



EUROSociAL Salud
Programa Regional para la Cohesión Social en América Latina

INFORME DEL SEMINARIO INTERNACIONAL:

Ventajas y desventajas de la existencia de una puerta de entrada preferencial al sistema de salud: experiencias para mejorar la coordinación entre los niveles de atención

(Actividad III.2-2.08-1.2)

Talavera (España) 9-12 febrero de 2009

Actividad incluida en la Línea de Intercambio:

Línea de Temática 2/Línea de intercambio 2.08: Primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud

Local: Instituto de Ciencias de La Salud
Talavera de la Reina – Provincia de Toledo

Organizado por:



FUNDACIÓN PARA LA COOPERACIÓN
Y SALUD INTERNACIONAL DEL
SISTEMA NACIONAL DE
SALUD DE ESPAÑA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Proyecto financiado por la Unión Europea



Presentación

EUROsociAL es un programa de cooperación técnica de la Comisión Europea que intenta contribuir a la promoción de la cohesión social en América Latina a través del fortalecimiento de políticas públicas y de la capacidad institucional para gestionarlas. Su método principal de trabajo es el intercambio de experiencias, conocimientos y buenas prácticas entre administraciones públicas europeas y latinoamericanas en cinco sectores prioritarios: justicia, educación, salud, fiscalidad y empleo. Las labores en los cuatro primeros son coordinadas y ejecutadas por consorcios de organizaciones públicas europeas y latinoamericanas especializadas en estos campos, mientras que el sector empleo ha sido confiado a la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

EUROsociAL Salud promueve un enfoque abarcador de APS, considerándola como una política de reorganización del modelo asistencial y una estrategia para el fortalecimiento del sistema de salud como un todo. Aunque sus prácticas correspondan al primer nivel de atención, se constituye un núcleo organizador e integrador de las redes de servicios de salud y de las acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud, asegurando la coordinación y continuidad del cuidado. Son considerados atributos de la atención primaria la garantía de acceso, la puerta de entrada, el vínculo (*longitudinality*), el elenco integral de servicios (*comprehensiveness*), la coordinación (o integración de servicios), el enfoque familiar y la orientación de la comunidad.

En el marco de la Línea de Intercambio III.2-2.08 con el objetivo de dar continuidad a los intercambios realizados en 2007 se llevó a cabo el Seminario Internacional **“Ventajas y desventajas de la existencia de una puerta de entrada preferencial al sistema de salud: experiencias para mejorar la coordinación entre los niveles de atención”**, en Talavera, Toledo, España, del 9 al 12 de febrero de 2009.

El objetivo del seminario fue brindar a los países participantes conocimientos sobre modelos y experiencias, así como capacidades para la conceptualización de la APS que aporten a los debates actuales de las reformas de salud en los países de Latinoamérica brindando elementos para la renovación de la APS como eje ordenador del sistema de salud.

El intercambio permitió a los participantes fortalecer el proceso de formulación e implementación de nuevas estrategias de APS (ya en marcha en diversos países) y pretende contribuir para la reorientación de la prestación de servicios hacia sistemas más integrados que promuevan la equidad y la cohesión social.

Participaron representantes de los sectores de Atención Primaria de los Ministerios de Salud e investigadores de: Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, España, Honduras, Países Bajos, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, Reino Unido, Uruguay y Venezuela.

Los objetivos fueron:

- I) Conocer experiencias exitosas de la APS como puerta de entrada en Europa y sus aprendizajes para los países latinoamericanos
- II) Identificar las atribuciones de la APS en la red de servicios de salud como fuente regular de atención y puerta de entrada (gatekeeper),
- III) Explicitar las reglas y mecanismos de registro de la población en los servicios de atención primaria,
- IV) Problematizar las fortalezas y debilidades de la APS como puerta de entrada preferencial al sistema de salud.

El seminario tuvo como modalidad de trabajo la realización de mesas redondas seguidas de debates, trabajo grupal con discusión e intercambios de experiencias nacionales de los países participantes y realización de visitas de campo para conocer experiencias de coordinación de la atención de servicios de atención primaria.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Lunes 9 de Febrero – Experiencias países europeos

Por la mañana realizaron la apertura del seminario las autoridades del programa EUROsociAL Salud: Dr. Alfredo Rivas, (FCSAI), José Jaime de Domingo (OCS EUROsociAL Salud), Juan Atenza, Director Gerente, Instituto de Ciencias de la Salud Talavera de la Reina (TOLEDO) y el Dr. Rafael Peñalver, Gerente Inspección de Servicios Sanitarios y Prestaciones, representante del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Luego de la presentación de los objetivos del seminario se llevó a cabo la primera mesa redonda sobre *“Atribuciones de la APS en la red de servicios de salud como fuente regular de atención y puerta de entrada (gatekeeper) - Reglas y mecanismos de registro de la población en los servicios de atención primaria”* presentaron sus

ponencias el Reino Unido y Holanda. José M Valderas¹ del Reino Unido, realizó una breve descripción del sistema de salud británico, servicio nacional de salud de acceso universal financiado con recursos fiscales centrado en la APS, teniendo como principal actor al médico de cabecera o médico de medicina familiar y comunitaria (general practitioner GP). Cerró su ponencia alrededor de las fortalezas y debilidades de la APS como puerta de entrada preferencial al sistema de salud. Entre las fortalezas mencionó la existencia de un sistema único, el tipo de organización y registro, la tradición y el apoyo político al sistema, la consideración profesional del recurso humano que participa y la alta capacidad de resolución existente. Entre las debilidades mencionó la fragmentación de los servicios, la falta de continuidad del personal, la proliferación de alternativas y la constante reforma del sistema. Concluyó sosteniendo que la APS en el Reino Unido se facilita fundamentalmente a través del NHS (National Health Service) con alta accesibilidad desde distintos puntos de vista y una financiación que cumple con requisitos de equidad. La organización misma del NHS garantiza que la APS sea puerta de entrada y facilita la labor de *gatekeeping*.

A continuación Wienke Boerma² presentó el sistema de Holanda caracterizado por seguros de salud mixtos, públicos y privados. Boerma resaltó las cuestiones necesarias de tener en cuenta a la hora de potencializar la APS (PC: Primary Care) y destacó como claves: las facilidades de APS existentes en las cercanías donde viven las personas; la relación a lo largo del tiempo entre paciente y médico generalista; la capacidad de los servicios de ser lo más amplios posibles y la capacidad de los médicos generalistas de ser “accountable”; los equipos con servicios integrados; la adecuación entre habilidades y equipamiento; la educación específica para los proveedores de APS; la práctica basada en la evidencia (guías clínicas); los incentivos apropiados (financieros y otros); la información pertinente (para los pacientes); la cooperación con el cuidado secundario; el sistema de referencia como condición para la coordinación.

Mencionó tres cuestiones que la OMS resalta para abogar por una APS más fuerte: 1) identificación de los aspectos que fortifican al sistema de la APS, 2) desarrollo de medidas de performance estandarizadas para evaluar los sistemas de APS en transición y 3) asesorar a los países en transición sobre el siguiente paso de mejora a ser dado. En sus conclusiones destacó que una efectiva “gatekeeping” puede ser un

¹ Clinical Lecturer National Primary Care Research and Development Center, NIHR School for Primary Care Research, University of Manchester

² Investigador senior del NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research), Utrecht, Holanda

instrumento poderoso para mejorar la eficiencia y la coordinación en el sistema de salud; sin embargo, esta debe ser introducida sólo si el primer nivel está lo suficientemente organizado con reglas apropiadas que puedan permitirle adoptar este rol. Coordinó el debate Verónica Casado³.

Por la tarde Luis Pisco⁴ presentó el sistema de Portugal, de cobertura universal, gratuita, con equidad en el acceso, organizado regionalmente con gestión descentralizada. Pisco destacó que a pesar de ser un sistema teóricamente bueno, enfrenta muchos problemas en la realidad: se trata de una estructura extremadamente centralizada y burocrática, sin incentivos adecuados para un buen desempeño y calidad; existe una importante insatisfacción de los profesionales que amenaza el desarrollo de la medicina familiar y que ha intensificado el debate acerca de la reforma del sistema de salud y la búsqueda de soluciones alternativas en los últimos años. Para enfrentar estos desafíos propone un plan de emergencia para la formación de médicos de familia, captar más y mejores jóvenes médicos para la especialidad de medicina familiar a través de incentivos y atractivos especiales, y aumentar la calidad y la capacidad formativa de la residencia en Medicina Familiar. Destacó también que Portugal está reestructurando los Centros de salud con la creación de Unidades de Salud Familiar que tendrán los siguientes principios: equipos multiprofesionales pequeños, auto-organizados; autonomía organizativa, funcional y técnica; contratación de una cartera básica de servicios y sistema retributivo que premie la productividad, accesibilidad y calidad.

La ponencia de España fue realizada por Verónica Casado que mencionó como características del sistema español su universalidad, financiamiento público, descentralización hacia las comunidades autónomas, coordinación de todos los recursos asistenciales, equidad en el acceso y organización territorial. En relación a las fortalezas de la APS destacó su cercanía y accesibilidad que permiten una rápida respuesta y adaptabilidad a los cambios demográficos, sanitarios, sociales y de la atención; favorece también estrategias pro-coordinación como transferencias de servicios del hospital a la atención primaria, sustitución de servicios médicos prestados a nivel hospitalario, reorganización o cambio de flujo de pacientes para el nivel primario, colaboración o gestión conjunta de casos, cambios de comportamiento

³ Médica de familia de Valladolid, Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunidad de España

⁴ Missão para os Cuidados de Saúde Primários - Ministerio de Salud de Portugal

profesional para disminuir la necesidad de derivaciones. Como debilidades en España mencionó –entre otras– que la APS aún no constituye una función central real, la financiación es insuficiente, la organización es rígida y burocrática, la efectividad no es medida, la equidad se rompe en los extremos (población muy desfavorecida y muy favorecida), la satisfacción de los profesionales es baja, la proliferación de los sistemas de información y la politización de una gestión descentralizada. Como conclusión señaló la necesidad de mejorar la financiación del sistema sanitario con incremento del PIB; incrementar el número de médicos en APS en relación al total de médicos del Sistema Nacional de Salud para acercarse a los estándares de calidad fijados por Starfield (50%) o por la OMS (60%), para mejorar su capacidad; incrementar la resolutivez con mejora de acceso a pruebas complementarias; mejorar la formación y el desarrollo de planes de carrera profesional; potenciar la investigación en APS; prestigiar el primer nivel sanitario realizando marketing interno y externo; realizar cambios en la política y planificación de los recursos humanos; desarrollar la “cartera de servicios básicos comunes” (Decreto Real 1030/2006); e implantar procesos de gestión compartida entre la APS y los cuidados hospitalarios, profundizando las reformas pro-coordinación entre niveles y sectores. Coordinó el debate Ligia Giovanella⁵.

Martes 10 de Febrero – Experiencias en América Latina

Por la mañana Silvana Forti⁶ realizó la presentación del Documento Síntesis de los dossiers nacionales sobre “*Ventajas y desventajas del establecimiento de una puerta de entrada preferencial al sistema de salud*”. Destacó que la APS se orienta a la resolución de problemas de salud concretos en la comunidad, propone una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención con calidad y en forma continua e integral; se orienta a un abordaje de los problemas a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; constituye el primer contacto de los ciudadanos con el sistema de salud. Entre los atributos que justifican que sea la puerta de entrada al sistema se encuentran su carácter accesible, la continua atención a las personas a lo largo de la vida (longitudinalidad), el reconocimiento de las necesidades bio-psico-sociales (integral), interrelaciona la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social

⁵ Coordinadora técnica del intercambio, investigadora de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP/Fiocruz, Brasil)

⁶ Consultora que realizó el documento síntesis – Doctoranda Université Laval, Quebec, Canadá – EQUI-SANTÉ et Développement

(integrada); coordina las acciones y servicios necesarios para resolver necesidades que requieran atención especializada y está orientada a la comunidad con un enfoque familiar. Forti presentó también las diferentes concepciones del rol de filtro del médico general en APS para señalar como funciones de filtro: 1) función epidemiológica, 2) mejora la capacidad diagnóstica, 3) evita el uso innecesario de los especialistas y 4) coordina la atención de los pacientes crónicos. Finalizó su presentación destacando que el rol de filtro del médico generalista tiene impactos en: la salud y los costos contribuyendo a la disminución de las desigualdades; en el monopolio del primer contacto y en la producción de conocimiento, prestigiando la autonomía profesional y la satisfacción de los pacientes.

Por la tarde se realizó una dinámica grupal, coordinada por Silvana Forti, alrededor de las experiencias de cada país participante y en función de los dossiers nacionales. Con los 16 participantes, representantes de 10 países, conformaron tres grupos para discutir durante 45 minutos las siguientes consignas:

- a) Describir cómo se realiza el registro o adscripción de la población en APS
- b) Identificar tres dificultades para que el servicio de primer nivel se constituya en puerta de entrada preferencial
- c) Identificar tres estrategias para resolver las dificultades mencionadas anteriormente

Las conclusiones a las que se llegaron en relación a las consignas planteadas fueron las siguientes:

- a) En relación al **tipo de adscripción** :

| | |
|------------|--|
| Brasil | Familiar, obligatoria, manual, territorial, local. No hay libre elección |
| Chile | Obligatoria, familiar, libre elección: lugar de inscripción. Universal, electrónica (renueva cada año) |
| Costa Rica | Familiar, obligatoria, universal y electrónica. No hay libre elección |
| Ecuador | Voluntario, individual, manual y local Libre elección (Ministerio Salud) Individual, obligatorio, regional, electrónico (Seguro Social) |
| España | Obligatorio, universal, individual, electrónico. Libre elección regulada |
| Honduras | Obligatorio, manual, local, familiar (Seguro Social) - Libre elección (Ministerio Salud) |
| Panamá | Voluntario, individual, familiar (áreas de pobreza extrema) Universal, manual e iniciando electrónico. No hay libre elección |
| Paraguay | Familiar, territorial, obligatorio y manual |

| | |
|-----------|---|
| Perú | Obligatorio, local, electrónico (Seguro Social) - Registro sólo grupos vulnerables, local |
| Portugal | Voluntario, familiar, electrónico, universal, libre elección regulada |
| Uruguay | Voluntario, individual, universal, electrónico, local, libre elección |
| Venezuela | Libre elección (Barrio Adentro y Ministerio de Salud) - Obligatorio (Seguro social) |

b) Con respecto a la **identificación de dificultades** para que el servicio de primer nivel se constituya en puerta de entrada preferencial se mencionaron los siguientes aspectos:

- Baja resolutivead debido a baja calidad de los servicios de APS sumado a barreras organizacionales
- Ausencia de una Política de Estado que apoye a la APS
- Insuficiente financiamiento
- Enfoque biologicista combinado con ausencia de un enfoque cultural
- Ausencia de evaluaciones
- Organización hospitalo-céntrica
- En relación a los Recursos Humanos: a) Ausencia de políticas de incentivos, b) escasos programas de formación y desarrollo profesional continuo en APS y, c) escaso trabajo en equipo.
- En relación al sistema de referencia, se mencionó la ausencia de herramientas, protocolos, guías etc. para la referencia.

En algunos casos particulares se mencionaron problemas originados por la competencia con otros servicios que se presentan como puerta de entrada; barreras de acceso de diferente índole; deficiente gerencia municipal; deficiente rol del gestor de red y del director de servicios de salud; tercer nivel muy desarrollado; exceso de demanda; baja calidad; burocratización y existencia de otras redes que están afectando la continuidad de la APS.

c) En relación a las **estrategias** identificadas para ir resolviendo en forma progresiva las dificultades **para que la APS se convierta en puerta de entrada al sistema de salud** se mencionaron las siguientes:

- Promover acuerdos políticos para que la APS sea una política de Estado
- Incrementar el financiamiento para la APS

- Fortalecer la formación, educación y desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la APS
- Introducir la perspectiva intercultural y desarrollar capacidades para la interculturalidad en los servicios de salud
- Introducción de incentivos para fortalecer la APS
- Acceso eficaz a medicamentos y servicios intermedios
- Ampliar la cartera de servicios de APS
- Mayor equipamiento de APS
- Promover el registro único, la historia clínica informatizada y el uso de protocolos y herramientas de gestión

Bajo la coordinación de Ligia Giovanella se discutió la organización de visitas para conocer experiencias de coordinación en América Latina, programadas para abril/mayo de 2009. Los países propuestos por los participantes para realizar visitas fueron Brasil, Costa Rica y Chile. Sigue abajo el cronograma de las visitas por país:

Visita a Brasil: días 22, 23 y 24 de abril

Visita a Chile: días 5, 6 y 7 de mayo

Visita a Costa Rica: días 15, 16 y 17 de abril

Plazos

Para participar de las visitas los países deben indicar los nombres de los participantes y enviar las fichas de asistencia llenada hasta el día 9 de marzo.

Los países oferentes enviarán las agendas de las visitas hasta el 9 de marzo.

Contactos:

Gestión Técnica del Intercambio:

Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz, Brasil

Ligia Giovanella,

giovanel@ensp.fiocruz.br

Gestión Financiera del Intercambio

FCSAI

Francisco Remedios

francisco@fcsai.es

Oficina de Coordinación en Salud

Andrea Martinez-Borso

amartinez@eurosocialsalud.eu

Actividades APS PAT 2009

Para Finalizar el segundo día, Andrea Martinez Borso – técnica OCS EUROsocial Salud, presentó el Plan de Trabajo del PAT 2009, en la Línea Temática de APS, según las demandas enviadas por los países a finales de 2008.

Se acordó con los países los pasos a seguir a la hora de planificar las actividades propuestas: definición de fechas, definición de lugares, TDR, etc.

Las actividades previstas en el PAT 2009 en APS son las siguientes:

Línea de Intercambio: Común a las dos líneas de Intercambio

III.2-0.09-1.1 Funcionamiento de la RED de APS

Línea de Intercambio III.2-1.09: Calificación de los Recursos Humanos necesarios para la prestación de servicios en sistemas de salud organizados en torno a la APS

III.2-1.09-1.1 Asistencia Técnica para el diseño e implementación de una estrategia de formación de RRHH en salud en el marco de la APS como puerta de entrada

III.2-1.09-1.2 Realización de Pasantía en el ámbito de la gestión de la capacitación de los recursos humanos en servicios del primer nivel de atención en el marco de la descentralización

Línea de Intercambio III.2-2.09: El primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud: posibilidades y límites en América Latina

III.2-2.09-1.1 Apoyo a la realización de Talleres nacionales en el ámbito de la Promoción de la salud y la integración de los diferentes niveles de salud

III.2-2.09-1.2 Visitas para conocer estrategias de integración entre los diferentes niveles de atención en salud

III.2-2.09-1.3 Asistencia Técnica para la Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas que reorienten los servicios del primer nivel de atención en salud hacia la promoción en salud

Miércoles 11 de Febrero – Visita a los centros de salud de la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina

Se realizaron visitas a tres Centros de Salud, coordinadas por el Gerente de Área de Atención Primaria de Talavera de la Reina, Dr. Fernando Gragera.

La primera visita fue al Centro de Salud Rural Puente del Arzobispo situado en zona de población dispersa en la cual están registrados cerca de 1460 ciudadanos (tarjetas sanitarias). El centro de salud cuenta con cuatro consultorios separados instalados en los pequeños pueblos con visita diaria del médico de familia para facilitar el acceso de los ciudadanos. Luego se visitó el Centro de Salud de Oropesa que cuenta con una unidad de cuidados continuados (emergencia) y en la tarde un Centro de Salud urbano en el centro de la ciudad de Talavera de la Reina, sede de la gerencia de Área de APS. La visita al centro de salud urbano fue coordinada por el Dr. Carlos Méndez, director médico.

Durante las visitas se expuso la organización de la gerencia de APS en Talavera de la Reina, coberturas y servicios disponibles, y se conocieron las instalaciones de cada uno de los Centros de salud intercambiando con los profesionales en su trabajo y con los usuarios. Se presentó la tarjeta sanitaria, la forma de registro de los usuarios, el sistema de derivaciones y citas que permite al paciente referido, salir del centro de salud con su consulta especializada marcada; a su vez, el registro electrónico de pacientes posibilita la continuidad informacional. En la observación se destacó el buen acogimiento de los pacientes, la ausencia de colas, la facilidad de acceso, la elevada resolutivez (96%) del médico de familia, los buenos resultados en salud, la extensión de la cartera de servicios, la calidad de la infraestructura, las estrategias de comunicación en salud por medio de carteles etc. Llamaron la atención el elevado número de consultas realizadas por el médico de familia diariamente y la brevedad de las mismas cuya marcación, por paciente, es de 5 minutos en la agenda médica.

Jueves 12 de Febrero – Cierre del seminario

El último día se realizó una actividad de cierre y evaluación del Seminario por parte de los representantes de los países participantes. El seminario fue evaluado como excelente por su relevante contenido teórico y práctico y por la acertada conjugación de actividades que abarcó diferentes dinámicas con exposiciones de ponentes calificados, talleres de discusión y visitas a servicios de salud.

Fue destacada la distinta naturaleza de los intercambios realizados en condiciones de igualdad de forma comunitaria, comunicativa y dialógica entre países “ofertantes” y “demandantes” sin jerarquía, posibilitando confrontar distintas posiciones y discutir desde diferentes perspectivas con tolerancia y solidaridad.

La experiencia fue considerada fortalecedora de un compromiso de gobierno por la salud de todos y todas en la construcción del derecho universal a la salud, siendo destacado el compromiso y responsabilidad de cada participante para poner en marcha la construcción de sistemas de salud orientados por la APS y realizar en la práctica, la construcción de redes integradas ordenadas por la atención primaria.

Reconociendo el largo camino a recorrer, los avances alcanzados en la organización del sistema público de salud español fueron considerados como argumentos para avanzar en la construcción de la APS en cada país. La difusión de experiencias de otros países amplía el abanico de opciones en el debate de las reformas, permite conocer aciertos y errores y orientar la toma de decisión política.

Además de conocer las experiencias europeas, las oportunidades proporcionadas por EUROsociAL de establecer intercambios Sur-Sur fueron consideradas de extrema importancia. Han posibilitado el conocimiento de las experiencias de los países vecinos y la construcción de lazos y de identidad latinoamericana.

La calidez, el espacio de comunicación humana, el calor que permanece en el corazón, fueron otros puntos colocados en relieve.

Lista de los participantes del Seminario

| Nombre | Cargo | Institución |
|------------------------------|--|--|
| Alejandro Mazacotte | Instituto de Previdencia Social | Paraguay |
| Andrea Quiero | Encargada Unidad Diseño y Gestión APS | Ministerio Salud - Chile |
| Andrés Szwako | Coordinación de la Residencia de Medicina Familiar | IPS, Paraguay |
| Anibal Suarez | Secretaría y dirección técnica | Ministerio Salud - Uruguay |
| Carla Paredes | Directora UPEG | Secretaría Salud - Honduras |
| Caroline Niles | Jefa Depto Desarrollo de Modelo de Gestión de la Provisión de servicios | Ministerio de Salud - Panamá |
| Claunara Schilling | Directora APS | Ministerio Salud Brasil |
| Eduardo Cambroner | Dirección red de servicios de salud | Caja Costarricense de Seguro Social - Costa Rica |
| Francisco Crespo | Asesor subsecretaría general de salud | Ministerio Salud Pública Ecuador |
| Janethe Aguilar | Técnica UPEG | Secretaría Salud - Honduras |
| José Félix Siso Angulo | Médico Salud Pública Jefe II | Ministerio del Poder Popular para la Salud, Venezuela |
| José María Valderas Martínez | Clinical Lecturer | University of Manchester |
| Ligia Giovanella | Responsable Intercambio APS/Eurosocial Salud | ENSP/Fiocruz - Brasil |
| Lizardo Alfonso | Dirección Desarrollo de Capacidades | Ministerio Salud - Perú |
| Luis Pisco | Coordinador Cuidados Primarios | Ministerio Salud - Portugal |
| Rosana García | Directora General de Salud | Ministerio Salud - Costa Rica |
| Sandra Moresino | Coordinadora Saludasir | Ministerio de Salud - Uruguay |
| Silvana Forti | Investigadora – Doctoranda en Salud Pública | Équi-santé et développement Canadá |
| Sonia Matos | Técnica gerencia SUSA | Belo Horizonte Brasil |
| Stella Velázquez | Directora APS XVIII región sanitaria | Ministerio Salud Pública -Paraguay |
| Verónica Casado Vicente | Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria | Ministerio de Sanidad y Consumo |
| Wijnand G.W. Boerma | Health services research Holanda | Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) |
| Yadira Carrera | Jefa Niñez y adolescencia | Ministerio Salud - Panamá |