

Especialistas formados en APS, hacia un balance del programa FOREAPS

Specialists trained in Primary Health Care. Towards a balance-sheet of the FOREAPS Program

Roberto Estay¹

RESUMEN

En la década del 2000 se instauró una nueva forma de preparar especialistas médicos. Esta tenía por novedad alternar la formación universitaria tradicional en Hospitales, con estadías Centros de Salud Familiar de la Atención Primaria de Salud, buscando mejorar la formación, resolutivez en los centros de APS e integración de la red de salud. Luego de varias generaciones, por problemas de corte legal, la iniciativa suspendió el ingreso a nuevas generaciones. Ad portas de un posible nuevo lanzamiento del programa, es relevante destacar aportes, como mejorar la interacción en la red pública, difusión de buenas prácticas, rescate de la tradición de la Medicina Integral; así como errores a superar: conflictos de tipo legal en la regulación del programa, falta de sistematización y publicación de iniciativas en la Atención Primaria de Salud (APS), mayor integración con comunidades y equipos de salud, y proyección real para el trabajo futuro de los especialistas en la APS.

Palabras clave: Atención Primaria, Medicina, Sistemas de Salud, Chile, Formación Médica, Hospital.

INTRODUCCIÓN

El año, 2008, se inició en Chile un nuevo programa de formación de especialistas médicos, de nombre “Formación de especialistas en la atención primaria de salud”, más conocido por su sigla FOREAPS(1). Entre sus impulsores destacan los médicos salubristas y profesores de la Universidad de Chile Carlos Montoya y Manuel Ipinza, junto al además profesor de pediatría Nelson Vargas. El principal distintivo de este programa era que los médicos pasaban tiempos equivalentes alternados de su formación, entre el Hospital y consultorios de atención primaria. De esta forma se enriquecía su propia formación, al contemplar los problemas de salud en todo su proceso desde la pesquisa a la derivación, además de la conexión de la red pública. Esto en un contexto donde la necesidad de formar especialistas ya se encontraba demostrada (2) y tanto las autoridades como la academia buscaban ampliar las estrategias para reducir la brecha.

En el Hospital, los médicos en formación en las diferentes especialidades, como Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Psiquiatría, Psiquiatría Infantil, Medicina Familiar, se adscribían a las mallas universitarias regulares de las mismas, con idéntica exigencia académica a los programas tradicionales. En los consultorios, progresivamente iban tomando responsabilidades relacionadas a su ámbito, integrándose al trabajo en programas u otras iniciativas locales, además de contar con tiempo para desarrollar proyectos, formarse en salud pública e interactuar con la comunidad, entre otras acciones de gran variabilidad dada por los distintos centros formadores (Universidades) (3).

ANTECEDENTES DEL FOREAPS

a. La cátedra de medicina preventiva de Benjamín Viel Vicuña:

La idea no era nueva. Por una parte, desde la academia se discutía la necesidad de cambios en la formación

¹ Médico Cirujano. Especialista en Medicina Interna. Universidad de Chile.

médica frente a desafíos sanitarios que se vivían desde los 90 (4) y por otra, los impulsores de esta apuesta habían vivido en carne propia experiencias similares de compatibilizar el trabajo de Hospital y Centros de Atención Primaria, al alero de la cátedra de salubridad del brillante profesor Benjamín Viel Vicuña (5,6). Territorio, familia, condicionantes sociales, equipo multidisciplinario de salud, trabajo conjunto a la comunidad, son solo algunas de las categorías y conceptos que se repiten en los reportes que nos comunican la experiencia, donde la creatividad de los equipos de salud y el compromiso por las necesidades de un pueblo materialmente carenciado, parieron historias de salud que dialogan con lo mejor de la tradición de la Salud Pública Chilena y Medicina Social Latinoamericana (7). La práctica de hacer que los médicos especialistas de Hospitales, acudieran también a los consultorios a atender y apoyar en instancias de formación y revisión de casos a los colegas de la APS, fueron habituales en muchos Hospitales del país durante el siglo XX. Aún hoy, en el campo de la Psiquiatría, las consultorías entre Hospitales, COSAM y APS logran un verdadero trabajo en red (8), más allá de la muchas veces burocrática interacción que generan los mecanismos regulares de referencia y contrarreferencia.

b. La Medicina Integral del SNS

El marco teórico del nuevo programa, también es conocido. La “Medicina Integral”, que se pretendía implantar en el Sistema Nacional de Salud de 1952, modelo que apostaba por la más amplia interacción entre salud y sociedad en el quehacer asistencial. En un artículo de Carlos Montoya se expone parte de esta idea: “la Dirección del Servicio Nacional de Salud decía: *“Sanidad y asistencia son inseparables”... “La Medicina es una y se realiza mediante la integración de sus funciones de reparación, prevención y fomento de la salud. Su objeto no es ya el paciente fragmentado por la especialización; es el hombre en su integridad biofísica y social; es la persona.... es el ser social.... en recíproca acción y reacción con su medio. El SNS constituye la expresión objetiva de esas tendencias. La integración es su sello distintivo....” “La complejidad de los factores que condicionan el estado de salud obliga al trabajo en colaboración de diversos grupos de profesionales con distinta formación....” “La estructura local del SNS está destinada a realizar a través de los Centros de Salud una política integral hacia el fomento, la protección y la reparación de la salud”* (5). Es a partir de esta visión, que cobra sentido en pleno siglo XXI formar especialistas que no están

solo en el hospital, sino también en la primera trinchera de la atención salud, en los territorios donde moran las personas que deben atender y donde interactúan directamente los complejos procesos que terminan inclinando la balanza de la diada salud/enfermedad.

c. Cambios en la epidemiología social: desde la ruralidad hacia la periferia de las grandes ciudades:

Parece relevante destacar, que el trabajo en APS de los nuevos especialistas que se formaban, se concentra principalmente en grandes zonas urbanas donde residen personas de estratos socioeconómicos bajos y medios. Si hacemos un seguimiento histórico, el SNS logra a través de su red de postas rurales, consultorios y hospitales, y de sus recursos humanos, como los Médicos Generales de Zona (9), entregar cobertura de salud progresiva, con énfasis en la población rural alejada de los grandes centros urbanos. El escenario social en que se planteaba el FOREAPS era totalmente distinto: la migración campo ciudad, acompañada por una sostenida desigualdad de clase, cultura y circunstancias favorecedoras de la explotación hacia la mujer, frente a la incapacidad de nuestro sistema educacional (y de la asistencia social en general) de entregar herramientas para lograr mejorar estas condiciones, sumado a muchos otros factores y procesos agregados, confluyen en concentrar en estos territorios urbanos alejados del centro de la ciudad, gran parte de las enfermedades y condiciones que las generan y perpetúan. En este sentido es atinente mencionar la reciente publicación donde la Dra. Stringhini y sus colaboradores(10) vuelven a demostrar que las variables socioeconómicas son un determinante relevante de los resultados en salud, dando pie a una crítica a la Organización Mundial de la Salud que no las consideró en uno de sus planes más ambiciosos de intervenciones para disminuir la carga de Enfermedades crónicas no transmisibles (11).

De esta forma, podemos acercarnos a comprender los motivos por los cuales el programa FOREAPS es mucho más que una forma de reorganizar la formación de especialistas: este intenta responder, contribuyendo con creatividad a los desafíos sanitarios del país, recogiendo experiencias de campo y considerando un acabado análisis social y epidemiológico. Así como el SNS puso su foco en la ruralidad, el programa FOREAPS concentró su acción en la periferia de los grandes centros urbanos.

¿QUÉ PASÓ CON EL FOREAPS? CENIT Y DECLIVE DE LA INICIATIVA

En términos generales, al menos la primera fase, el programa fue un éxito. Cientos de médicos y médicas, que optaron por esta opción nos formamos (y se forman actualmente) alternando el trabajo entre Hospital y Consultorios. Progresivamente más Universidades de distintas regiones fueron incorporando esta forma de preparar especialistas, los concursos fueron aumentando en competitividad y las resistencias iniciales a que períodos de estadía en APS amenazaban la correcta incorporación de conocimientos y destrezas, fueron bajando. Muchos de estos colegas tomaron responsabilidades en la gestión de los CESFAM y protagonizando iniciativas del más variado tipo. Encargados de las derivaciones, jefes de programas, coordinadores de policlínicos de especialidad, diseñadores de nuevas iniciativas de control de patologías, jornadas de educación fuera de los centros de salud (establecimientos educacionales, juntas de vecinos, centros comunitarios), fueron solo algunas de ellas. Contar con el apoyo de tutores, permitió incluso llevar a la APS procedimientos anteriormente restringidos a lo hospitalario (ejemplo, biopsias endometriales cuando existía sospecha de enfermedad neoplásica), que además de disminuir los tiempos de espera, evitaban que las personas tuvieran que alejarse de su entorno para acceder a la prestación. Se realizaron jornadas nacionales para compartir las buenas prácticas(12), donde algunos de estos aportes lograron hacerse visibles, y en el mejor de los casos, ser replicados en otros centros de salud, a partir de la comunicación entre pares que se generaba.

El programa crecía sostenidamente(13), y parecía tener amplia aceptación. El año 2014 se suscitaron una serie de conflictos de corte legal. Los principales problemas se relacionaban a que este nuevo esquema de formación, al tener más tiempo (el doble de la formación primaria habitual, 6 en vez de 3 años), no coincidía con las específicas reglamentaciones de los programas habituales financiados por el Ministerio de Salud (en general bajo tres modalidades: retorno de médicos generales de zona, concursos de especialidad para médicos APS, y becas directas tomadas por recién egresados). A esto se agregó que, en la búsqueda de un ajuste que permitiera a la iniciativa sobrevivir, se cambiaron compromisos de corte laboral hechos desde la autoridad hacia los médicos, en particular se añadieron 3

años de tiempo de “devolución” obligatorio (llamado oficialmente Pago Asistencial Obligatorio, PAO), como especialistas en la red pública. Sin duda suena razonable que los especialistas pasen tiempo en la red pública luego de formados, el problema en este caso es que esta determinación se tomó cuando cientos de médicos estaban por terminar sus programas, y muchos ya habían adquirido compromisos labores y/o personales para los próximos años. Este cambio de condiciones generó un distanciamiento importante entre muchos especialistas en formación con el programa mismo. Estos conflictos fueron horadando poco a poco la sostenibilidad de la iniciativa y el epílogo fue que, hasta hoy, el Ministerio de Salud no ha vuelto a convocar concursos de ingreso al programa FOREAPS.

Pese a lo anterior, en el marco de un nuevo convenio entre la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud(14), la Universidad tomó el compromiso de reestablecer esta forma de preparar especialistas. Es por esto que hoy adquiere relevancia la necesidad de aprender de los aciertos y errores de la iniciativa, a partir de un ejercicio de balance. Esta reflexión se vuelve también obligatoria, de cara a un correcto uso de los recursos públicos en función de las necesidades de salud de las personas. A continuación, un intento por recopilar los aciertos y errores vividos en el curso del programa FOREAPS.

BALANCE DEL FOREAPS:

A) ACIERTOS:

i. Construir red

Los impulsores del FOREAPS, tenían claro que construir la red de salud no puede limitarse a especificar mecanismos burocráticos de comunicación y/o tránsito de pacientes entre la APS y los Hospitales. Una verdadera red de atención debe por cierto estar enfocada en los usuarios y usuarias, estar sustentada por personas que componen los equipos de salud, que, a su vez requieren de espacios para conocerse, compartir, y así trabajar en conjunto los desafíos que la epidemiología local y necesidades de salud de las personas van levantando. El ejemplo más sencillo de aquello, es que cuando existen contingencias médicas de alta complejidad, pero que no ameritan una derivación a la Urgencia del Hospital (ejemplo la sospecha diagnóstica de un Cáncer, o cualquier enfermedad con alto potencial de generar morbilidad o mortalidad), los médicos de APS que conocen a los colegas que reciben su derivación desde las respectivas

especialidades del hospital; pueden contactarlos directamente y de esta manera evitar los retrasos que generan los mecanismos habituales de tránsito de los pacientes inter nivel. Esto no solo se aplica a la derivación, se expande también a la posibilidad de controlar pacientes con patologías de ciertas especialidades en la APS, al conocer las especificaciones y límites de este quehacer, recibiendo instrucción de parte de quienes realizan la misma tarea en el hospital. De este punto de vista, mejorar el trabajo en red puede ser un aporte a la resolución en APS, y de esta forma influir en la resolución de los largos tiempos de espera de atención por especialistas en el nivel secundario (15).

Desde otra perspectiva, podemos afirmar también que el beneficio de funcionar casi encarnando “la red”, no se limita a la labor que los colegas del FOREAPS puedan generar durante los seis años de su estadía en formación. Si bien, no es una tesis que se pueda demostrar hoy, se podría aventurar (con riesgo a errar, por cierto), que el hecho de que los médicos formados en esta modalidad conozcan realmente ambas partes de la red desde su interior, podría permitir que, en su futura labor como especialistas, tengan presente la importancia de mantener a los equipos de Hospital y Consultorio conectados, generando iniciativas para que se conozcan y trabajen en conjunto. Instrumentos como la ficha electrónica única y un registro nacional de derivaciones, que se espera pronto puedan incorporarse a nivel nacional, pueden ayudar a conectar la red más de lo que está; pero no son suficientes: es fundamental la voluntad de los individuos, la comprensión real de las interacciones y por sobre todo, un conocimiento experiencial sobre la cultura y necesidades de las personas, donde la APS parece dar muchas más oportunidades que el hospital. En esto, la experiencia del FOREAPS puede ser un aporte.

ii. Ampliar la capacidad asistencial

Si nos referimos a lo asistencial, la presencia de colegas con experiencia y aprendizaje constante en especialidades, debiese permitir mayor precisión en intervenciones diagnósticas y terapéuticas, idealmente evitar derivaciones innecesarias y priorizar aquellas donde esto sea pertinente. Del mismo modo, contar con especialistas en formación, ejemplo un Psiquiatra en formación, permite resolver y sistematizar mejor las atenciones de salud mental en la APS, además de otorgar al resto del equipo un apoyo técnico constante en esta área(16), lo que por cierto se expande a todas las especialidades contempladas en el programa.

iii. Compartir buenas prácticas

Mediante distintas iniciativas, como las Jornadas de Investigación(12) y las instancias obligatorias de formación en salud pública (diplomados o magister dependiendo del centro formador), se generaron encuentros donde se presentaban proyectos en curso y los colegas podían compartir con otros que tenían en común los desafíos que presenta ser médico en formación de especialidad en consultorio y hospital. La recuperación de estas buenas prácticas se vuelve particularmente importante, frente al academicismo que reina en el mundo de las especialidades médicas, donde las actualizaciones relacionadas a la academia se llevan la mayor parte de la atención de los especialistas, y por contraparte, las iniciativas locales en la red de salud pública, que apuestan por mejorar en la práctica la asistencia médica, brillan más bien por sus ausencia u omisión.

iv. Recuperar la tradición de Medicina Integrativa del SNS

Aunque sea difícil de cuantificar, cobra importancia explicar la importancia de que una experiencia del siglo XXI dialogue a través de principios orientadores con parte de la rica tradición de la Medicina Integral, y su más alto exponente, que fuera el Servicio Nacional de Salud. La dictadura militar con sus reformas en el área sanitaria, no solo logró dismantelar la red de salud e introducir profundas lógicas mercantiles en un campo de derechos sociales(17) sino que logró desconectarlos, por medio del asesinato(18), exilio y censura de muchas y muchos exponentes de la tradición sanitaria nacional(19). Independiente de las posturas políticas, perder decenios de trabajo de campo en salud pública y medicina social a partir de esta desconexión, es un retroceso que debiésemos intentar remediar. El programa FOREAPS intenta rescatar en sus prácticas parte de esta tradición. Quienes la hayan vivido, desde la experiencia original o desde la práctica en el FOREAPS, tenemos, creo, la obligación de hacerla dialogar con otras corrientes como la medicina familiar, con su origen anglosajón (20) y sus modificaciones a través de la práctica de la disciplina en Iberoamérica. La medicina Integral no solo se nutre de la praxis en el SNS: se construye a través de un largo aprendizaje histórico, heterogéneo, cuyo vector resultante era suma experiencias sanitarias, sociales y políticas de enorme riqueza (el proyecto de ley que crea el SNS es presentado por Salvador Allende en 1939 y se aprueba en 1952). En torno a él se vivieron múltiples iniciativas y procesos de

carácter social y sanitario, descritas elevadamente desde una perspectiva de Historia Social por María Angélica Illanes (21) y desde otra más bien político sanitaria por Carlos Molina (22)).

B) PROBLEMAS POR SUPERAR

i. Resolver los conflictos legales

Este fue uno de los temas más sensibles, no solo por haber horadado la base institucional al desarrollo de este proyecto, sino también por haber mermado la confianza de muchos de los y las colegas que apostaron por formarse a su alero. Esto ocurrió, como ya se mencionó, por que los ajustes legales necesarios para que el programa se apegara a la legislación médica vigente, implicaron entre otras exigencias, exigir más tiempo de trabajo en el sector público a los especialistas, que el contemplado originalmente.

ii. Conducir y publicar las iniciativas locales

Uno de los puntos altos del programa, era contar con tiempos protegidos para labores no asistenciales. La orientación de éstas dependía tanto de la iniciativa de los médicos en formación de especialidad, como de la tutoría que sobre ellos se ejerciera, la que por cierto era muy variable entre universidades y centros de salud. Si bien, en general esta forma de trabajo generó buenas iniciativas, queda una impresión de que la potencialidad que había en ella, no logró desarrollarse en plenitud.

Si el FOREAPS volviera ejecutarse, sería importante establecer áreas estratégicas para realizar intervenciones en los centros de atención primaria, definir tiempos y plazos para planificar, ejecutar y publicar resultados, y difundir las iniciativas más exitosas. Esto con la intención de multiplicar los beneficios que ellas pudiesen tener.

iii. Más equipo y más comunidad

Pese a su alto sentido de novedad y valiosos aportes; al igual que otros programas de especialidad, la formación médica de post grado sigue siendo marcadamente vertical, constituyendo una dificultad permanente integrar a los equipos de salud y las comunidades en las acciones desarrolladas. Si bien no hay una respuesta mágica, y aunque en algunos casos si se hayan realizado trabajos como estos en el FOREAPS, es evidente que, sin una práctica sistemática de integración de equipos y de la comunidad, difícilmente montaremos iniciativas que cambien la salud de las personas. Debemos hacer un trabajo permanente por incorporar en cada nueva intervención sanitaria a los equipos funcionarios y las comunidades. Sin

esa interacción, las iniciativas se mantendrán fragmentadas, como ocurre hoy con gran parte de la red. Trabajo permanente e integrado con el resto de los trabajadores de la salud y con las comunidades, será un desafío ineludible en una eventual reapertura del programa.

iv. Lugar en la APS para el trabajo de los especialistas

Si bien no está cuantificado, en forma experiencial pareciera que la gran mayoría de los colegas formados en este programa hoy trabajan exclusivamente en hospitales, y pocos en consultorios. Si bien esto puede tener muchas causas, lo relevante es volver a preguntarnos si debemos llevar a los especialistas a la APS, a aportar en forma coordinada con los equipos de salud locales. Hacer que parte del tiempo de trabajo de los especialistas que hoy se concentran en los Hospitales, pueda realizarse también en la APS es sin duda una opción real, que deberíamos considerar seriamente. Esto podría permitirnos fortalecer los equipos, diagnosticar y controlar más cerca del territorio donde viven las personas y entregar al especialista del hospital una visión más amplia de las ricas dinámicas que se viven en la APS, que generan demanda en sus respectivas atenciones. A partir de estos diagnósticos, se pueden establecer proyectos para mejorar el trabajo en red. Además, es una experiencia ya realizada, en el contexto del SNS y al menos hasta los años 90 en muchas especialidades, incluso persistente hasta hoy como ocurre con Psiquiatría y Oftalmología (23).

CONCLUSIONES: LA IMPORTANCIA DE LA CREATIVIDAD PARA ENFRENTAR LOS DESAFÍOS SANITARIOS

El programa FOREAPS tiene seguidores y detractores. El sesgo de haber sido parte de él dificulta tomar este tipo de posiciones. Sin embargo, más allá de ese intento, y hablando en términos personales, uno de los principales aportes de esta iniciativa es su esfuerzo creativo. Como mencionara la directora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, profesora Patricia Frenz, Chile se ha caracterizado en la región y también en el mundo, por ser pionero en la confección de políticas públicas novedosas en salud: desde el control de la Tuberculosis, la creación de un Servicio Nacional de Salud en un país del tercer mundo, hasta las Garantías Explícitas en Salud, solo por mencionar algunas; nuestra Salud Pública ha sido

capaz de responder a los desafíos, sin miedo a modificar moldes pre establecidos.

Hoy los desafíos sanitarios de la región y el mundo son dramáticos. La desigualdad, sumada al descontrol en los otros condicionantes de enfermedad, hacen evidente un venidero auge de enfermedades crónicas no transmisibles (24) y del área de la salud sexual y reproductiva entre otras (25). Nuestras formas de reproducir la existencia, mantienen un altísimo nivel de patología del área de la salud mental (26), expresando profundas contradicciones entre el objetivo de lograr bienestar y los medios que nos enferman, para colmo de forma segregada.

La salida a estos desafíos no pasará por hacer más de lo mismo. Independiente de las fallencias que cualquier proyecto puede tener, es aquí donde el FOREAPS y sus impulsores adquieren mayor valor en el campo de la formación de especialistas: atreverse a enfrentar los desafíos sanitarios con un piso de fundamentos para evitar naufragios, pero con la convicción de que cuando el progreso en las necesidades de sanitarias y de vida de las personas se encuentra estancado, es necesario examinar lo que hacemos y apostar por transformarlo.

REFERENCIAS

1. Montoya C, Ipinza M. Un programa para recuperar y mejorar el aporte de los médicos en la Atención Primaria de Salud. Cuadernos Médico-Sociales, 2009; Vol. 49, N°1.
2. Guillou M; Carabantes J; Bustos V. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. Revista Médica de Chile; 2011, Vol. 139.
3. Montoya C, Ipinza M, Vargas N, Lastra J. Culmina el primer ciclo de la formación de especialistas para la atención primaria y el sistema público de atención de salud. ¿qué hacer en adelante?. Revista Chilena de Salud Pública, 2014; Vol. 18(1): 25-32.
4. Molina C. El Médico para Chile en el Siglo XXI. Algunos Problemas y Decisiones que Enfrentar. Cuadernos Médico-Sociales; 1995. Vol. 36, Número Extraordinario.
5. Montoya C. Reflexiones en el cuarto año del programa de formación de médicos especialistas para la atención primaria de salud. Revista Chilena de Salud Pública, 2011; Vol. 15, N°2.
6. Montoya, Carlos. Una Experiencia en Medicina Integral: Informe Preliminar. Cuadernos Médico-Sociales, 1961; N°2.
7. Minoletti A, Rojas G, Horvitz M. Salud Mental en Atención Primaria en Chile: Aprendizajes para Latinoamérica. Cad Saude Colet, Rio Janeiro [Internet]. 2012;20(4):440–7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v20n4/v20n4a06.pdf>
8. Ramírez L. El médico general en el Servicio Nacional de Salud. Cuadernos Médico-Sociales, 1961, N°2: 29-31.
9. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine in Latin America: Productivity and dangers facing the major national groups. Lancet. 2001;358(9278):315–23.
10. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1•7 million men and women. Lancet. 2017;389(10075):1229–37.
11. WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013.
12. Facultad de Medicina Universidad de Chile. (2011). Primeras Jornadas Científicas Dr. Hugo Behm Rosas. [online] Noticias.med.uchile.cl. Available at: <http://noticias.med.uchile.cl/2011/octubre/6656-primeras-jornadas-cientificas-dr-hugo-behm-rosas.html> [Accessed 28 Feb. 2018].
13. Montoya C, Ipinza M, Vargas N, Lastra J. op. cit.
14. Dirección de comunicaciones, Universidad de Chile. (2015). U. de Chile y Ministerio de Salud firmaron alianza estratégica de colaboración - Universidad de Chile. [online] Uchile.cl. Available at: <http://www.uchile.cl/noticias/116700/u-de-chile-y-ministerio-de-salud-firmaron-alianza-estrategica> [Accessed 28 Feb. 2018].
15. Estay R, Cuadrado C, Crispi F, González F, Alvarado F, Natalia Cabrera N. Desde el conflicto de listas de espera, hacia el fortalecimiento de los prestadores públicos de salud: Una propuesta para Chile. Cuadernos Médico-Sociales; 2017. Vol. 57, N°1: 49-64.
16. Kirsten K, Acuña J, Huepe G, Fuenzalida F. Programa de desarrollo de salud mental para la atención primaria: prodesam. Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria; 2017. Vol. 13, N°2: 179-192
17. Buris P, Bustamante N. Análisis crítico del sistema de salud chileno: la Puja Distributiva y sus Consecuencias. 2014; tesis para optar al título de Ingeniería Comercial, Facultad de Economía

- y Negocios, Universidad de Chile disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115329/Buris%2C%20Pablo.pdf?sequence=1>
18. Maldonado R, Vega A, Romero M, Moya L. Por que fuimos médicos del pueblo. Ediciones Chile América CESOC. Santiago 1993.
 19. Frene C. El Dr. Ricardo Keim y su época. Cuadernos Médico-Sociales; 2017. Vol. 57, N°1: 75-82.
 20. Illanes M. De esperanzas y des-esperanzas, el Estado de Seguridad 1938-1960. En: "En el nombre del Pueblo, el Estado y la Ciencia", Historia Social de la Salud Pública en Chile 1880/1973. Santiago, Ministerio de Salud, Chile, 2010. p. 285-425.
 21. Molina C. Capítulo VI: De la creación del SNS al proyecto de ley de medicina curativa: 1953-1964. En: Institucionalidad Sanitaria Chilena 1889-1989. Santiago, LOM Ediciones 2010. p. 125-140.
 22. González A, Segovia I. La Medicina General Familiar en Chile. Cuadernos Médico-Sociales; 1995. Vol. 36, Número Extraordinario.
 23. Riesco B, Sáez V, Escobar S, Barría F, Donoso R, Gil C. Unidades de atención primaria en oftalmología en Chile: historia y funciones. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 Jul [citado 2018 Feb 28] ; 143(7): 919-924. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700013>.
 24. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. WHO [Internet]. 2014;1-18. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/
 25. Stuardo Valeria. La prevención olvidada: reemergencia del VIH en Chile. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2017 Ago [citado 2018 Feb 28] ; 34(4): 419-420. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182017000400419&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182017000400419>.
 26. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. Acta bioeth. [Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Feb 28] ; 22(1): 51-61. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000100006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>.