

Formación de profesionales de la salud y falta de perspectiva sanitaria

Training of health professionals and lack of health perspective

Marcos Vergara Iturriaga¹

RESUMEN

Tras una breve descripción del sistema de salud chileno, muchas veces realizada por distintos autores y por cierto en las aulas y después de traer a la memoria intentos de transformación que fueron resistidos por las fuerzas que explican el verdadero desarrollo del sector producto de los intereses de la industria, el documento apunta al pecado original que reside en la aulas de la formación de pregrado, donde el currículum determinante, que no es el explícito, apunta al acompañamiento de los intereses de la industria y no de los intereses muchas veces declarados de potenciar la atención primaria. Se concluye, entonces, que hay una falta de perspectiva sanitaria en el acontecer del sector.

Palabras clave: Formación Médica, Currículum, Mercado de la salud.

ABSTRACT

Following a brief overview of the Chilean healthcare system, often provided by various authors and certainly within the classrooms, and after recalling past attempts at reform, thwarted by the very forces that account for the sector's true development, driven as it is by industry interests, the document exposes the original sin residing in the halls of medical undergraduate education, where the hidden curriculum, not the explicit one, holds sway, fostering allegiance to industry interests rather than the oft-proclaimed goal of strengthening primary care. The conclusion, then, is that a public health perspective is absent from the sector's current landscape.

Keywords: Medical Training, Curriculum, Health Market.

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

En el sector privado de salud en Chile, de dimensiones no despreciables (Clínicas de Chile, 2018), el acceso a los especialistas es directo. Tal es el “modelo de atención” en ese sector. No existe en él la figura del médico general o de cabecera (APS) y los seguros privados de salud no han desarrollado planes cerrados que impliquen la idea de población a cargo. Es que no hay población a cargo. Sus adscritos o beneficiarios demandan, por lo general, con total libertad en el mercado. El desarrollo por el lado del aseguramiento ha estado acompañado por seguros de indemnidad o semi-indemnidad (bonos sólo cuando hay precios convenidos con el prestador y cuando no los hay, pago directo y reembolsos) tanto en las ISAPRE, que son principalmente seguros previsionales cuanto como en los seguros complementarios, que son seguros de salud privados puros, no previsionales. En consecuencia, en el sector privado de la salud al especialista se accede muy directamente y siempre hay oferta suficiente (a menos que se esté detrás de un especialista con nombre y apellido que esté a tablero vuelto). Lo más cercano al médico de cabecera en este “modelo de atención” es el familiar que es doctor o algún amigo cercano que lo sea y que pueda aconsejarle para

¹ PhD. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Correspondencia a: mvbergara@med.uchile.cl

tomar alguna decisión, pero tal doctor será, con seguridad, también un especialista.

En el sector público el modelo privado filtra (percola, en el lenguaje de los viejos de Codelco) a través de la modalidad de libre elección de FONASA (MLE), incluyendo los pagos asociados a diagnóstico (PADs) y hoy se explora una cobertura complementaria con seguros privados puros, que sería de cargo del beneficiario; pero el componente más importante en este sector es la modalidad de atención institucional (MAI), que es cerrada, territorial, con población a cargo inscrita en los centros de atención primaria (APS), hoy en perspectiva universal, cuya atención fluye por la red pública de prestación de servicios a través de rutas y mecanismos de derivación pre-establecidos. Aquí el supuesto es que se ha configurado una red a la cual la población adscrita o beneficiaria pertenece vía inscripción (podría vivir en cualquier parte, pero se inscribe en algún centro de APS, para lo cual ha de inventar un domicilio si se espera que sea de la misma comuna) y que, desde su punto de inscripción, es derivada siguiendo, en teoría, una lógica anticipativa a la aparición de los daños y la continuidad de sus cuidados (Leavell y Clark, 1965) portando una interconsulta dirigida a los centros de atención ambulatoria de especialidades, por lo general adosados a un hospital de referencia en la misma red asistencial correspondiente al territorio. Y luego, cuando sea el caso, desde allí concurrirán a un procedimiento o al pabellón. Así se configuran finalmente los cuellos de botella de este “modelo de atención” (MAI), porque es en la consulta de especialidad y en las cirugías que no son garantías explícitas (GES) donde se estanca la continuidad de cuidados y se generan tiempos de espera prolongados que son el principal foco de insatisfacción de los inscritos en el sistema. Aquí se genera una percepción de escasez, que en el sector privado no existe.

Es decir, el sector de la salud en Chile no solo tiene dos modelos de seguros con el financiamiento previsional, esto es ISAPRE y FONASA, que ha sido el tema en boga en las discusiones de los últimos 30 años en el sector, por ser el paradigma de la inequidad social en términos de disponibilidad de recursos para salud de la población, sino que también tiene dos modelos de provisión de servicios, por cierto vinculados a los modelos de seguro, pero que hacen diferencias en la forma en que la población chilena se atiende para resolver sus problemas de salud: un modelo, el privado, con acceso directo a los especialistas y otro modelo, el público, que funciona en una

red cerrada con oferta racionada y tiempos de espera para el acceso a especialistas y a cirugías y procedimientos NO GES. Esto es crítico, porque genera experiencias de atención distintas en la población según el sistema al que las personas estén adscritas. Dos tipos de medicina, por decirlo de otro modo. Pero un elemento central del asunto es que la perspectiva “sanitaria” no se expresa con nitidez en ninguno de los dos modelos, ni en el privado, donde ni siquiera se declara, ni en el público, donde se declara tal perspectiva, pero en la práctica no se verifica.

Entonces, si acaso el hilo conductor de nuestra reflexión es cómo universalizar los derechos en la salud, nos preguntamos cuál sería el camino lógico y aceptable para la población chilena: el del acceso directo a las especialidades, vigente en el sector privado o el de la red cerrada, representado por la modalidad de atención institucional (MAI) vigente para los beneficiarios del sector público. ¿Hacia dónde moveríamos el eje del asunto?, ¿hacia lo primero o hacia lo segundo? ¿Qué derechos expandir? Algo más sabemos sobre la materia, veamos a continuación.

Al respecto, un ex Ministro de Salud del gobierno pasado manifestó preocupación por los excesos de consumo sanitario a los que conducía el modelo privado de libre acceso a la especialidad, idea que los salubristas compartimos con el ex Ministro, a pesar de la comprensible indignación que tales declaraciones generaron a la Asociación de Clínicas y, paradójicamente, también a la Asociación de ISAPRES, que agrupa a una buena parte de quienes pagan las cuentas. Este es el dilema básico de la economía de la salud, la oferta que induce la demanda, en condiciones de asimetría de información, problema que se resolvería en buena medida en el modelo público MAI, si fuese posible conseguir una buena anticipación a la aparición de los daños y eliminar o reducir significativamente las listas de espera.

A los promotores de la solución pública nos interesa perseverar en el modelo MAI, fortaleciendo a la APS como puerta de acceso y tomando población “a cargo” para dirigir y garantizar la continuidad de cuidados, pero el fenómeno de la espera se transforma en nuestro grave problema (nuestro “dolor de cabeza”) y al respecto cabe preguntarnos al menos dos cosas: i) el modelo de atención basado en APS, con “médico de cabecera”, que orienta el consumo sanitario y ahorra en el uso de especialistas ¿es algo que hayamos logrado verdaderamente estimular y consolidar? o somos de alguna manera permeables a los embates

del sector privado que facilita la proliferación de las especialidades y ojalá el acceso directo y la libre elección (ISAPRE para todos, decía Buchi en su campaña presidencial de fines de los ochenta). Y, ii) ¿se estarán utilizando bien las horas de especialistas disponibles en los consultorios de especialidades? Tenemos evidencia de que esto no necesariamente es así (Dirección de Presupuestos y Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2020). El “poli” no es un sitio donde los especialistas deseen estar, lo viven como una mala noticia, algunos más que otros, por cierto, salvo que les resulte posible transformar un box en su oficina, para vivir ahí (echarle llave y colgar en la percha su delantal). Es precisamente en la APS donde se “vive la experiencia” de la falta de especialistas, por cuya concurrencia los pacientes y sus médicos de cabecera esperan muchas veces durante largo tiempo, cuando las interconsultas han pasado la barrera del dispositivo hostil que puede calificarlas de “impertinentes” -que puede ser posible- lo que a veces también toma tiempo que ocurra. Pero, dado lo expuesto sobre la materia anteriormente, nos cabe también otra pregunta ¿Es que faltan especialistas en Chile?

Aquellas, las realizadas en el párrafo anterior, son dos preguntas esenciales que debemos ser capaces de resolver porque cuando desde las Facultades de Medicina declaramos interés en el modelo de atención centrado en la APS y apuntamos al modelo MAI, mientras nos dedicamos con mucho entusiasmo a la formación de especialistas (para lo cual estamos sedientos de campos clínicos) ¿no somos, acaso, contradictorios? A qué respondemos, en definitiva, ¿a una concepción de modelo de atención con base Bio-Psico-Social o al mercado?

MOMENTOS DE REFORMAS DEL MODELO DE ATENCIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO (MAI): AUGE Y CAÍDA

Haciendo historia, la MAI no ha estado libre de mirarse a sí misma y de repensarse, para perfeccionar el funcionamiento del modelo público territorial cerrado: la propuesta de “cambio del modelo de atención” hecha por el proyecto MINSAL/Banco Mundial (1991) previo al desarrollo de los proyectos de inversión, precisamente en la idea de corregir los problemas estructurales del modelo de atención vigente a esa fecha, con la concurrencia de destacados salubristas (Ernesto Medina y Carlos Montoya, entre otros que le pusieron su

firma), basada en la idea de ambulatorizar (quizás expresado el asunto de manera un tanto tecnocrática y anticuada, expresiones de las que no eran ajenos nuestros grandes próceres sanitarios). Tal propuesta suponía la creación de centros de referencia de salud, CRSs; una manera distinta pero más económica de aumentar la capacidad resolutoria de APS concentrando recursos, en este caso las especialidades básicas -medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecología- más salud mental y luego un dato de la realidad que conduciría a la incorporación de la oftalmología, por razones de salud pública y también las especialidades de la salud oral. Más que un escalón en el proceso de la continuidad de cuidados, el CRS resultaba ser un modo económico para evitar todavía la interconsulta a la especialidad. Estas ideas no prosperaron demasiado. Hay un par de ejemplos que se desarrollaron y cabría evaluar sus resultados, pero desde la perspectiva que le dio origen, lo que seriamente no se ha hecho. Pero no hubo más que eso, quizás porque los CRS se situaban en una interfaz de dependencia que no tenía un claro dueño, alguien que promocionara su desarrollo ¿Habría de ser la propia APS? ¿El Servicio de Salud?. De aquí podríamos desprender una reflexión acerca de un pendiente, que es la dependencia de APS de los Municipios ¿Será que ha llegado el tiempo de reconsiderarla, en beneficio del mejor funcionamiento de la red?. Francesc Moreu (2019) nos propone: sí a la participación de los Municipios en la gobernanza (directorios, consejos), pero ya no más en la gestión, por la carga de clientelismo que tales entidades contienen. Esto permitiría, por lo demás, conectar mejor la red asistencial, funcional y físicamente. Me recuerda las razones que esgrimían las Divisiones Mineras de Codelco para perseverar en la gestión de sus establecimientos de salud, a pesar de las incompetencias evidentes de los ingenieros de minas sobre la materia. La salud era una “moneda de cambio”, por eso nunca estuvieron disponibles para ponerla a disposición de los gestores expertos (Montt, 2019; Vergara, 2002; Vergara y Tarride, 2009). Habría sido como quitarles la salud a los alcaldes.

El otro componente fue el de los centros de diagnóstico y tratamiento, CDTs, donde la especialidad radica, los que están por lo general adosados a los grandes hospitales -nivel 1 y 2- pues sustituirían a los tradicionales consultorios de especialidades y eran concebidos con administración autónoma del hospital, concentrando en ellos la tecnología diagnóstica (imágenes, exámenes, procedimientos). La idea era potenciar la capacidad

resolutiva ambulatoria evitando la captura de la misma por parte de la atención cerrada, donde estaban las camas. Se trataba de empoderar la atención ambulatoria frente a los intereses de los tradicionales Servicios Clínicos, dueños de las camas y de los contratos de los especialistas. Y, ojo con esto, dueños también de los campos clínicos y de la formación, ergo con algún centro universitario de prestigio en la trastienda, ya veremos. Lo que ocurrió con el tiempo es que la idea no fue sostenible porque los hospitales recuperaron para su control los CDTs -el río volvió a su cauce-, con lo que las especialidades se siguen gobernando desde los Servicios Clínicos tradicionales, es decir desde las camas: el famoso modelo “hospitalocéntrico” del que algunos hablan, que se despliega muy naturalmente en nuestro sistema público, gracias a los incentivos existentes y a la fragilidad de las fuerzas que podrían contrarrestar este fenómeno.

A propósito del párrafo anterior, cabe la pregunta que permita explicarnos la razón de ser de tal modelo “hospitalocéntrico” y hay una dimensión que es central y que es expresión del interés de nuestros especialistas. El hospital público, por cierto, al servicio de la población menos afortunada cuya salud ha de ser restaurada, no hay duda de aquello, es visto por nuestros médicos principalmente como un espacio formativo, un campo clínico, del cual habrá que escapar una vez pagada la deuda en tiempo con el Estado cuando hubo beca de por medio, si es que no antes en dinero en efectivo según el pagaré que ha de existir, beca administrada por una Facultad de Medicina y certificada la especialidad por la misma. No es que siempre se vayan definitivamente una vez que se han “especializado”, pero reducen las jornadas cuando asignan algún valor a poder seguir aprendiendo de la enorme variedad de casos que seguirán conociendo en los hospitales públicos. Esto es variable entre especialidades, pero la pirámide del porcentaje de horas contratadas en promedio se espiga con la antigüedad, fenómeno de muy larga data que persiste en el tiempo (Ministerio de Salud de Chile, 1995). Poco que hablar de lo que significa, a consecuencia de lo mismo, administrar decenas de contratos de 11 horas en los hospitales, en todo orden de cosas: horarios, asistencia, producción de servicios, etc.

El Nirvana del especialista está en el sector privado. Ese es el sitio donde habrá de ejercer finalmente, allí no hay límite, son pocos en Chile por 100.000 habitantes, según especialistas españoles que nos conocen, así es que la demanda a distribuir

es grande. Los españoles tienen 2,5 veces más especialistas por habitante y en ejercicio preferentemente público. Esto sienta una diferencia notable. En el caso de Chile en un lado te formas y en el otro generas finalmente tus condiciones de bienestar socio-económico. Tal cosa es relevante, pues determina fuertemente la persistencia en el tiempo de ambos modelos. Nadie quiere que la cosa sea muy distinta. Los reformadores del modelo MAI, como los del proyecto Minsal/Banco Mundial y los gestores que se preocuparían del buen uso de las horas de especialistas en los CDTs de los hospitales, cuyos problemas hemos insinuado, son vistos con recelo, pues se dedican a asuntos que no tienen sentido para quienes viven allí en su “zona de confort”.

Entrándole al terreno de las hipótesis, el sistema de salud chileno, fuertemente “medicalizado”, fuertemente “hospitalocéntrico” como se suele calificar y fuertemente “urgencializado”, además -y de esto no hemos hablado, pero es un gran tema que deriva de las fallas de la asistencia electiva, las esperas para las interconsultas de especialidades que ya hemos mencionado- en efecto el sistema como un todo parecería carecer de perspectiva sanitaria o de salud pública, un genuino interés por anticiparse a la aparición de los daños, lo que explica su desborde en el modelo privado donde el mercado estimula el sobre-consumo de servicios de salud y en el modelo público donde se expresan los problemas de continuidad de cuidados, quiebres y esperas en un ambiente cerrado con población a cargo, de la que al final no nos hacemos cargo.

El interés de las Facultades de Medicina por los campos clínicos en los hospitales públicos que se desprende del sistema de becas ministeriales para la formación de especialistas en Chile parece reflejar el epicentro más obvio del problema. Pero el problema de la formación se ha desencadenado antes, ya en el pregrado, pues es desde allí donde se orienta a los alumnos de medicina a su especialización.

No se trata de limitar la legítima necesidad de formar especialistas para Chile, que recae sobre las Facultades de Medicina a partir del sistema de becas ministeriales, sino de la incorporación de una “perspectiva sanitaria” que permita al sistema de salud obrar en el mejor beneficio de la salud de la población. Buscamos la instalación de una racionalidad que va tras la idea de ganancia de salud en la población, la que por cierto no depende solo del quehacer del sector y del buen funcionamiento del sistema. En

parte sí, pero hay, como se sabe, determinantes sociales de la mayor importancia tras esos resultados (Frenz, 2012).

PREGRADO Y SALUD PÚBLICA: EL PECADO ORIGINAL

Al respecto, la huella de la Salud Pública en el pregrado de las profesiones de la salud, en especial en la carrera de medicina, es muy endeble y difícil de instalar (Cooke, et al., 2006). En el cambio curricular de la Universidad de Brown (2008), la competencia más cercana a los intereses de la salud pública como disciplina, no surgió como mención espontánea de los especialistas en cuanto a competencias de los médicos exitosos –asunto perfectamente comprensible– si no del haber agregado, apelando al juicio experto, la idea de “contexto social y comunitario de los servicios de salud”. Es decir, la mentada perspectiva Bio-Psico-Social del quehacer sectorial no surgió espontáneamente, sino que debió ser instalada. En efecto, en las carreras de la salud el currículo se orienta definitivamente al desarrollo de competencias clínicas, mientras un puñado de asignaturas salen al rescate de profesionales de la salud para sumarlos al contingente sanitarista. Con ello, a lo más ocurre que se despierta el interés de algunos por la temática, todavía lejos de la posibilidad de construir competencias universales en los egresados sobre la materia. Y este déficit es el que trasciende al sistema de salud, público y privado, que resulta ser básicamente asistencialista.

En lo que dice relación con el componente de organización y gestión de la respuesta apropiada a la problemática de salud de la población, por ejemplo, a falta de regulación (tal cosa es una auténtica “falla del estado”) será el mercado el que determine principalmente dicha respuesta. Esto es, el interés de la industria farmacéutica, la introducción de tecnologías diagnósticas y terapéuticas, el avance de la medicina hacia la super-especialización, el desarrollo de los seguros privados, la propia formación médica, etc. Así se configura precozmente la escena de la antes citada “zona de confort” de nuestros médicos en el camino a la especialización. Todo converge. Pero habida cuenta de lo anterior, se hace preciso introducir alguna racionalidad sanitaria en el asunto para asegurar una contribución eficaz del quehacer del sistema de salud, el sector económico/social que nos toca gobernar, a la ganancia de años de vida saludables.

Existe, entonces, en las carreras de la salud, algo que denominaremos “el currículum determinante”

(Silva, s/f), determinado a su vez por un perfil de egreso bastante obvio. Formamos el contingente que preferentemente ha de atender la enfermedad, no necesariamente prevenirla; el contingente curativo que no necesariamente se desarrolla para anticiparse a la aparición de los daños, siguiendo a Leavell y Clark, antes citados. En un contexto de obviada, no se esperaría otra cosa de una Escuela de Medicina o de Enfermería. Para allá se orientan también las becas de especialización de post-grado que el Estado de Chile proporciona a nuestros médicos y que introducen un atractivo flujo de dinero a las habitualmente desfinanciadas Facultades de Medicina. Pero en ocasiones, el “currículum determinante” puede aparecer hasta paradigmáticamente contradictorio con las premisas que mueven a la Salud Pública como disciplina. En efecto, la Salud Pública pone su acento en cómo mantener sana a la población y evitar la enfermedad y sus complicaciones, abordando sus factores de riesgo mientras la clínica se orienta principalmente a la atención de la enfermedad y, tal como hemos visto, tal atención no siempre se desprende de un diagnóstico precoz ni suele ser oportuna.

Si bien las asignaturas de salud pública que se imparten en las carreras de la salud se originan en un perfil de egreso de salubrista, éste no tiene peso relativo en la carrera como para arrastrar “agua a su molino”. En el pregrado se forma, de manera principal, el contingente de curanderos de occidente, vistos no peyorativamente, sino como herederos de la figura y principalmente del rol del “brujo de la tribu”.

Sería posible, por lo pronto, descansar en dos elementos de transitoria tranquilidad, pero a corroborar: i) la Salud Pública, finalmente, sería una disciplina que abre juego no sólo a profesionales de la salud, sino también a economistas, administradores, ingenieros, sociólogos, abogados, etc. El perfil profesional que la puebla es transdisciplinario. Y, ii) la Salud Pública es, en realidad, una especialización cuyo foco formativo está radicado preferentemente en el post-grado. Visto así, no existiría una verdadera raíz de la salud pública en las profesiones de la salud y los tiempos para el desarrollo de competencias estarían fuertemente acotados a la extensión de programas de magíster o doctorado, que cursarán quienes hayan desarrollado un interés por esas materias por razones accidentales.

¿Sería entonces preferible olvidarse del pregrado de las carreras de la salud para los efectos de desarrollar competencias para observar, comprender y abordar los problemas de salud colectiva y

anticiparse a la aparición de los daños?

La respuesta es no, porque impacta fuertemente en los modelos de atención que antes se discutieron, en la dicotomía público-privada de servicios. A la base cabe agregar la expectativa que siempre existe de generar un médico de familia o de atención primaria, cercano a la comunidad más que al paciente, que da sentido al juicio experto en la Universidad de Brown, que incorpora la perspectiva Bio-Psico-Social antes citada y que permitiría cerrar la brecha paradigmática que hemos descrito antes, entre prevenir y curar. Pero sabemos que lo señalado no se materializa en la práctica, pues los médicos suelen pasar a la APS a recoger los puntajes para especializarse y proliferan programas de post-título y post-grado de dudosa eficacia para recuperarlos formativamente en la dirección esperada. Esos programas en la práctica intentan corregir la fuerte orientación clínica del pregrado, al igual que lo hacen en el post-grado los programas especiales de Salud Pública. Y mientras tanto, el sector privado espera la llegada de los especialistas que finalmente se desempeñarán en esos mercados.

Lo anterior pone en manos de la formación de pregrado, es decir en manos de las casas de estudio superiores que imparten las carreras de Medicina y otras de la salud, una obligación perentoria de transformación de las mallas curriculares que no es más que el cierre de la brecha de inconsistencia entre el discurso sanitario y la práctica que lo excluye. Es evidente que una cosa de esta especie no podemos pedírsela al mercado, que es expresión de lo que hemos instalado a través de los años, estructurado, insensible, orientado a la generación de riqueza económica con la excusa de la salud. Sin cuestionar el legítimo afán de lucro y sin poner en duda el correcto ejercicio de la Medicina bajo el fuego cruzado de los incentivos, a pesar del mismo, cabe en el origen, en la formación de pregrado, introducir con más claridad el mensaje de la salud pública, no como un molino que no arrastra las aguas, sino como una forma de ser en el desempeño del sector. Pues bien, una cosa como esa ¿sería posible?

REFERENCIAS

- Brown University (2008). The Curriculum at Forty. A Plan to Strengthening the College Experience at Brown. Task Force on Undergraduate Education, Final Report. Office of the Dean of the College, Providence, Rhode Island.

- Clínicas de Chile AG. (2018). Memorias de Gestión 2013-2018.
- Cooke, M.; Irby, D.; Sullivan, W. & Ludmerer, K. (2006). American Medical Education. 100 Years after the Flexner Report. *New England Journal of Medicine*, 355(13):1339-1344.
- Dirección de Presupuestos (Ministerio de Hacienda)/Subsecretaría de Redes Asistenciales (Ministerio de Salud 2020). Comité Interministerial de Hospitales Autogestionados. 52 reportes de hospitales 2019 y 6 reportes 2020.
- Frenz P. (2012). Desafíos en salud pública de la Reforma. Equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2012;9(2):103-10.
- Leavell, HR., Clark, F. (1965). *Preventive Medicine for the Doctors in his Community*, New York; London: Blakiston Division, McGraw-Hill, 684 p.
- Dirección de Presupuestos (Ministerio de Hacienda)/Subsecretaría de Redes Asistenciales (Ministerio de Salud 2020). Comité Interministerial de Hospitales Autogestionados. 52 reportes de hospitales 2019 y 6 reportes 2020.
- Ministerio de Salud de Chile (1995). Políticas de Recursos Humanos, Ministerio de Salud. División de Planificación, Departamento de Recursos Humanos.
- Ministerio de Salud de Chile, Banco Mundial (1991). Health Sector Project Reform (H.S.R.P): Cambio del Modelo de Atención.
- Montt Momberg, J., Oyarzo, C., Vergara, M., Gómez, P., Montt Vidal, J. (1994). Proyecto para la Fundación de Salud El Teniente, Codelco. Chile.
- Moreu, F. (2019). Un nuevo modelo de salud para una nueva sociedad. Barcelona School of Management, España.
- Silva, M. (s/f) Conceptos y Orientaciones del Currículum. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Ensayo. 2007?
- Vergara, M. (2002). Programa de Desarrollo Ejecutivo Codelco Chile: Proyecto Isapre Corporativa.
- Vergara, M., Tarride, M. (2009). Estudio Reconversión Productiva División Salvador de Codelco Chile: Componente Salud. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile.