

Pilares y líneas de acción para los sistemas de salud integrados y centrados en las personas y las comunidades

Galileo Pérez-Hernández,¹ Nieves Ehrenberg,¹ Ingrid Gómez-Duarte,² Osvaldo Artaza,³ Dionne Cruz,⁴ Christine Leyns,⁵ Julieta López-Vázquez,⁶ Gastón Perman,⁷ Víctor Ríos,⁸ William Robles,⁹ Karol Rojas-Araya,² Rocío Sáenz-Madrigal¹⁰ y Luis Solís-Calvo¹⁰

Forma de citar

Pérez-Hernández G, Ehrenberg N, Gómez-Duarte I, Artaza O, Cruz D, Leyns C, et al. Pilares y líneas de acción para los sistemas de salud integrados y centrados en las personas y las comunidades. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e48. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.48>

RESUMEN

Se presenta el posicionamiento del grupo de trabajo latinoamericano de la Fundación Internacional para los Cuidados Integrados (1) (IFIC, por su sigla en inglés). Este reúne a diversos actores y organizaciones de América Latina, con el objeto de apoyar acciones que faciliten la transformación de los sistemas de salud en la Región hacia sistemas integrados y centrados en las personas, no como individuos aislados, sino como sujetos de derecho, en los contextos sociales y ambientales complejos donde viven y se vinculan. El grupo de trabajo plantea nueve pilares de la atención integrada para ser utilizados como marco conceptual en la elaboración de políticas y de cambios en las prácticas: 1) visión y valores compartidos, 2) salud de las poblaciones, 3) las personas y las comunidades como socias, 4) comunidades resilientes, 5) capacidades del talento humano en salud, 6) gobernanza y liderazgo, 7) soluciones digitales, 8) sistemas de pago alineados, y 9) transparencia ante la ciudadanía. Desde estos pilares se proponen líneas de trabajo en los ámbitos del fortalecimiento de alianzas y redes, la abogacía, la investigación y generación de capacidades, que contribuyan a materializar sistemas de salud y sociales efectivamente integrados y centrados no solo en las personas, sino también en las comunidades en América Latina.

Palabras clave

Atención de salud; políticas de salud; reforma del sector de la salud; administración y planificación en salud; atención primaria de salud.

Este documento de posicionamiento del grupo de trabajo latinoamericano de la Fundación Internacional para los Cuidados Integrados (IFIC, por su sigla en inglés) fundamenta por qué los servicios integrados no solo deben estar centrados en las personas, sino que también en las comunidades. A través de líneas de acción basadas en nueve pilares de los cuidados

integrados, convoca a fortalecer la comunicación y la cooperación de diversos actores de América Latina, incluidas redes académicas y gestores, proveedores de salud y la sociedad civil. El objetivo es facilitar la transformación de los sistemas de salud, en su mayoría fragmentados y con enfoque biomédico para una atención individual y episódica de enfermedades

¹ Fundación Internacional para los Cuidados Integrados; Reino Unido.

² Escuela de Salud Pública y Centro de Investigación en Cuidados de Enfermería y Salud, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

³ Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de Las Américas, Chile.
✉ Osvaldo Artaza, oartaza@udla.cl

⁴ Asociación Colombiana de Salud Pública, Bogotá, Colombia.

⁵ Fundación V.I.D.A. Plena, Bolivia.

⁶ Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, México.

⁷ Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

⁸ Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, Ciudad de México, México.

⁹ Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

¹⁰ Centro de Investigación en Cuidados de Enfermería y Salud, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

hacia sistemas con un enfoque social adaptativo complejo, con las personas y las comunidades como sujetos principales y protagonistas del cuidado.

AMÉRICA LATINA Y LA SALUD DE SUS PUEBLOS

Varios países en la Región están experimentando los efectos del aumento en la expectativa de vida, lo cual implica un incremento en años de vida con discapacidad (1-3). Junto al aumento del efecto de las enfermedades crónicas y degenerativas coexisten las enfermedades infectocontagiosas, muchas de ellas endémicas como el dengue, chikunguña, zika y chagas, sumado a la reemergencia de problemas que parecían estar ya controlados como la tuberculosis (4), todo esto aunado a los efectos de la violencia y las catástrofes naturales. América Latina, una de las regiones más desiguales del planeta (5), tiene una evolución histórica, política y económica compleja, construida sobre un vasto legado pluricultural y lingüístico que alberga una enorme diversidad étnica y demográfica. Las inequidades en el ámbito de la salud se expresan en la distribución de las enfermedades, los resultados de salud que se obtienen y su efecto en la calidad de vida (6), así como en el acceso a servicios de atención y cuidado de calidad. Las desigualdades son complejas y multidimensionales y están presentes en diversos ámbitos como el económico, de género, étnico, territorial, de ejercicio de derechos sociales esenciales y de acceso a servicios básicos. Estas desigualdades tienen un efecto negativo, a lo largo del curso de vida de las personas, en su capacidad para desarrollar su potencialidad, autonomía y ejercicio de sus derechos. De esta manera, se transforman en un gran desafío para las políticas públicas en general y para el sector salud en particular.

AMÉRICA LATINA Y SUS SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas sanitarios existentes en la Región, caracterizados por su segmentación y fragmentación, son resultado de una construcción sociohistórica, ligada a procesos políticos, económicos y socioculturales. Por ende, son expresión de los modelos de desarrollo, los paradigmas ideológicos imperantes y de los diferentes arreglos organizacionales a nivel de concepción del modelo de atención, del modelo de aseguramiento, de la definición de la estructura y las fuentes de financiamiento del sistema, entre otros. En este marco, los sistemas de salud en la Región han experimentado varias transformaciones continuas, producto de procesos sociopolíticos complejos (7,8).

Desde la publicación del *Informe sobre la salud en el mundo 2010* (9), la Organización Mundial de la salud (OMS) propuso el concepto de cobertura sanitaria universal (CUS), ratificado por la asamblea de la Organización de las Naciones Unidas en el año 2012 (10). En paralelo, en las Américas se debatió sobre cómo dar una lectura regional a la CUS, lo que se tradujo en una negociación política y técnica, entre visiones centradas en el papel del mercado en el ámbito de la salud y las que colocan el acento en el rol del estado en la garantía de derechos en salud a través del asegurar el acceso universal (11-14). Se concuerda que el concepto de cobertura es necesario, pero no suficiente, y se establece como consenso la resolución de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre acceso y cobertura universal a la salud (15).

En el año 2016, la OMS, en línea con la aplicación de la cobertura universal, promovió cambios en la prestación de servicios

con el fin de que se transformaran en servicios integrados centrados en las personas (16-18). Esta propuesta es concebida como un elemento clave para sistemas de salud robustos y resilientes, al poner a las personas y no a las enfermedades en el centro de los sistemas de salud; al tomar en consideración las condiciones, estructuras sociales y estilos de vida que explican la salud de los grupos y poblaciones; y al dar capacidad a las personas para ser partícipes en la construcción articulada de su propia salud, en lugar de asumir un papel pasivo como receptores de servicios. Este concepto enfatiza los derechos y deberes de quienes hacen uso de ellos y señala que los sistemas de salud orientados a las necesidades de las personas educan y empoderan a la población en salud para facilitar su participación plena, son más costo-efectivos, equitativos, resilientes y sostenibles, y están mejor preparados para responder a las crisis de salud. Así como en América Latina se agregó el concepto de acceso al de cobertura universal, también desde una lectura regional proponemos que se amplíe la definición de sistemas de salud integrados centrados en las personas, con la incorporación de una mirada predominantemente comunitaria, poblacional y territorial. Esto se fundamenta por las particularidades sociales y políticas de la Región, por sus debates y consensos en torno al derecho a la salud y la salud universal (19,20) y a la mirada regional de la declaración de Astaná (21), que generó una discusión global en torno a la vigencia y pertinencia de la declaración de Alma Ata (22) y que motivó la constitución en las Américas de una comisión de alto nivel que revisó el sentido de la estrategia de la atención primaria a la salud a 40 años de dicha declaración (23).

En América Latina, es imperativo que los servicios de atención y cuidados en salud estén centrados en las personas, con un enfoque social adaptativo complejo (24) y desde una perspectiva relacional, poblacional, plurinacional y territorial que incorpore en los modelos de atención, los cuidados de las familias y las comunidades, teniendo en cuenta su diversidad y participación efectiva. Por ello, se propone que esta centralidad en las personas no solo sea de una manera individual, sino que, fundamentalmente, se dé en el contexto de las comunidades en las que las personas están relacionadas. Esto es de particular relevancia en la Región, dado los determinantes sociales de la salud; la exclusión social; la falta de garantía efectiva del derecho a la salud, especialmente de los pobres, indígenas y mujeres; las barreras de accesos a servicios integrales de calidad; el profundo desequilibrio de poder entre los ciudadanos y los demás actores de los servicios de salud. Todo esto se suma a que la participación social en salud es más bien formal, utilitarista y clientelar (25) y a que los sistemas de salud suelen estar cooptados por distintos intereses corporativos, comerciales o ideológicos, que los descentran de las necesidades de las personas (26).

Desde esta mirada, los servicios integrados y centrados en las personas y las comunidades (SICPyC) son aquellos gestionados y dispensados de tal manera que las personas reciben servicios sin quiebre de la continuidad, entre la acción intersectorial, las actividades comunitarias de organización y transformación social. Incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la gestión de las enfermedades, la rehabilitación y la atención paliativa, todo ello de forma coordinada entre los diferentes eslabones y centros de atención en salud y social de las redes del sector de la salud y más allá de él (intersectorial). Además, se consideran sus necesidades a lo largo de

todo el curso de vida, con perspectiva de género, de interculturalidad, de respeto a la diversidad y a la autonomía, y participación de las personas y los colectivos.

El concepto de SICPyC es la forma de comprender y practicar las acciones en salud de manera holística, que involucra a las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes protagónicos de sistemas de salud que generan confianza y que están organizados no tanto en función de enfermedades, sino de las necesidades integrales de las personas, respetando las preferencias sociales y culturales. Exige también que personas, familias y comunidades reciban la información y la asesoría que necesitan para tomar decisiones, actuar de manera efectiva en las causas de los problemas, participar en su propia atención y que los cuidadores y trabajadores de la salud estén en condiciones de aportar en todo su potencial dentro de un entorno de trabajo favorable. Se trata de un concepto más sistémico que la mera definición de un modelo de atención para el primer nivel (27) y más amplio que “centrado en el paciente” (28), en la medida que trasciende la consulta clínica episódica y el paradigma biomédico hegemónico para englobar también la salud de las personas en su propia familia y comunidad, y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política de salud y de los servicios de salud.

La pandemia de COVID-19 ha visibilizado todas las debilidades de los sistemas de salud de América Latina (29). Los costos humanos, económicos y sociales son masivos y profundos, y los altos niveles de desigualdad han causado un efecto negativo mayor que en otras partes del mundo (30); esto obligará a un esfuerzo adicional para transformar los sistemas de salud hacia los SICPyC.

UNA PROPUESTA DESDE SERVICIOS INTEGRADOS CENTRADOS EN LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES

Ahora más que nunca, cuando la pandemia ha visibilizado las fragilidades de los sistemas de salud, así como la importancia del cuidado de la salud como piedra angular del desarrollo (31), y cuando en muchos países se viven importantes manifestaciones sociales, se requiere avanzar de forma decidida en la aplicación de las líneas estratégicas de acceso y cobertura universal a la salud, en aras de superar la segmentación, la fragmentación y el enfoque biomédico centrado en la enfermedad individual y episódica.

Un punto de partida fundamental para la transformación de los sistemas es el reconocimiento explícito del derecho a la salud como base para la construcción de una atención que aspira a ser caracterizada con los principios y valores que se describen a continuación (figura 1):

- Holística: enfoque centrado en las personas y las comunidades, que aborda la salud desde una visión no compartimentada, que comprende a la salud en todo el curso de la vida, en las dimensiones biopsicosociales y de “una salud” entre el ser humano y el ambiente.
- Construcción compartida de la salud: participación protagónica de personas, familias y comunidades. Asociaciones multisectoriales proactivas con personas y comunidades a nivel individual, organizacional y de políticas.
- Integralidad y continuidad de la atención y los cuidados: derechos sociales que generan contexto para el “buen vivir”, el

bienestar y la calidad de la vida. Balance entre los esfuerzos en promoción, prevención, fomento, curación y cuidados de largo plazo. Continuidad de los cuidados y atención que se brinda en todo el curso de la vida.

- Cogestión para la coordinación de los servicios de salud: atención y cuidados coordinados en torno a las necesidades, expectativas y preferencias de las personas, de manera efectiva entre múltiples actores, nodos, proveedores y entornos, con participación de las personas y las comunidades en la toma de decisiones.
- Equitativa: atención y cuidados accesibles y disponibles para todas las personas, acorde a sus necesidades.
- Sostenible: atención y cuidados eficientes, efectivos, de calidad y de alto valor que contribuye al desarrollo sostenible de los sistemas de atención y de la sociedad en general a lo largo del tiempo.
- Digna: atención y cuidados humanizados y ajustados a las necesidades, particularidades y preferencias. Respetuosa e inclusiva de los diversos saberes y cosmovisiones.

Para aplicar los SICPyC en América Latina, nos apoyamos en los nueve pilares de la atención integrada resumidos a continuación (32). Estos pilares fueron desarrollados por la IFIC durante más de 20 años de investigación y análisis de prácticas de atención integrada en todo el mundo, y se utilizan en la actualidad para la elaboración de políticas y la práctica predominantemente en Europa, Australia y América del Norte. El grupo de trabajo se propone poner a prueba este marco conceptual para la comprensión de la atención integrada y resumir los avances y experiencias claves en la Región, y reconoce que podría ser necesario adaptarlo según los aprendizajes compartidos.

Los nueve pilares de la atención integrada son:

1. Visión y valores compartidos: el primer pilar es el compromiso compartido con los valores y principios para los SICPyC y una clara intención de mejorar la salud y el bienestar de la población mediante el poder de la acción colectiva multisectorial e interdisciplinaria para la creación conjunta de visión, valores y objetivos sociales compartidos entre todos los actores.
2. Salud de la población y contexto local: lograr una mejor salud y bienestar de la población mediante el enfoque en la participación de las personas y el abordaje los determinantes sociales de la salud, la reducción de las inequidades y fortalecer las capacidades locales.
3. Las personas, en tanto individuos y colectivos como socias en la atención: al abordar los desafíos actuales y futuros, debemos reconocer que nuestras acciones solo serán efectivas si las personas están comprometidas, informadas y respaldadas para contribuir a cuidar la salud y el bienestar.
4. Comunidades resilientes y alianzas nuevas: la pandemia actual ilustra la importancia de superar una crisis de esta magnitud de manera colectiva. Un ejemplo es la difusión de experiencias de comunidades compasivas, que incluyen enfoques basados en activos para crear un movimiento mundial vibrante, que reconozca que cuidar de los demás es asunto de todos.
5. Capacidad y competencias del talento humano en salud: la pandemia actual ha fortalecido capacidades del personal de salud más allá de lo imaginable. Han avanzado al ampliar el alcance de las prácticas, difuminar los roles para apoyarse mutuamente y adquirir con rapidez nuevas habilidades para

FIGURA 1. Principios y valores de los servicios integrados centrados en las personas y las comunidades



SICPyC: servicios integrados y centrados en las personas y las comunidades.

- ofrecer la mejor atención y apoyo posibles en circunstancias muy difíciles. Esto es un buen augurio para futuras transformaciones en este ámbito, que contribuyan a contextos laborales dignificantes y saludables, que favorezcan a prácticas y a una cultura empática, dialógica y centrada en los derechos y necesidades de las personas y de las comunidades. Es una oportunidad única de probar soluciones integradas de trabajo en salud, que fortalecerán los sistemas y conducirán a una mejor atención y cuidados.
6. Gobernanza y liderazgo en todo el sistema: la crisis actual enseña que los liderazgos exitosos son inclusivos, empáticos, dinámicos y compasivos. Las experiencias de gobernanza en red se deben utilizar para repensar la forma en que los servicios se ejecutan, en cómo se evalúan los resultados y se mejoran los procesos, para el beneficio de las personas, las familias y las comunidades.
 7. Soluciones digitales: la pandemia ha contribuido a la aparición de soluciones digitales, muchas de ellas lideradas por los propios ciudadanos que se han puesto, desde la iniciativa y la organización comunitaria, al servicio de la salud pública para llegar de manera efectiva a las personas con el fin de brindar orientación, atención y apoyo.
 8. Sistemas de pago alineados: el efecto de la COVID-19 muestra que "donde hay voluntad, hay una manera" de resolver problemas. Quizás el legado más importante de esta pandemia podría ser el reconocimiento de la importancia de aumentar la inversión pública en salud y que los flujos financieros deben orientarse a potenciar la estrategia de la atención primaria de salud, simplificarse y modificarse de manera

significativa para respaldar cadenas efectivas de suministro de las tecnologías sanitarias lo más cerca del hábitat de las personas y los incentivos a las personas, a las instituciones o al personal de salud.

9. Transparencia del progreso, los resultados y el impacto: así como no existe un modelo de atención integrada de "talla única" que se adapte a todas las ambiciones, situaciones y contextos, no existe una única herramienta o enfoque para medir el progreso y los resultados. Además de compartir toda la información disponible con la ciudadanía, las evaluaciones y valoraciones de atención integrada deben ampliar, de forma cualitativa y cuantitativa, los datos e información de salud disponibles, para capturar todas las respuestas y escenarios sin precedentes que están surgiendo en todo el mundo a partir de la pandemia.

Con base en el marco conceptual referido y reconociendo que los sistemas de salud de la Región presentan una gran diversidad en su estructura, recursos y planes futuros, consideramos retos y necesidades comunes en los ámbitos de la abogacía, el fortalecimiento de redes y líneas de investigación, en torno a diversas líneas de trabajo, como las alianzas, la abogacía y gobernanza y la investigación y generación de capacidades.

LÍNEAS DE TRABAJO PARA LOS SICPYC

Alianzas: fortalecimiento de la capacidad técnica y de los recursos de los países para la investigación y el desarrollo de proyectos, así como de la promoción de las alianzas regionales

para construir un lenguaje común, facilitar estrategias de aprendizaje colectivo y consolidación de lazos para cooperar y colaborar en el camino hacia la transformación de los sistemas de salud. Se incluyen también los modelos de atención y cuidados centrados en las personas, las familias y las comunidades, basados en estrategias de participación y liderazgo ciudadanos.

Abogacía y gobernanza: construcción de consensos amplios entre diversos actores (ciudadanía, academia, gobiernos, entre otros) sobre gobernanza inclusiva y participación social en la salud. Generar un compromiso político para dirigir y aplicar los cambios basados en los amplios consensos sociales. Aplicación de diferentes estrategias de financiamiento y adecuación de los fondos y financiamiento existentes para ser facilitadores de mejora en la atención y la redistribución de los recursos existentes. Promoción de las capacidades de las personas, familias y comunidades para el autocuidado y gestión de su propia salud.

Investigación y generación de capacidades: generación de evidencia y conocimiento en torno a los SICPyC. Compartir buenas prácticas y lecciones aprendidas. Construcción de espacios dialógicos entre ciudadanía, academia y gobiernos. Estrategias, estructuras y canales para mejorar la comunicación y el intercambio de información para garantizar la transformación de los sistemas. Creación de estrategias de evaluación de procesos y resultados para el aprendizaje y mejoría permanente y sostenible. Análisis de los avances e identificación de retos de la atención primaria en salud.

CONCLUSIONES

En América Latina, al menos en lo declarativo, se ha ido constituyendo cierto consenso respecto a que los servicios de salud deben estar integrados en redes y centrados no solo en las personas, sino también en las comunidades donde viven, de tal manera que éstas sean parte protagónica del diseño y aplicación de los servicios. Se deben tener en cuenta la perspectiva de género e interculturalidad y ser respetuosos de la

diversidad y autonomía, sin interrupción de continuidad entre la acción social intersectorial transformadora, la promoción de la salud, la atención y los cuidados en todo el curso de vida, de forma coordinada entre el sector de la salud y más allá de él (intersectorial). Los desafíos pendientes, dada la evolución histórica de nuestros sistemas de salud y el contexto sociopolítico actual, guardan relación con disponer de capacidades para materializar dichas conceptualizaciones.

Para contribuir a la generación de dichas capacidades, el grupo de trabajo reconoce y valora las particularidades de los procesos latinoamericanos, sus disensos y consensos. Ha agrupado a actores diversos, desde los valores y principios de los nueve pilares descritos para la atención integrada, con el objetivo de que a través de las líneas de trabajo propuestas: la formación de alianzas, la abogacía y la generación de conocimiento, el aporte a la construcción de una hoja de ruta tanto regional como en los países que contribuya a desarrollar mayores capacidades políticas y técnicas para una gobernanza que posibilite los cambios mediante la promoción y la facilitación del diálogo, el encuentro y la construcción de capacidades. Todo lo anterior tiene como objetivo avanzar hacia sistemas de salud diseñados con un enfoque social, adaptativo y complejo, que promueva el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de salud con los aportes de la Declaración de Astana y que posibilite la incorporación de la atención integrada centrada en las personas y las comunidades en los procesos de transformación de nuestros sistemas de salud.

Contribución de los autores. Todos los autores concibieron escribieron y revisaron el manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final.

Conflicto de intereses. Ninguno declarado por los autores.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son únicamente responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PJPH* o de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

1. International Foundation for Integrated Care. Disponible en: <https://integratedcarefoundation.org/>
2. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Banco Mundial. Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. París: OECD Publishing; 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017.
4. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2019: tendencias de la salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019.
5. Ranzani OT, Pescarini JM, Martínez L, et al. Increasing tuberculosis burden in Latin America: an alarming trend for global control efforts. *BMJ Global Health*. 2021;6:e005639.
6. Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª Sesión del Comité Regional; del 30 septiembre al 4 de octubre del 2013. Washington D.C.: OPS; 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina, 2019. Santiago de Chile: CEPAL; 2019. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46687-panorama-social-america-latina-2020>
8. Atún R, Monteiro de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytrachenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015;385:1230-47.
9. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e126. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en <https://www.who.int/whr/2010/es/>
11. Organización de las Naciones Unidas. Resolución A/67/L.36. Nueva York: ONU; 2012. Disponible en: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&Lang=S
12. Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva. Declaración de ALAMES frente al intento de absorber la APS en la muy cuestionada Cobertura Universal de Salud. *Saúde Debate*. 2018;42(1):431-433. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/XVqLGDqq3nSxwfvY45c5Tn/?lang=es&format=pdf>

13. García Fariñas A, Martins Ricardi L, Ribeiro AA. Cobertura universal y eficiencia en salud: más allá de los términos, en búsqueda del significado. *Rev Cubana Salud Pública* 2015; 41(S1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500011&lng=es
14. Laurell A. ¿Cobertura universal en salud en América Latina? *Medicina Social*. 2014;9(1):60-1. Disponible en: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/826/1608>
15. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e126. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
16. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Resolución 53.º Consejo Directivo 66.ª sesión del comité regional de la OMS para las Américas. Washington D.C.: OPS; 2014. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Resolución A69/3969. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079>
18. Organización Mundial de la Salud. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/evidence-overview/en/>
19. Organización Mundial de la Salud. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>
20. Fernández Moreno SY. Postura de la Red Latinoamericana de Género y Salud Colectiva de ALAMES frente a la cobertura universal de salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2015;41(2):335-356. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000200012&lng=es
21. Artaza O. Editorial. *Salud Publica Mex*. 2016;58(5):493-5. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8183>
22. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
23. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional De Atención Primaria De Salud, Alma-Ata, URSS. Ginebra: OMS; 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
24. Organización Panamericana de la Salud. Universal health in the 21st Century: 40 years of Alma-Ata. Report of the High-Level Commission. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50742/9789275120682_eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y
25. Toro-Palacio LF, Ochoa-Jaramillo FL. Salud: un sistema complejo adaptativo. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(2):161-165. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000200011
26. Artaza O. Políticas públicas en Chile para un modelo de atención centrado en las personas. *Int J Integr Care*. 2019;19(4):628. Disponible en: <http://doi.org/10.5334/ijic.s3628>
27. Artaza O, Lastra J. La nueva reforma que necesita Chile: la reforma de los prestadores. *Cuad Med Soc*. 2018;58 (1):27-33. Disponible en: <https://cms.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/03/La-nueva-reforma-que-necesita-Chile-la-reforma-de-los-prestadores.-1.pdf>
28. Secretaría de Salud México. Atención primaria de salud integral e integrada (APS-I). Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/atencion-primaria-de-salud-integral-e-integrada-aps-i-mx>
29. Cuba Fuentes MS, Romero Albino ZO. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(4):780-784. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400024&lng=es
30. Etienne CF, Fitzgerald J, Almeida G, et al. COVID-19: transformative actions for more equitable, resilient, sustainable societies and health systems in the Americas. *BMJ Global Health*. 2020;5:e003509. Doi:10.1136/bmjgh-2020-003509
31. CEPAL, 2020. Informe: El impacto del covid-19 en América Latina Y El Caribe. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45602-informe-impacto-economico-america-latina-caribe-la-enfermedad-coronavirus-covid>
32. Lewis L, Ehrenberg N. Realising the true value of integrated care: beyond COVID-19. Oxford: International Foundation for Integrated Care; 2020. Disponible en: <https://integratedcarefoundation.org/publications/realising-the-true-value-of-integrated-care-beyond-covid-19-2>

Manuscrito recibido el 27 de setiembre de 2021. Aceptado, tras revisión, para su publicación el 7 de enero de 2022.

Pillars and lines of action for integrated and people- and community-centered health systems

ABSTRACT

This paper presents the position of the Latin American working group of the International Foundation for Integrated Care (IFIC). The working group brings together various Latin American actors and organizations in support of actions that facilitate the transformation of health systems in the region towards integrated systems that focus on people not as isolated individuals but as subjects of law in the complex social and environmental contexts where they live and interact. The working group proposes nine pillars of integrated care to be used as a conceptual framework for policy development and changes in practices: 1) shared vision and values; 2) population health; 3) people and communities as partners; 4) resilient communities; 5) capacities of human resources for health; 6) governance and leadership; 7) digital solutions; 8) aligned payment systems; and 9) public transparency. Based on these pillars, lines of work are proposed to strengthen alliances and networks, advocacy, research, and capacity-building, in order to help develop health and social systems that are effectively integrated and focused not only on people but also on communities in Latin America.

Keywords

Care, health care; health policy; health sector reform; health administration and planning; primary health care.

Pilares e linhas de ação para sistemas integrados de saúde centrados nas pessoas e nas comunidades

RESUMO

Este artigo apresenta o posicionamento do grupo de trabalho latino-americano da Fundação Internacional de Cuidados Integrados (1) (IFIC, na sigla em inglês). A IFIC reúne diversos atores e organizações da América Latina com o fim de apoiar ações que facilitem a transformação dos sistemas de saúde na região para sistemas integrados e centrados nas pessoas, não como indivíduos isolados, mas como sujeitos de direito, nos complexos contextos sociais e ambientais em que vivem e participam. O grupo de trabalho propõe nove pilares de atenção integrada a serem utilizados como marco conceitual na elaboração de políticas e de mudanças nas práticas: 1) visão e valores compartilhados, 2) saúde das populações, 3) pessoas e comunidades como parceiros, 4) comunidades resilientes, 5) capacitação de talento humano em saúde, 6) governança e liderança, 7) soluções digitais, 8) sistemas de pagamento alinhados e 9) transparência perante a população. Com base nesses pilares, são propostas linhas de trabalho nas áreas de fortalecimento de alianças e redes, incidência política, pesquisa e capacitação, que contribuam para materializar na América Latina sistemas sociais e de saúde efetivamente integrados e centrados não só nas pessoas, como também nas comunidades.

Palavras-chave

Atenção à saúde; política de saúde; reforma dos serviços de saúde; administração e planejamento em saúde; atenção primária à saúde.
