales públicos fueron transformados en Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF). Los CESFAM son establecimientos certificados que ofrecen servicios asistenciales primarios de tratamiento, rehabilitación, prevención y promoción, además de programas transversales dentales y de kinesiología. Organizan su trabajo en un sector de 20.000 a 40.000 habitantes, trabajan con equipos de cabecera multidisciplinares y realizan actividades intersectoriales y de participación comunitaria (Almeida, Oliveira y Giovanella, 2018). Los CECOSF son estructuras más pequeñas y con mayor proximidad territorial, estrategias comunitarias desconcentradas de los Consultorios o de los CESFAM a través de las cuales se entrega a una población máxima de 5 mil personas parte de las prestaciones del Plan de Salud Familiar, haciendo énfasis en acciones de promoción y prevención. Los equipos conocen de forma cercana la población inscrita, saben dónde y cómo viven y trabajan, el perfil de morbimortalidad, las coberturas de atención. Planifican sus actividades anuales para dar cuenta de los atributos de la APS en materia de coordinación y continuidad de la atención, integralidad, enfoque biopsicosocial y de riesgo (Vega Romero y Acosta Ramírez, 2015). Se busca la integralidad, pero la integración en la red es dificultada por la estructura del sistema pues los servicios de APS son de administración municipal y la red hospitalaria es de los servicios de salud/Ministerio de Salud.

El rol de la APS en la respuesta a la pandemia desde los sistemas de salud

En general, en la mayoría de los países estudiados la respuesta inicial a la pandemia estuvo centrada en acciones curativas, biomédicas y hospitalocéntricas, con un vacío en la atención integral de enfoque promocional/preventivo como primera medida de abordaje. La preocupación fundamental ha estado en el tratamiento individual de la enfermedad, unidades de cuidados intensivos y el uso de respiradores, para lo cual se ha hecho énfasis en una estrategia epidemiológica que se dedica básicamente a dos tareas: por un lado, dictar, regular y controlar (con diferentes grados de rigidez y represión) cuarentenas sin tomar medidas suficientes para garantizar que la población con precarias condiciones de vida recibiera protección que les permitiera cumplir el distanciamiento social; por otro lado, contar casos y defunciones para observar el comportamiento de la curva de crecimiento de la epidemia en función de adecuar la respuesta médico asistencial.

Sin embargo, se destaca la experiencia de Cuba, donde la APS ha sido el pilar para enfrentar la contingencia sanitaria, con una estrategia integral e integrada de prevención, promoción y tratamiento que, junto a la vigilancia en salud, se ha convertido en base de la acción del sistema para reducir la transmisión del virus, la letalidad de la enfermedad y la ocupación de camas de cuidados intensivos, mediante acciones de diagnóstico precoz, identificación de sospechosos, pesquisa de contactos y asintomáticos, aislamiento institucional, seguimiento y tratamiento, todo con la participación de las comunidades organizadas.

Con la mencionada excepción de Cuba, y en alguna medida la de Venezuela, el papel asignado a la APS en etapas tempranas de la pandemia no ha sido priorizado, disperso y con escasa articulación con la atención hospitalaria y las acciones de vigilancia epidemiológica. Ahora bien, con el devenir de los meses, y el acelerado crecimiento de la mortalidad, se aprecian distintas respuestas organizadas tanto a nivel nacional como en territorios, comunidades y equipos locales de APS. La mayoría de los países estudiados se han visto en la obligación de adoptar algún tipo de enfoque de APS, sea formalizado o no. No siempre se han organizado sistemas y equipos interdisciplinares de APS propiamente dichos, sino

respuestas basadas en Brigadas o Equipos de Reacción Rápida coyunturales y más o menos improvisados (Colombia y Bolivia).

También en la mayoría de los casos, los centros de salud han reorganizado sus procesos de atención curativa definiendo espacios físicos u horarios para evitar aglomeraciones y contagios entre pacientes infectados y no infectados, implementando, en diversos grados, el teletrabajo y la telemedicina. En algunos casos (Chile, Uruguay, Brasil), despachando medicamentos a domicilio y manteniendo, en algunos sitios, la atención presencial para pacientes crónicos descompensados, morbilidades espontáneas y otras prestaciones de alta prioridad. En otros (Bolivia y Colombia), la conversión de establecimientos en centros especializados en Covid-19 y la disminución de la fuerza de trabajo por contagios y las consecuentes cuarentenas, simplemente restringieron progresivamente el acceso a servicios regulares de APS, atendiendo solamente emergencias. Se ha ido constatando en Chile y Uruguay una reapertura de los centros de APS, retomando los controles en pediatría, obstetricia, servicios de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre otras.

En Bolivia, el SUS y los equipos SAFCI podrían haber jugado un papel central en el desarrollo de todas las medidas sectoriales de prevención y control epidemiológico para la población adscrita a establecimientos de salud del primer nivel de atención, pero esto no ocurrió tanto por una decisión política de las autoridades transitorias como porque se desmovilizó la capacidad comunitaria de los equipos SAFCI, y la mayoría de esos establecimientos no asumió responsabilidad por la salud de la población de su área geográfica. Pasados dos meses de pandemia, se pretendió redescubrir el trabajo comunitario para actuar en la vigilancia epidemiológica, pero al mando de militares o personal municipal, con escasa participación de lo que quedó de los equipos SAFCI y sin coordinación con la comunidad organizada. El Cuadro 6 sintetiza los abordajes desde la APS en los 7 países.

Cuadro 6 – Abordaje de la pandemia Covid-19 y atención primaria en salud

País	Caracterización del abordaje desde APS
Bolivia	Los equipos del programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural -Mi Salud, que habían sido despojados de sus actividades comunitarias desde noviembre de 2019, volvieron a ser actores en las ciudades y regiones con situaciones epidémicas más críticas, con acciones de búsqueda activa de sospechosos, aunque sin respetar la territorialización que se había logrado con el programa original. Los establecimientos de primer nivel tuvieron participación marginal y poco organizada.
Chile	Las funciones de salud pública y asistenciales están separadas en dos subsecretarías, y se ha desfinanciado el programa de salud familiar y comunitaria. Al inicio de la pandemia la respuesta oficial no incluyó a la APS en el manejo epidemiológico, sin embargo en algunos municipios los equipos realizaron seguimiento, educación y prevención específica con sus propios lineamientos y recursos. Desde el 4 de junio, se dispuso que los equipos de APS asumieran el diagnóstico e implementación de medidas de aislamiento de casos de Covid-19, junto al estudio de sus contactos, aprovechando su capacidad instalada y vinculación con los territorios y sus comunidades (Chile, 2020), sin embargo el enfoque promocional y las acciones de educación para la salud incluyendo pilares como la participación social, intersectorialidad y comunicación social aún son desafíos pendientes.
Colombia	Los pocos territorios con equipos de APS han orientado su acción a procesos de vigilancia y control sanitario, con seguimiento de casos, tomas de muestras y acciones sanitarias de desinfección (aspersión de químicos). En algunas ciudades como Bogotá, Cali y Medellín, se han levantado líneas telefónicas de orientación a la población general y atención individual con la participación de las EAPBS o coordinadas de manera intersectorial en alianza con universidades de las ciudades. En Bogotá y otras ciudades se han organizado Brigadas y Equipos de Acción Rápida y uno que otro equipo interdisciplinar para poblaciones vulnerables pagado por la autoridad sanitaria distrital desde las direcciones de salud pública.
Cuba	Contando con un sistema de salud estatal, universal y de acceso gratuito, desde el inicio de la pandemia el papel de la APS ha sido colocar en el centro la prevención y control de la epidemia, el tratamiento oportuno de la misma y la promoción de la salud, a través de un modelo de medicina familiar y comunitaria con mirada territorial e intersectorial. El Programa del Médico y Enfermera de la Familia ha participado en las labores de prevención y control a través de acciones de vigilancia en salud y de atención de pacientes infectados desde un enfoque de manejo sindrómico de la infección respiratoria aguda. La búsqueda activa de personas con sintomatología de infección respiratoria aguda (especialmente las sospechosas de Covid-19) y sus contactos se hace de modo geo-referenciado en los domicilios y comunidades a través de los servicios de atención primaria comunitaria, y mediante aplicaciones virtuales de libre uso ciudadano o portados por el equipo de salud

>>

Continuación del Cuadro 6 – Abordaje de la pandemia Covid-19 y atención primaria en salud

Brasil	Sin coordinación nacional en el SUS, la respuesta en APS fue diversa. En algunas municipalidades la mayor parte de las actividades de los servicios de APS fueron suspendidas. Pero iniciativas locales han fortalecido la APS, con procesos diversificados en el territorio nacional. En municipalidades como Sobral (CE) y Florianópolis (SC), los equipos ESF asumen rol importante en el desarrollo de acciones de vigilancia de la salud para bloquear y reducir el riesgo de propagación de la epidemia y controlar el contagio en los territorios con iniciativas de telemonitoreo de casos y contactos. En parte de las municipalidades, los ACS se mantienen activos en los territorios con visitas peri-domiciliarias, sin ingresar en los hogares, informando a las personas sobre la pandemia y los cuidados de higiene para reducir el contagio, monitoreo de casos y grupos de riesgo. Otros ACS monitorean a los usuarios a través de WhatsApp y apoyan a grupos más frágiles y vulnerables que necesitan atención especial en el contexto de la epidemia.
Uruguay	Los servicios de APS en el territorio han ido retomando funciones en la detección de casos, seguimiento y control de contactos e información a la comunidad, lo que ha permitido que 87% de los casos confirmados por laboratorio se resuelvan a nivel comunitario. Ese cambio permitió la optimización de las capacidades territoriales del SNIS contribuyendo con los planes de detecciones aleatorias en la comunidad.
Venezuela	Se realiza encuesta poblacional masiva (sistema PATRIA), que permite identificar los sintomáticos respiratorios, quienes son visitados en sus casas, para la realización de las pruebas que permitan identificar la enfermedad y en caso positivo proceder a su aislamiento. Los Equipos Básicos de Salud, continuaron con sus funciones de vigilancia en salud durante la pandemia.

Fuente: Elaboración propia.

Conceptualmente, las cuarentenas pueden considerarse una medida de promoción de la salud, sin embargo, en la mayoría de los países no estuvieron acompañadas de componentes esenciales tales como educación para la salud, movilización comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad ni apoyo financiero suficiente para que las personas de menores ingresos puedan quedarse en casa.

Prácticamente en todos los países, los programas convencionales de promoción de la salud y prevención de enfermedades, tales como vacunación, control de crecimiento y desarrollo, control prenatal, toma de Papanicolaou, etc., sufrieron de parálisis o, al menos, severa desaceleración por las medidas de aislamiento físico, restricción de la movilidad y horarios de atención en los primeros meses de la pandemia.

En general, los equipos de APS, a excepción de Cuba, dejaron de articularse con las organizaciones comunitarias, solidarias y autónomas existentes. La acción intersectorial también fue mayormente abandonada. Existen pocas, pero significativas experiencias, de trabajo comunitario autónomo y autogestionado para el abordaje de la pandemia, con o sin involucramiento institucional, en territorios urbanos y rurales de Bolivia, Brasil, Chile y Colombia.

Las descripciones anteriores nos muestran que, por una parte, no todos los países con mejores indicadores socioeconómicos y resultados en salud – Cuba, Chile y Uruguay – y reconocidos SUS y experiencias de APS, como Brasil, hayan alcanzado las mejores respuestas en materia de prevención y control de la pandemia por Covid-19. Es notable que Brasil y Chile sean de los países que tengan las mayores tasas de incidencia acumulada por 100 mil habitantes de Covid-19, y de las más altas tasas de mortalidad por 100 mil habitantes por esta causa. Igualmente, Colombia, aunque sin los mejores indicadores socioeconómicos, un sistema de salud tipo CUS al igual que Chile, y sin una experiencia notable en APS, también se perfila como un país con una alta incidencia acumulada y alta tasas de letalidad como consecuencia de la pandemia. Bolivia, con su situación de pobreza, bajo gasto en salud per cápita, fragilidad de su sistema de salud y escasa aplicación de pruebas diagnósticas, tiene la tercera más alta incidencia acumulada de Covid-19 por 100 mil habitantes y la tasa más alta de mortalidad. Venezuela con el menor gasto en salud per cápita, las circunstancias difíciles del bloqueo, pero con una buena experiencia en APS, parece mostrar una situación contraria a la de Bolivia. Por último, Cuba y Uruguay son los países que entre los siete estudiados, han mostrado el mejor desempeño en el manejo de la pandemia y ello, además de sus indicadores socioeconómicos, alto gasto per cápita en salud y buenos resultados previos en salud, parece estar asociado a la robustez de sus sistemas de salud y de la

APS. ¿Qué otros factores explicarían las diferencias en el desempeño frente a esta pandemia entre estos países? ¿Cómo estos factores determinantes se relacionan con las características y papel de los sistemas de salud y de la APS en el manejo de esta situación?

De los siete países examinados, seis tienen modelos de desarrollo con base en economías capitalistas, dos de los cuales, Chile y Colombia, tienen fuerte e ininterrumpido carácter neoliberal de larga tradición, y cuatro de ellos, Bolivia, Brasil, Uruguay y Venezuela, han tenido gobiernos que han impulsado procesos de transformación de corte progresista. Bolivia, desde plataformas políticas y organizaciones sociales de orientación popular y socialista en construcción de un Estado plurinacional; Brasil y Uruguay, con mayoritaria presencia del Estado y políticas sociales de amplia cobertura social. Bolivia, Brasil y Uruguay ahora están en tránsito hacia modelos neoliberales, los dos primeros de éstos mediante procesos de cuestionable legalidad y legitimidad democrática. En todos estos casos, la tendencia es el empequeñecimiento del Estado, la liberalización de la economía, ajustes fiscales y fortalecimiento del rol ordenador del mercado, con privatización de la empresa y la gestión pública. Los gobiernos de Bolivia y Brasil, además de Colombia, han demostrado prácticas autoritarias y violentas en el ejercicio del poder. Venezuela, a pesar de un discurso de fuerte contenido socialista y antiimperialista, y de la fuerte presencia del Estado en la vida social, mantiene aún rasgos extractivistas y neoliberales en su gestión cotidiana. Por el contrario, Cuba ha mantenido un modelo de desarrollo con orientación socialista caracterizado por fuerte presencia del Estado y propiedad colectiva de los medios de producción, dirección planificada de la economía y regulación del mercado en interés social.

Los gobiernos de Cuba y Venezuela han estado sometidos a una situación de bloqueo económico, financiero y comercial por parte del gobierno de los Estados Unidos que ha reducido el potencial de desarrollo de un proceso consolidado desde hace siete décadas en Cuba, y ha contribuido significativamente para que Venezuela esté en una situación de crisis económica, política y social. Los restantes cuatro gobiernos actuales manifiestan fuerte inclinación pro estadounidense.

Frente a la pandemia por Covid-19, en los siete países se han adoptado medidas de aislamiento social y distanciamiento físico de diverso tipo y alcance, ya sea por los gobiernos nacionales o subnacionales en casos donde aquellos han fallado en hacerlo. Según las pautas de la OMS, tales medidas debieron servir para ganar tiempo y organizar la respuesta nacional y subnacional, preparar la movilización y participación de las comunidades, las capacidades del sistema sanitario y la continuidad de los servicios públicos esenciales para prevenir y controlar la infección y atender sus efectos. Una vez logrado lo anterior se debía proceder a recuperar paulatinamente y de forma ordenada las actividades económicas y sociales. Esas medidas, adoptadas de forma relativamente oportuna en las primeras semanas luego de haber sido identificados los primeros casos en Bolivia, Colombia, Cuba, Uruguay y Venezuela, o de forma tardía al volverse amenazante la circulación del virus en Brasil y Chile, han carecido de efectividad y sostenibilidad en el tiempo, con excepción de Cuba y Uruguay. En su gran mayoría no han logrado alcanzar el objetivo de preparar a la sociedad y a los sistemas de salud para los momentos más críticos de la pandemia y mantener ausente, o baja y estable, la transmisión de la infección. El énfasis de la respuesta ha sido la atención hospitalaria con baja capacidad de vigilancia para identificar los casos, rastrear contactos y proporcionar condiciones para el aislamiento de casos y cuarentena de contactos. La insostenibilidad de las medidas ha estado asociada a la inequidad estructural y a la fragilidad de la política económica y social, que ahora también se revela incapaz de compensar a quienes en esta situación han perdido sus trabajos, viven de la informalidad o son pobres tradicionales no incluidos en los programas sociales focalizados, y tampoco puede mitigar los efectos de la epidemia en salud mental, violencia basada en género e inseguridad alimentaria.

Por otra parte, el afán de lucro de empresas privadas de la producción y el comercio, y la desesperación de quienes viven de ingresos del día a día y no son protegidos, ha empujado a los gobiernos neoliberales a desmontar prematuramente las medidas de aislamiento social, permitiendo el retorno de la actividad económica con el argumento de salvar empleos pero con poca consideración del grado de aceleración de la curva de circulación viral, de la preparación alcanzada por el sistema sanitario y de la letalidad

de la infección. Las medidas sanitarias, económicas y sociales en los países de modelos de desarrollo neoliberal parecen estar favoreciendo más a la banca y a la gran empresa que a las pequeñas empresas, los trabajadores de menores ingresos, los pobres tradicionales y las poblaciones indígenas y negras. En contraste, Cuba ha mostrado la fortaleza de tales medidas para mantener un control epidemiológico adecuado, hasta el punto de alcanzar un grado mínimo de circulación viral, una baja letalidad de la infección y ninguna sobrepresión sobre el sistema de salud, cuya ocupación no ha sobrepasado el 29% en camas de cuidados intensivos. Algo similar ha logrado el Uruguay a través del consenso y la capacidad de rectoría en salud, contradicción de regulación de la prestación privada y que ha otorgado legitimidad a las medidas adoptadas.

Los países con sistemas sanitarios tipo CUS que tienen fuerte presencia del sector privado, lógicas de mercado en el aseguramiento y en la prestación de servicios de salud, y reducida o ilegítima capacidad de rectoría en salud, han mostrado más dificultades para desarrollar las medidas de prevención y control de la pandemia y para garantizar atención integral e integrada de las personas infectadas. Por el contrario, los países con modelos tipo SUS o tendientes a SUS, y con abordajes de APS integral, parecen haber tenido mejores resultados en el control epidemiológico y la mitigación de las consecuencias sanitarias de la pandemia. En Brasil, aunque la presencia del SUS y de la APS han servido para contener el avance de la pandemia en el nivel local, la ausencia de autoridad sanitaria nacional, con mensajes contradictorios del gobierno central, ha impedido la implementación general de las medidas de control de la pandemia.

Tales problemáticas en la respuesta de los sistemas de salud y de la APS parecen estar asociadas al predominio de enfoques biomédicos, individualistas y asistencialistas de todos los sistemas, principalmente los más mercantilizados, los cuales han hecho énfasis en la inversión en respiradores y unidades de cuidados intensivos con descuido del financiamiento del sector público, del primer nivel de atención y de la integración de las funciones de vigilancia en salud, prevención de la enfermedad, promoción de la salud y tratamiento de los infectados.

Al parecer las dificultades no han sido fortuitas sino sistemáticas, debido a la racionalidad política y estructura organizativa neoliberal de sistemas que, en países como Chile y Colombia, han privilegiado las intervenciones individuales (mayoritariamente curativas y privatizadas), en desmedro de las acciones colectivas (bienes públicos) gestionadas de forma separada por el Estado. En estos contextos la política estatal parece debilitar la capacidad de integrar la vigilancia en salud y la asistencia, y de promover la participación y empoderamiento social y comunitario del sistema de salud, por lo que la respuesta ante un evento colectivo como la pandemia se muestra insuficiente.

No obstante lo anterior, hay experiencias locales muy significativas que constituyen la excepción a la regla. Así por ejemplo en Chile unas pocas iniciativas autogestionadas de trabajo comunitario lograron un abordaje integral de la pandemia, con elementos de solidaridad (ollas comunes), preventivos (cordones/fronteras sanitarias locales), epidemiológicos (seguimiento de casos y contactos directos), solidario/promocionales (alimentación y cuidados domiciliarios a población adulta mayor) y acceso a la educación/información. De igual modo en Colombia, las comunidades indígenas y campesinas organizadas, en ausencia de programas de salud pública y de atención en salud en los territorios, porque no es rentable para las aseguradoras y los prestadores privados, y por el desfinanciamiento de la salud pública, han tenido que tomar en sus propias manos las tareas de prevención y control de la pandemia. En Bolivia, puesto que desde el 1 de junio el control de la pandemia se dejó a los gobiernos locales, muchos con muy escasas capacidades técnicas en salud, las comunidades se vieron obligadas a organizar sus propias estrategias, con un misceláneo que va desde iniciativas solidarias y efectivas hasta las protestas y bloqueo de caminos.

Por el contrario, países como Cuba y Uruguay, no sólo garantizan los recursos para la atención de enfermos críticos, sino que han hecho un gran esfuerzo en la integración de las funciones de vigilancia en salud y asistencia sanitaria, y para la atención integral, coordinada y continua de los infectados. Así mismo, estos dos países han mantenido los programas y servicios esenciales para otras enfermedades y han logrado contener la circulación del virus. Como consecuencia, redujeron significativamente

la utilización de camas, respiradores y unidades de cuidados intensivos. Además, a través de un enfoque integral de APS, estos países también han hecho sostenibles las medidas de aislamiento social, promoviendo dinámicas participativas e intersectoriales de respuesta desde los territorios y las comunidades, apoyando la llegada de los programas y servicios sociales del Estado a las familias, y promoviendo la solidaridad y la vigilancia comunitaria en salud.

Esta forma más participativa de abordar la pandemia parece tener mayor potencialidad en países con modelos de desarrollo, tipos de gobierno y sistemas de salud que han permitido desarrollar en alguna medida estrategias de APS Integral e integrada, como en Bolivia, Cuba o Venezuela. En Cuba, con su programa del médico y la enfermera de familia, con clara orientación centrada en las personas, las familias y las comunidades, desde los territorios y con mirada participativa e intersectorial; en Bolivia, a pesar de su reciente abandono, con su enfoque familiar comunitario e intercultural; y en Venezuela, a pesar de la severa crisis de su sistema de salud, el enfoque poblacional y comunitario del mismo pareciera haber dado buenos resultados, aunque es difícil conseguir información epidemiológica actualizada debido a la suspensión de la difusión de los boletines epidemiológicos. En Cuba, además, se ha logrado integrar en la estructura y los procesos de la APS las actividades de vigilancia en salud y asistencia médica en todos los niveles del sistema de salud, y se ha hecho un esfuerzo sistemático de asignación de recursos financieros para mejorar y ampliar su infraestructura, la producción y vinculación de nuevos medicamentos y tecnologías y para aumentar la cantidad, capacitación y protección del recurso humano.

Potencialidades y desafíos para la APS

Esta pandemia ha demostrado que debemos repensar los sistemas de salud, y con ellos, la importancia de la APS en los mismos. Por un lado, ha sido clara la desventaja de los sistemas de salud tipo CUS, fruto de las reformas sectoriales neoliberales de los 1980 y los 1990, para proteger y cuidar la vida y la salud humanas. Frente a ellos, ha sido evidente la ventaja de los SUS en lograr estos objetivos. Ambos tipos de sistemas, sin embargo, han mostrado su sesgo antropocéntrico, con poca o casi nula articulación con la protección y cuidado de la vida del medio ambiental, expresión y parte de la cual somos los seres humanos, y a cuyo encadenamiento y circularidad estamos inextricablemente atados. Es en este sentido que la APS Integral e integrada toma un nuevo sentido y reclama nuevos desarrollos que contribuyan a recobrar el equilibrio y la armonía entre sociedad y naturaleza desde los territorios.

La APS integral e integrada – promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención biopsico-socio-cultural – tiene un rol fundamental y debe ser el centro de los sistemas sanitarios de enfoque territorial colectivo, comunitario, centrados en el cuidado integral de la persona, la familia y la comunidad. En la actual pandemia, las prioridades han sido proteger a la población humana del contagio, detectar precozmente casos y contactos para cortar la transmisión y atender integralmente tanto a enfermos como a personas aisladas. Los sistemas mejor equipados para desarrollar eficazmente esas acciones parecen ser los fundados sobre la APS integral e integrada, con visión epidemiológica crítica, preocupada por las determinaciones sociales del complejo proceso transmisión-aislamiento-tratamiento y no solamente en contar casos y muertes.

En algunos de los casos estudiados, el abordaje de los nuevos modelos de APS implantados desde mediados de los años 2000 apuntaba a la integralidad e integración en sus servicios, pero sin superar, en general, la segmentación y fragmentación de la protección/seguridad social. No obstante, esos nuevos modelos, con su abordaje territorial y comunitario, buscaban integrar la vigilancia en salud con las acciones de promoción, prevención y curación. Aunque no siempre lograran amplia implementación, podrían haber operado eficazmente en la pandemia a condición de ser accionados tempranamente. Este, en general no fue el caso, con la excepción de Cuba y parcialmente de Venezuela (constreñida por su crisis y bloqueo) y de Uruguay, donde la APS se activó un mes después del inicio de la pandemia. En

estos tres casos, los resultados fueron relativamente positivos. Cuba atiende de modo universal sus casos en APS; Uruguay lo hace en más del 85%.

En el inicio de la pandemia, la APS se quedó huérfana, fue subestimada y subutilizada en casi todos los casos (excepto Cuba). Se subestimó la capacidad de los servicios en el territorio. Además de la vital capacidad de descentralizar organizadamente la detección de casos por PCR, cuidar de los enfermos no graves, dirigir el apoyo a poblaciones vulnerables durante el aislamiento y articular la acción social y comunitaria. La APS es fundamental para la continuidad de la atención. Sin duda, el éxito de estas acciones depende de que la capilaridad del sistema permita su cumplimiento y, de modo ineludible, de la presencia y ejercicio de una autoridad sanitaria nacional unívoca, legítima, con capacidad de decisión basada en el mejor conocimiento científico y un profundo conocimiento de la realidad social.

En concreto, los servicios de APS pueden y deberían desarrollar varias estrategias y actividades en el enfrentamiento de la pandemia:

- Hacer vigilancia integral en salud, humana, animal y medio ambiental, para contribuir a identificar y explicar la circulación de agentes patógenos, prever y controlar la expansión de las epidemias, coordinar desde el territorio las acciones de prevención primaria y secundaria, apoyar al distanciamiento social y la cuarentena, la educación en salud, la acción intersectorial y la articulación comunitaria. Nótese que la Vigilancia en Salud supera el alcance de la vigilancia epidemiológica clásica incorporando elementos de análisis y acción sobre la vulnerabilidad social y la determinación de los fenómenos sanitarios. Elementos imprescindibles para tomar decisiones en situaciones social y económicamente complejas, como la presente.
- Cuidar de los casos menos graves de forma integrada en la red, con acceso a servicios hospitalarios y transporte sanitario para referencia rápida cuando sea necesario. La línea de cuidado puede iniciar con una llamada telefónica, un mensaje de texto o la referencia de un vecino para la comunicación al equipo de salud de su área que evalúa el caso e inicia la atención. Seguir a los asintomáticos y casos leves, asegurarles asistencia social junto a la comunidad y garantizar la atención institucional oportuna en el momento de agravamiento de los síntomas o cuando el aislamiento domiciliario se hace imposible. En el centro de salud es necesario separar el flujo asistencial de los sintomáticos respiratorios, casos sospechosos de Covid-19, del flujo de pacientes con otros problemas o necesidades.
- Ofrecer soporte a los grupos más frágiles y vulnerables que necesitarán atención especial en el contexto de la epidemia, sea por su situación de salud o vulnerabilidad social. Esta acción difícilmente puede ser completada por el equipo de salud y necesita del concurso protagónico de la comunidad organizada y de otros sectores de asistencia social, incluyendo apoyo para el acceso y uso de tecnologías de información y comunicación. Hacer promoción de la salud, sobre todo en condiciones de fragilidad socioeconómica y ambiental.
- Asegurar la continuidad posible de las acciones propias de la APS, de promoción de la salud, prevención de daños y atención curativa, garantizando cuidados y medicamentos al menos para enfermos crónicos, control prenatal, vacunación y afecciones agudas. Esta atención puede apoyarse en la telemedicina donde esté disponible (Rede APS, 2020).
- Controlar los brotes en instituciones (cárceles, residencias de ancianos, cuarteles, etc.), con las particularidades de cada población y en coordinación con sus responsables.
- Realizar visitas idealmente peri domiciliarias, sin entrar a la casa, como parte de la rutina de un equipo de APS, es un instrumento valioso que debe racionarse equilibrando las necesidades y los riesgos

En resumen, un equipo de APS, debidamente equipado y protegido, es el elemento más eficiente sanitaria y socialmente para comandar la organización de la atención y referencia de pacientes, sospechosos, contactos infectados y no infectados y de las poblaciones vulnerables.

Consideraciones finales

En los siete países estudiados, la pandemia por Covid-19 ha permitido revisar el devenir de los sistemas de salud, sus acontecimientos y así determinar cómo sus actores modelan el Estado, el cual se calibra en su actuar gracias a las fuerzas que interactúan para canalizar el ejercicio del poder. Cada sociedad presenta clivajes, es decir, hitos que cambian el curso de esa historia, modificando el cuadro en el que el Estado opera. Es así que argumentamos que los discursos que envuelven la Política Pública en Salud para enfrentar la pandemia dan cuenta de un cuerpo de significaciones y relaciones de poder que determinan el posicionamiento ético-político frente al rol de los gobiernos, los sistemas de salud y la Atención Primaria, para el ejercicio del derecho a la salud en Latinoamérica.

El énfasis de las respuestas de los países estuvo en la atención hospitalaria despriorizando la vigilancia de la salud, identificación de casos y contactos y la disposición de condiciones adecuadas para el confinamiento. Las respuestas institucionales desarrolladas por cada país combinan, en diferentes medidas, elementos de estos enfoques, predominando aquellas que traducen los valores que dominan la sociedad, la orientación política de su gobierno y las características de su sistema de salud.

En los países observados la falta de involucramiento de la APS ha significado una oportunidad perdida, que da cuenta de que las construcciones sociales en torno a la salud – enfermedad – atención – cuidado en Latino América, mantienen inclinada la balanza del poder hacia visiones antropocéntricas, curativas, medicalizadas y utilitarias.

Una lección básica, es que los sistemas de salud de mercado, pensados para la enfermedad individual y el negocio, no están capacitados para hacer frente a problemas colectivos que reclaman actuar en función del interés común y no desde el privado; para poder actuar en la comunidad, es necesario tener estructuras previamente desarrolladas. La visión de salud como mercancía, que prevalece en muchos países y organismos internacionales, debe ser cambiada si se pretende enfrentar efectivamente esta pandemia u otras amenazas a la salud y la vida.

Por otra parte, hay poco debate sobre los problemas estructurales vinculados a la pandemia. Usualmente ésta es vista como un ‘evento natural’ y no como parte de la crisis global del capitalismo que, con su dinámica de crecimiento depredador infinito para acumular capital, ha alterado el equilibrio del metabolismo sociedad–naturaleza. Más allá de lo anecdótico, se habla poco de sus ‘causas’. Es indispensable desentrañar el origen profundo de esta pandemia. En todo caso, todo parece indicar que si los modelos de producción, consumismo y extractivismo con depredación ambiental no se modifican pronto y profundamente, nuevos y frecuentes eventos catastróficos pueden oscurecer el horizonte (Arteaga-Cruz et al., 2020; Wallace 2016; Schneider et al., 2019). Un modelo alternativo puede venir desde la sabiduría de los pueblos indígenas del Abya Yala. Su lucha por la Madre tierra y el respeto inclusivo de todas y todos propugna un modelo de desarrollo armónico con la naturaleza y el mundo espiritual en el que Vivir Bien – quizá el concepto más holístico de salud – sea el objetivo final de toda política y toda economía (Bautista, 2011).

Es hora de volver a plantear, con fuerza, la propuesta institucional, política y social de sistemas de salud únicos, públicos y universales, con visión epidemiológica crítica de la determinación social de la salud y de la vida, donde prevalezca la concepción de derechos sociales, animales y medio ambientales, universales y fundamentales.

Informações do artigo

Contribuição dos autores

Concepção da pesquisa: LG; RV; HT-S; NA-R; MP-L; GR; DI; PFA; OF.
 Coleta de dados: LG; RV; HT-S; NA-R; MP-L; GR; DI; PFA; OF.
 Análise e interpretação dos dados: LG; RV; HT-S; NA-R; MP-L; GR; DI; PFA; OF.
 Redação do manuscrito: LG; RV; HT-S; NA-R; MP-L; GR; DI; PFA; OF.
 Revisão crítica: LG; RV; HT-S; NA-R; MP-L; GR; DI; PFA; OF.
 Aprovação da versão final: LG; RV; HT-S; NA-R; MP-L; GR; DI; PFA; OF.

Financiamento

LG é bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, nível 1D.

Conflito de interesses

Não há.

Aspectos éticos

Não se aplica.

Apresentação prévia

Não se aplica.

Referencias

ACOSTA-RAMÍREZ, Naydú et al. Mapping primary health care renewal in South America. *Family Practice*, Oxford, v. 33, n. 3, p. 261-267, 2016. DOI: 10.1093/fampra/cmw013.

ALMEIDA, Patty F. Atención primaria de salud en un sistema universal: el caso de Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia. *Atención Primaria de Salud en Suramérica*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2015. p. 155-194. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/06/atencionprimaria.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

ALMEIDA, Patty F.; OLIVEIRA, Suelen C.; GIOVANELLA, Ligia. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2.213-2.228, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018237.09622018

AQUINO, Estela M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2.423-2.446, jun. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.1.10502020.

ARROYO, Camila et al. Informe sobre la evolución de la epidemia de Covid-19 en Chile. *Espacio Público*, jul. 2020. Disponible en: <<https://www.espaciopublico.cl/wp-content/uploads/2020/07/CoVidChile0107.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ARTEAGA-CRUZ, Erika et al. Connecting the right to health and antiextractivism globally. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, p. 100-108, jan. 2020. Número Especial. DOI: 10.1590/0103-11042020S108.

BAUTISTA, R. ¿Qué significa el vivir bien? *Archipiélago UNAM*, México, v. 19, n. 72, 2011. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/archipelago/article/view/32078>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BOLIVIA. Ministerio de Salud de Bolivia. *El nuevo sistema único de salud del Estado Plurinacional de Bolivia, universal y gratuito: bases técnicas y políticas*. La Paz: Ministerio de Salud de Bolivia, 2018.

- BOLIVIA. Ministerio de Salud. Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia. *Boletín Epidemiológico Nacional*, La Paz, n. 92, jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença pelo coronavírus Covid-19. *Boletim Epidemiológico Especial*, Brasília, v. 24, 2020. (Semana Epidemiológica, 30).
- CÁRDENAS, William I. L.; PEREIRA, Adelyne M. M.; MACHADO, Cristiani V. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, e00114016, 2017. DOI: 10.1590/0102-311x00114016.
- CHILE. Ministerio de Salud. Enfermedad por SARS-CoV-2 (Covid-19). *Informe Epidemiológico*, n. 26, jun. 2020.
- COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. *Política de Atención Integral en Salud: un sistema de salud al servicio de la gente*. Bogotá: Minsalud, 2016. Disponible en: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>>. Acceso en: 14 maio 2020.
- CUBA. Ministerio de Salud Pública. Coronavirus en Cuba. Información oficial del MINSAP. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu>. Acceso en: 15 jun. 2020.
- FALCÓN, Randy A. *Organizaciones de masas cubanas son protagonistas en el enfrentamiento a la Covid-19*. 28 maio 2020. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/especiales/2020/05/28/organizaciones-de-masas-cubanas-son-protagonistas-en-el-enfrentamiento-a-la-COVID-19-video/#.XwAZ4m1KJIU>. Acceso en: 3 jul. 2020.
- CUETO, Marcos. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*, Washington DC, v. 94, n. 11, p. 1.864-1.874, 2004. DOI: 10.2105/ajph.94.11.1864.
- DOMINGUEZ-ALONSO, Emma; ZACCA, Eduardo. Sistema de salud de Cuba. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p. 168-176, 2011.
- ETIENNE, Carissa F. Cuba hacia la Salud Universal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington DC, v. 42, e64, 2018.
- FEO, Oscar. Avanzando hasta la nueva APS: cuidado integral de la salud con la participación de todas y de todos. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (orgs.). *Atención primaria de salud en Suramérica*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2015. p. 15-19. Disponible en: <http://www.rededesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/06/atencionprimaria.pdf>. Acceso en: 17 ago. 2020.
- GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano M.; ALMEIDA, Patty F. Política Nacional de Atención Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1.475-1.482, abr. 2020. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=en. Acceso en: 28 maio 2020.
- GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria H. M. Atención primária à saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-546.
- GIOVANELLA, Ligia. Atención primaria de salud en Suramérica. Rio de Janeiro: ISAGS, 2015. Disponible en: <http://www.rededesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/06/atencionprimaria.pdf>. Acceso em: 17 ago. 2020.
- GIOVANELLA, Ligia et al. Sistemas de salud en Suramérica. In: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ed.). GIOVANELLA, Ligia et al. (orgs.). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. p. 21-69.
- GIOVANELLA, Ligia et al. Panorama de la atención primaria de salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 300-322, jun. 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151050002002.

GIOVANELLA, Ligia; ALMEIDA, Patty F. Atención primaria integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, e00118816, 2017. DOI: 10.1590/0102-311x00118816.

GONZÁLEZ CÁRDENAS, Lilia et al. El Programa del Médico y Enfermera de la Familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington DC, v. 42, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.31.

HERNANDEZ, Mario. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 991-1.001, ago. 2002. DOI: 10.1590/S0102-311X2002000400007.

LAURELL, Asa C.; GIOVANELLA, Ligia. Health policies and systems in Latin America. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. Oxford: Oxford University Press, 2018. p. 1-28. DOI: 10.1093/acrefore/9780190632366.013.60.

MACHADO, Cristiani V.; LIMA, Luciana D. Políticas y sistemas de salud en Latinoamérica: identidad regional y singularidades nacionales. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, e00068617, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00068617.

MARTÍNEZ, Sandra et al. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, v. 53, p. s78-s84, 2011. Suplemento 2.

MORALES OJEDA, Roberto et al. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington DC, v. 42, e25, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.25.

PARADA-LEZCANO, Mario; MORAGA-CORTEZ, Fabián. Crise do seguro saúde no Chile: doença crônica socialmente transmissível. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 13, n. 2, jun. 2019. DOI: 10.18569/tempus.v13i2.2678.

PEREIRA, Adelyne M. M. et al. Atención primaria à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, set. 2012. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300019&lng=en&nrm=i>. Acceso en: 21 ago. 2020.

Rede de Pesquisa em APS. Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. Relatório do Seminário Virtual da Rede APS Abrasco. Abr. 2020. Disponível em: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-_Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-COVID-16_Abril-2020-final.pdf. Acceso en: 10 jul. 2020.

RÍOS, Gilberto. Sistema de salud in Uruguay. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (orgs.). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. p. 727-775. Disponible en: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_403258050.pdf>. Acceso en: 10 jul. 2020.

RÍOS, Gilberto. Atención primaria de salud en Argentina, Paraguay y Uruguay. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (orgs.). *Atención primaria de salud en Suramérica*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2015. p. 111-151. Disponible en: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/06/atencionprimaria.pdf>>. Acceso en: 17 ago. 2020.

RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR, Laura A.; RUÍZ-RODRÍGUEZ, Myriam; ACOSTA-RAMÍREZ, Naydú. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Bogotá, v. 34, n. 1, p. 88-95, 2016. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a11.

SCHNEIDER, Maria C. et al. 'One Health' from concept to application in the global world. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, Oxford, abr. 2019. DOI: 10.1093/acrefore/9780190632366.013.29.

TEJERINA, Herland. Atención primaria de salud em Bolivia, Ecuador y Venezuela: ¿transición hasta la atención primaria integral? In: GIOVANELLA, Ligia et al. (orgs.). *Atención primaria de salud en Suramérica*.

Rio de Janeiro: ISAGS, 2015. p. 11-151. Disponible en: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/06/atencionprimaria.pdf>. Acceso en: 17 ago. 2020.

TEJERINA, Herland et al. Reformas de gobiernos socialistas a las políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Primaria Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en salud. *Medicina Social*, New York, v. 4, n. 4, p. 273-282, 2009.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional de Emergencias. *Informe epidemiológico*. Montevideo, 15 jun. 2020. Disponible en: <https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/comunicacion/comunicados/informe-situacion-sobre-coronavirus-covid-19-uruguay-1392020>. Acceso en: 15 jun. 2020.

VEGA ROMERO, Román; CARRILLO FRANCO, Janeth. APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, n. 11, p. 37-54, 2006.

VEGA ROMERO, Román; HERNÁNDEZ TORRES, Jinneth; MOSQUERA MÉNDEZ, Paola A. Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, jul./set. 2012, p. 392-401.

VEGA ROMERO, Román; ACOSTA-RAMÍREZ, Naydú. La atención primaria de salud en sistemas de salud basados en el aseguramiento: el caso de Chile, Colombia y Perú. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (orgs.). *Atención primaria de salud en Suramérica*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2015. p. 195-256.

VENEZUELA. Comisión Presidencial para el control y la prevención de la Covid-19. Caracas, 15 jun. 2020. Disponible en: <https://vtv.gob.ve/tag/comision-presidencial/>. Acceso en: 15 jun. 2020.

WALLACE, Rob. *Big farms make big flu: dispatches on infectious disease, agribusiness, and the nature of science*. New York: Monthly Review Press, 2016.