

Coordinación del cuidado en la Atención Primaria de Salud: un análisis desde múltiples contextos

Luana Camargo Brito* • Leonardo Carnut** •
Lúcia Dias da Silva Guerra***

RESUMEN

La coordinación del cuidado constituye un atributo esencial en los sistemas de salud, especialmente en la Atención Primaria de Salud (APS), donde desempeña un papel crucial al conectar niveles de atención, promover la integralidad del cuidado y garantizar su continuidad. En este artículo se analiza la coordinación del cuidado desde tres perspectivas fundamentales: 1) la integración de los servicios de salud, 2) la continuidad asistencial y la comunicación efectiva, y 3) la centralidad en el paciente y la gestión proactiva del cuidado. A través de una revisión narrativa, se analizan las diferentes manifestaciones de la coordinación del cuidado en contextos internacionales, con la identificación de estrategias comunes y desafíos específicos. La discusión permitió explorar diversas aproximaciones teóricas y prácticas mediante un enfoque crítico. Finalmente, el estudio refuerza la importancia de consolidar la APS como eje articulador de sistemas de salud efectivos y equitativos.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud; Coordinación del cuidado; Continuidad de la Atención al Paciente; Modelos de Atención de Salud; Colaboración Intersectorial.

Care coordination in Primary Health Care: an analysis from multiple contexts

ABSTRACT

Care coordination is an essential attribute in health systems, particularly in Primary Health Care (PHC), where it plays a crucial role in connecting levels of care, promoting the comprehensiveness of care, and ensuring its continuity. This article analyzes care coordination from three fundamental perspectives: 1) the integration of health services, 2) care continuity and effective communication, and 3) patient-centeredness and proactive care management. Through a narrative review, the different manifestations of care coordination in international contexts are examined, identifying common strategies and specific challenges. The discussion explores various theoretical and practical approaches through a critical lens.

* Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Salud Colectiva.
Correo electrónico de contacto: luacamargobrito@gmail.com

** Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Salud Colectiva.
Correo electrónico de contacto: leonardo.carnut@fm.usp.br

***Universidad Santo Amaro (UNISA), Departamento Salud y Comunidad. Correo electrónico de contacto: ludsguerra@gmail.com

Fecha de recepción: 02 de diciembre de 2024.

Fecha de aceptación: 25 de marzo de 2025.

Finally, the study reinforces the importance of consolidating PHC as the cornerstone for effective and equitable health systems.

Keywords: Primary Health Care; Care Coordination; Continuity of Patient Care; Healthcare Models; Intersectoral Collaboration.

Introducción

El concepto de cuidado representa una atención integral y continua a las necesidades de las personas, **que considera** su contexto biopsicosocial y **promueve** su bienestar físico, mental y social. Para tanto, la Atención Primaria de Salud (APS) se posiciona como el nivel fundamental de los sistemas de salud, y **desempeña** un papel clave en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el tratamiento integral de las personas y comunidades (Starfield, 1998). Reconocida como la puerta de entrada al sistema de salud, la APS se articula a través de atributos esenciales que definen su calidad y efectividad: el acceso de primer contacto, la longitudinalidad, la integralidad, la coordinación del cuidado, la orientación comunitaria y la centralidad en la familia (Starfield, 1998; Mendes, 2012). Cada uno de estos atributos es indispensable para garantizar una atención eficiente y adaptada a las necesidades de las personas y sus comunidades.

En este contexto, la coordinación del cuidado emerge como uno de los atributos más críticos, ya que actúa como un eje articulador entre los distintos niveles y servicios del sistema de salud para garantizar que las personas reciban servicios coherentes, integrados y centrados en sus necesidades a lo largo del tiempo. Este atributo no solo facilita la conexión entre los diversos actores y sectores involucrados, sino que también asegura la continuidad de los cuidados, con lo que se

evitan duplicidades, lagunas en el tratamiento y desarticulación entre servicios. La coordinación es especialmente relevante en escenarios donde los sistemas de salud enfrentan complejidades crecientes debido al envejecimiento poblacional, la carga de enfermedades crónicas y la fragmentación en la oferta de servicios. Además, la coordinación del cuidado contribuye significativamente a optimizar el uso de recursos, mejorar la experiencia del paciente y alcanzar mejores resultados en salud. Al garantizar una atención integrada, oportuna y efectiva, este atributo permite reducir los desperdicios asociados a la duplicación de servicios, minimizar errores y maximizar el impacto de las intervenciones (Oliveira et al., 2024). Más allá de conectar diferentes niveles de atención, la coordinación también fomenta un enfoque centrado en las personas, da prioridad a sus necesidades de salud y promueve un vínculo continuo entre los usuarios y los equipos de atención primaria. Esto refuerza la capacidad de los sistemas de salud para responder de manera ágil y efectiva, e integra acciones preventivas, curativas y de promoción de la salud en todos los niveles del sistema.

La operacionalización de sistemas de salud, como el Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, ilustra la importancia de la coordinación del cuidado, que abarca dimensiones preventivas y curativas en los niveles individual, comunitario y pobla-

cional. Según Cecílio (2012), podemos pensar la gestión del cuidado en salud a través de, al menos, cinco dimensiones: la dimensión individual representa el autocuidado, el protagonismo y la autonomía de los individuos; la dimensión familiar abarca las relaciones con puntos de apoyo importantes para el paciente, como familiares, amigos y vecinos; la dimensión profesional se construye a partir del vínculo establecido entre el profesional de salud y el paciente, e incluye aspectos éticos y técnicos; la dimensión organizacional traduce la función de gestionar el cuidado propiamente dicho mediante el trabajo en equipo, la coordinación, la comunicación, la planificación y el seguimiento de protocolos; la dimensión sistémica incluye las conexiones entre los servicios de salud, que configuran flujos y complejas redes interconectadas a través de sistemas de referencia y contrarreferencia; y, finalmente, la dimensión societaria posee un carácter más amplio y evidencia cómo las diferentes sociedades producen políticas públicas que influyen directamente en los aspectos relacionados con la salud.

A pesar de su relevancia, la coordinación del cuidado enfrenta múltiples desafíos, como la fragmentación de los sistemas de información, la falta de contrarreferencia adecuada y las desigualdades en la distribución de recursos. Estos problemas son observados en diferentes contextos internacionales, lo que resalta la importancia de analizar las estrategias y modelos implementados en diversas regiones del mundo para identificar soluciones y mejores prácticas. Este artículo tiene como objetivo explorar las manifestaciones de la coordinación del cuidado en diferentes contextos nacionales. A través de una revisión narrativa, se examinan las diferentes aproximaciones teóricas y prácticas, lo que proporciona una base para reflexionar sobre las dinámicas y perspectivas de este atributo esencial.

Metodología de investigación

Se llevó a cabo una revisión narrativa con el propósito de construir una base teórico-histórica que permitiera una comprensión profunda y amplia del atributo “coordinación del cuidado”. Este enfoque metodológico se caracteriza por abordar preguntas de investigación abiertas y de amplio espectro, lo que permite al investigador desarrollar un marco conceptual contextualizado y teórico. Según Rother (2013), la revisión narrativa se distingue por su flexibilidad al no requerir protocolos estrictos, lo que facilita al autor explorar diferentes perspectivas y obtener conocimientos relevantes en un período relativamente corto de tiempo. Sin embargo, esta libertad metodológica también implica una mayor susceptibilidad a posibles sesgos de selección, que deben ser cuidadosamente considerados en el análisis crítico y reflexivo del material recolectado.

Para esta revisión, además de artículos académicos publicados en revistas científicas reconocidas, se recurrió a sitios *web* gubernamentales, documentos oficiales y bases de datos confiables del ámbito de la salud. Los países y sistemas de salud analizados fueron seleccionados considerando su relevancia para ilustrar diferentes modelos de coordinación del cuidado, con especial atención a contextos que aportan experiencias contrastantes y aprendizajes clave. Esta estrategia metodológica buscó garantizar una diversidad de fuentes que respaldaran un análisis integral y riguroso. La elección de incluir documentos oficiales y sitios gubernamentales responde a la necesidad de captar un panorama actualizado y contextualizado de las políticas y prácticas relacionadas con la coordinación del cuidado en diferentes sistemas de salud. Estos recursos, al ser generados por entidades de carácter oficial, proporcionan información relevante y detallada sobre las dinámicas es-

tructurales y operativas de los sistemas sanitarios.
El Tabla 1 presenta las referencias utilizadas en la
construcción de esta revisión narrativa.)

Tabla 1: Fuentes Consultadas

Título	Autores	Año	País	Tipo de referencia
La atención primaria como eje del sistema nacional de salud	Reyes-Morales, H. et al.	2024	México	Artículo académico
Health system overview	Australian Government	2023	Australia	Sitio gubernamental
Challenges and Opportunities	Manatū Hauora	2023	Nueva Zelanda	Sitio gubernamental
Atenção Primária à Saúde: referencia y contrarreferencia	Tribunal Superior do Trabalho	2022	Brasil	Sitio institucional
O(s) Sistema(s) Primário(s) de Saúde Canadense sob uma perspectiva brasileira	Brandão, J.R.M.	2020	Canadá	Artículo académico
International Health Policy Center – Australia	The Commonwealth Fund	2020	Australia	Informe técnico
International Health Policy Center – New Zealand	The Commonwealth Fund	2020	Nueva Zelanda	Informe técnico
De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal	Pisco, L.; Pinto, L.F.	2020	Portugal	Artículo académico
National Health Insurance	Government of South Africa	2019	Sudáfrica	Documento oficial
Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de APS no Reino Unido	Norman, A.H.	2019	Reino Unido	Artículo académico
Social health insurance schemes in Africa	Fenny, A.P. et al.	2018	África	Artículo académico
Estudo de saúde comparada: os modelos de APS no Brasil, Canadá e Cuba	Santos, J.C.; Melo, W.	2018	Brasil, Canadá, Cuba	Artículo académico
O Sistema Nacional de Saúde Cubano	Dal Prá, K.R. et al.	2015	Cuba	Artículo académico
Future of Japan's system of good health	Shibuya, K. et al.	2011	Japón	Artículo académico
Por dentro dos sistemas universais	Domínguez, B.	2010	Reino Unido	Informe técnico

Fuente: Elaboración propia (2025)

Este enfoque metodológico, al integrar una variedad de fuentes, no solo amplía el alcance de la investigación, sino que también permite captar las especificidades y matices de cada contexto. La inclusión de perspectivas diversas y, en algunos casos, contradictorias, contribuye a enriquecer el debate académico y fomenta una comprensión más holística del tema. Además, la flexibilidad inherente a la revisión narrativa posibilita un análisis que trasciende la simple recopilación de datos y promueve una reflexión crítica sobre las interrelaciones entre las diferentes dimensiones de la coordinación del cuidado y sus implicaciones para los sistemas de salud.

La metodología utilizada en este trabajo se enmarca en un enfoque que prioriza tanto la diversidad como la profundidad en la selección de referencias. Esta combinación de estrategias fortalece el debate en torno al atributo “coordinación del cuidado” y ofrece un aporte significativo para la discusión académica y práctica sobre cómo integrar y mejorar los sistemas de salud en un mundo caracterizado por desafíos y oportunidades crecientes en el ámbito sanitario.

Desarrollo

Este artículo observó la coordinación del cuidado desde tres perspectivas fundamentales: 1) la integración de los servicios de salud, 2) la continuidad asistencial y la comunicación efectiva, 3) la centralidad en el paciente y la gestión proactiva del cuidado. Estas dimensiones no solo reflejan la complejidad inherente a los sistemas de salud contemporáneos, sino que también evidencian la necesidad de articular esfuerzos entre niveles de atención, actores clave y políticas públicas para construir redes de cuidado que respondan de manera equitativa y resolutive a las necesidades de

las comunidades. A través del análisis de estas tres facetas, se busca destacar cómo diferentes contextos nacionales y modelos de atención implementan estrategias que fortalecen la coordinación y mejoran los resultados en salud.

Integración de los servicios de salud

La integración de los servicios de salud constituye un eje fundamental en la coordinación del cuidado, lo que garantiza que los diferentes niveles de atención, desde la primaria hasta la especializada, así como los distintos profesionales involucrados, actúen de manera colaborativa y complementaria. Este enfoque integrado es esencial para ofrecer soluciones que aborden las necesidades de los pacientes de forma holística, lo que promueve una atención resolutive, eficiente y centrada en la persona.

En el caso de México, la fragmentación del sistema de salud representa uno de los mayores desafíos para la integración. Por un lado, los servicios para la población asegurada, como los ofrecidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuentan con una red estructurada de tres niveles de atención: clínicas de medicina familiar, hospitales generales y hospitales de alta especialidad. Este modelo está financiado tripartitamente y tiene como objetivo brindar servicios gratuitos a los afiliados. Sin embargo, para la población no asegurada, los servicios son gestionados principalmente por la Secretaría de Salud y programas específicos como el IMSS-BIENESTAR, los cuales enfrentan limitaciones en la integración efectiva con otros niveles del sistema debido a restricciones presupuestarias y organizativas. A pesar de los esfuerzos realizados, la coordinación entre estos subsistemas sigue siendo un reto importante, lo cual limita la posibilidad de construir una

red integrada que responda de manera equitativa y eficiente a las necesidades de salud de toda la población (Reyes-Morales et al., 2024).

En contraste, países como Ruanda han implementado modelos como el Community-Based Health Insurance (CBHI) para ampliar la cobertura de servicios médicos a poblaciones vulnerables mediante la conexión de la atención primaria con niveles más especializados. Aunque este modelo ha logrado avances significativos en la creación de redes de atención integradas, persisten desafíos relacionados con la equidad en el acceso y la sostenibilidad financiera en contextos de alta vulnerabilidad económica (Fenny et al., 2018).

De manera similar, en sistemas más desarrollados como el japonés, que cuenta con un seguro de salud universal, la integración de los servicios enfrenta retos asociados al envejecimiento de la población y a la creciente demanda de servicios especializados. Este contexto demográfico no solo incrementa la presión sobre los recursos disponibles, sino que también subraya la necesidad de una coordinación efectiva entre los diferentes niveles de atención, desde la primaria hasta los hospitales y cuidados prolongados. De este modo, aunque el sistema japonés ha sido elogiado por su enfoque en la cobertura universal y la accesibilidad, persisten dificultades significativas. La atención primaria, en este caso, se ve desafiada a actuar como un eje organizador del sistema, que conecta servicios y promueve la continuidad del cuidado en un entorno cada vez más complejo (Shibuya et al., 2011). Para tanto, en Japón, el Sistema de Seguro de Salud Estatutario (SHIS) ha priorizado la continuidad mediante la inscripción obligatoria en planes que cubren atención primaria, especializada y hospitalaria, lo que facilita transiciones fluidas entre los niveles de atención (The Commonwealth Fund, 2020).

En suma, la integración de los servicios de salud, entendida como el proceso de unir servicios de distintos niveles y especialidades para ofrecer una atención continua y sin fragmentaciones, es clave para garantizar respuestas coordinadas y sostenibles. Este enfoque asegura la conexión efectiva entre la atención primaria y otros niveles del sistema, lo que promueve una atención más equitativa, eficiente y centrada en las necesidades reales de las comunidades.

Continuidad asistencial y comunicación efectiva

La continuidad asistencial y la comunicación efectiva son pilares interdependientes en la coordinación del cuidado, esenciales para garantizar que los pacientes reciban atención de calidad, consistente y sin interrupciones, independientemente del lugar donde se encuentren o del profesional involucrado. En Sudáfrica, el National Health Insurance (NHI) ha intentado consolidar la continuidad del cuidado mediante un fondo único que financia servicios de salud para poblaciones históricamente marginadas. Este modelo busca reducir interrupciones en los cuidados y promover una mayor equidad en el acceso, con lo que se logran avances significativos en la integración de servicios (Government of South Africa, 2019). Sin embargo, estos esfuerzos enfrentan retos en la implementación y sostenibilidad, especialmente en contextos de alta demanda.

Por su parte, la comunicación efectiva es indispensable para conectar los diferentes niveles y actores del sistema de salud, lo que facilita el intercambio de comunicación clara y precisa entre pacientes, equipos de salud y servicios. En Brasil, la carencia de sistemas electrónicos integrados debilita la operatividad del sistema de referencia

y contrarreferencia, esencial para asegurar la continuidad asistencial y la provisión de una atención integral, coordinada y centrada en el paciente. La referencia ocurre cuando el médico de familia realiza una derivación al especialista de la red y proporciona la comunicación necesaria sobre el paciente. Por otro lado, la contrarreferencia tiene lugar cuando el especialista, capacitado según el modelo establecido, accede al enlace enviado por la clínica de APS y completa los datos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento aplicado al paciente derivado (Tribunal Superior do Trabalho, 2022: s/p). No obstante, la ausencia de contrarreferencia en muchos casos, especialmente al retorno de la atención especializada o tras el alta hospitalaria, evidencia importantes barreras comunicativas. Esta desconexión no solo fragmenta el cuidado, sino que también genera sobrecarga en la atención primaria, donde los equipos de salud deben reconstruir la historia clínica y el contexto del paciente sin información suficiente. La implementación de sistemas de información integrados resulta fundamental para superar estas barreras y facilitar una continuidad fluida del cuidado.

En sistemas como el canadiense, la falta de equipos multiprofesionales y una estructura médica centrada en la consulta individual plantean desafíos adicionales para la comunicación interprofesional. Aunque el sistema público garantiza acceso universal, la ausencia de un enfoque integral basado en equipos interdisciplinarios limita la efectividad de la coordinación del cuidado, lo que destaca la necesidad de políticas que fortalezcan la comunicación y el trabajo colaborativo entre profesionales (Brandão, 2020). Asimismo, el sistema inglés del National Health System (NHS), uno de los más antiguos del mundo, ofrece una atención gratuita basada en la equidad y el acceso universal, sustentada en un modelo de financiación mixta entre el Estado y los impuestos de la

población. La Atención Primaria de Salud (APS) en Inglaterra ha logrado consolidarse como un pilar central en la coordinación del cuidado, gracias a su enfoque multiprofesional y resolutivo (Norman, 2019; Garcia y Gonçalves, 2020; Domínguez, 2010).

Estos ejemplos resaltan que, tanto en contextos con recursos limitados como en sistemas avanzados, la continuidad asistencial y la comunicación efectiva son indispensables para evitar la fragmentación y asegurar una atención integral y centrada en el paciente.

Centralidad en el paciente y gestión proactiva del cuidado

La coordinación del cuidado se articula alrededor del paciente, reconociéndolo como el eje central del sistema de salud. Este enfoque no solo prioriza sus necesidades clínicas, sino también sus preferencias y contexto personal al momento de planificar y ejecutar intervenciones. Un ejemplo sobresaliente es el Sistema Nacional de Salud (SNS) de Cuba, que ha establecido un modelo donde las comunidades son activamente integradas en la planificación y prestación de cuidados. Este sistema, caracterizado por su accesibilidad geográfica y gratuidad, asegura que las políticas y acciones de salud reflejen las demandas específicas de la población, lo que fomenta así una atención verdaderamente centrada en el paciente (Santos y Melo, 2018; Dal Prá et al., 2015). En contraste, sistemas como el estadounidense, marcados por una fuerte dependencia de la capacidad financiera del individuo para acceder a los servicios, enfrentan serias limitaciones en su capacidad para priorizar y abordar las necesidades individuales de manera integral (Norman, 2019). Este contraste evidencia cómo el diseño y la organización del sistema influyen directamente en la

capacidad de proporcionar una atención centrada en la persona.

Además de la centralidad en el paciente, la gestión proactiva del cuidado juega un papel esencial en la consolidación de un sistema de salud eficiente y coordinado. Este enfoque implica la utilización de herramientas y estrategias que permiten anticipar necesidades, monitorear resultados y prevenir tanto la fragmentación como la redundancia en los servicios. En Australia, el programa Medicare ha destacado por implementar subsidios específicos que fomentan un enfoque proactivo en la atención primaria. Este modelo incluye desde la prevención de enfermedades hasta la gestión de condiciones crónicas, lo que ha permitido una planificación anticipada y una mejor articulación entre los diferentes niveles y actores del sistema (Australian Government, 2023). Este enfoque es complementado por el acceso a seguros privados que cubren servicios no subsidiados, lo que proporciona una red más amplia y flexible para atender las necesidades emergentes.

En Portugal, las reformas en el sistema de salud iniciadas en 1971 introdujeron medidas para contrarrestar el dominio hospitalario y fomentar la descentralización de la atención, particularmente en las zonas rurales. Este proceso culminó con la creación del “servicio médico a la periferia” en 1975, una estrategia diseñada para mejorar el acceso y la calidad de la atención en áreas vulnerables. Estas iniciativas reflejan un compromiso con la gestión proactiva y la atención centrada en las personas, fundamentales para la APS (Pisco y Pinto, 2020; Domínguez, 2010).

De manera similar, en Nueva Zelanda, los consejos distritales de salud desempeñan un rol crucial en la gestión local de los servicios. Este modelo no solo asegura que las intervenciones respondan

de manera oportuna a las demandas de la población, sino que también fomenta una gestión adaptativa y una coordinación efectiva entre diferentes actores del sistema de salud (Manatū Hauora, 2023). En ambos casos, la gestión proactiva se combina con una estructura que coloca al paciente en el centro, con lo que se logra un equilibrio entre anticipación, eficiencia y personalización del cuidado. Este enfoque integrado destaca la importancia de construir sistemas flexibles que no solo reaccionen a las necesidades actuales, sino que también se adapten a los desafíos futuros, lo que garantiza así una atención más equitativa y sostenible.

En conjunto, estos conceptos —integración, continuidad, comunicación, centralidad en el paciente y gestión proactiva— constituyen pilares fundamentales de la coordinación del cuidado. Dichos elementos facilitan la articulación de esfuerzos entre actores, recursos y políticas, lo que transforma sistemas de salud fragmentados en redes más equitativas, eficaces y centradas en las personas.

Conclusión

La coordinación del cuidado se reafirma como un pilar indispensable para la consolidación de sistemas de salud más efectivos, equitativos y sostenibles. Este análisis evidenció que conceptos clave como la integración de servicios, la continuidad asistencial y la centralidad en el paciente son esenciales para la construcción de redes de atención más articuladas. No obstante, la mera identificación de estos conceptos no basta; su puesta en práctica enfrenta barreras significativas.

Por ejemplo, en México, la fragmentación del sistema de salud constituye un reto importante para la integración efectiva de los servicios. En Brasil, el sistema de referencia y contrarreferencia en la

Atención Primaria de Salud presenta desafíos relacionados con la falta de retroalimentación efectiva en las transiciones asistenciales. Estas experiencias destacan la relevancia de fortalecer la APS como eje organizador del sistema de salud.

De esta forma, solo mediante un enfoque crítico y reflexivo será posible transformar los desafíos actuales en oportunidades para avanzar hacia sistemas más integrados, efectivos y verdaderamente orientados a las necesidades de las poblaciones.

Referencias bibliográficas

- AUSTRALIAN GOVERNMENT - Australian Institute of Health and Welfare. *Health system overview*. <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/health-system-overview> (consulta 4 de mayo de 2023).
- BRANDÃO, J.R.M. (2020). “O(s) Sistema(s) Primário(s) de Saúde Canadense sob uma perspectiva brasileira: discutindo os Atributos Starfield”. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 25, núm. 4: 1413-1420. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31802019>.
- DAL PRÁ, K.R.; MINELLI, D.S.; MARTINI, D.; FETZNER, R. da R.T.; FONTANA, K.C. (2015). “O Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de Atenção Primária à Saúde”. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, vol. 9, núm. 2: 91-103.
- DOMÍNGUEZ, B. (2010). “Por dentro dos sistemas universais”. *Saúde sem Fronteiras. Radis*, núm. 99. https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/radis_99_por_dentro_sistemas_universais.pdf. (consulta 13 de febrero de 2022).
- FENNY, A.P. et al. (2018). “Social health insurance schemes in Africa leave out the poor”. *International Health*, vol. 10, núm. 1: 1-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihx061>.
- GARCIA, M.S.M.P.; GONÇALVES, A.M.S. (2020). “O Modelo de Saúde Pública no Reino Unido”. *Intraciência*, edición 19 – junio. Disponible en: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522115852.pdf. (consulta 13 de febrero de 2023).
- GOVERNMENT OF SOUTH AFRICA. (2019). *National Health Insurance*. <https://www.gov.za/about-government/government-programmes/national-health-insurance-0#:~> (consulta 22 de abril de 2023).
- MANATŪ HAUORA - Ministry of Health. (2023). *Challenges and Opportunities*. <https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/new-zealand-health-strategy-future-direction/challenges-and-opportunities#:~> (consulta 10 de mayo de 2023).
- MENDES, E.V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 71-99.
- NORMAN, A.H. (2019). “Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido”. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, vol. 14, núm. 41: 1945. Disponible en: [https://doi.org/10.5712/rbm-fc14\(41\)1945](https://doi.org/10.5712/rbm-fc14(41)1945).
- OLIVEIRA, M.A. de C.; PEREIRA, I.C. (2013). “Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família”. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 66, edición especial: 158-164. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

- PISCO, L.; PINTO, L.F. (2020). “De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar”. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 25, núm. 4: 1197-1204. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>.
- REYES-MORALES, H.; GARCÍA-PEÑA, M.C.; LAZCANO-PONCE, E. (2024). “La atención primaria como eje del sistema nacional de salud”. *Salud Pública de México*, vol. 66: 631-636. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/15744>.
- ROTHER, E.T. (2007). “Revisão sistemática X revisão narrativa”. *Acta Paulista de Enfermagem*, vol. 20, núm. 2: v-vi. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.
- SANTOS, J.C.; MELO, W. (2018). “Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba”. *Gerais - Revista Interinstitucional de Psicologia*, vol. 11, núm. 1: 79-98.
- SHIBUYA, K. et al. (2011). “Future of Japan’s system of good health at low cost with equity: beyond universal coverage”. *The Lancet*, vol. 378, núm. 9798: 1265-1273. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61098-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61098-2).
- STARFIELD, B. (1998). *Atenção primária: Equilibrando as necessidades, serviços e tecnologia em saúde*. Oxford: Oxford University Press.
- THE COMMONWEALTH FUND. (2020). *International Health Policy Center – Australia*. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/australia> (consulta 4 de junio de 2023).
- THE COMMONWEALTH FUND. (2020). *International Health Policy Center – New Zealand*. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/new-zealand> (consulta 4 de junio de 2023).
- TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. (2022). *Atenção Primária à Saúde: saiba mais sobre o significado dos termos referência e contrarreferência*. <https://tst.jus.br/-/atenção-primária-à-saúde-saiba-mais-sobre-o-significado-dos-termos-referência-e-contrarreferência> (consulta 13 de octubre de 2024).