

Organización de la Atención Primaria de Salud urbana, con incorporación de especialistas en formación

Organization of urban Primary Health Care, incorporating specialists in training

Dr. Carlos Montoya Aguilar¹
Dr. Nelson Vargas Catalán²

Resumen

El objetivo central del Programa Nacional de Formación de Especialistas para la Atención Primaria Urbana es el de contribuir a elevar la resolutivez y la calidad de la atención de salud, en forma equitativa, para la gran mayoría de la población.

Para lograrlo, los especialistas en formación deben integrarse, durante sus rotaciones por atención primaria, a las estructuras y funciones de cada Centro de Salud. Para contribuir a ello, este artículo presenta una definición detallada de los grupos de tareas que ellos deben cumplir y de la ponderación de los tiempos asignados a cada uno, de manera específica para cada especialidad y para cada etapa del proceso de especialización.

Se enfatiza la importancia de mantener la unidad de los equipos de cuatro especialidades dentro de un sector con territorio y población definidos, además del requisito fundamental de que el equipo aporte al Centro de Salud en su conjunto, actuando como referente interno y como capacitador; y fortaleciendo las funciones de promoción y prevención en los niveles familiar y comunitario.

A la vez, los Centros de Salud deben alcanzar y mantener los niveles de recursos y de funcionamiento especificados en las normas y orientaciones del Ministerio de Salud.

Palabras clave: medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología, psiquiatría, especialidades para la atención primaria, tiempos para prevención y curación, organización.

Abstract

The main objective of the "National Training Program for Specialists assigned to urban Primary Health Care Centres" is to contribute towards the improvement of the quality and problem solving effectiveness of care, with equity and for the great majority of the population.

In order to achieve this, the specialists in training must be integrated, during their primary care stages, into the structure and functions of each Primary Health Center. As an input for this process, and on the basis of the existing experience, this paper presents a detailed definition of the groups of tasks that they should perform and of the time allotted to each of them. This is specified for each speciality and for each training stage.

It is important to maintain the cohesion of the teams of four specialities (Internal Medicine, Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, and Psychiatry) connected to a given territory and population, as well as to comply with the fundamental requisite that they contribute to the Health Center as a whole. This they should do by acting as an internal referral level and as a training resource for the other professionals; and by strengthening the health promotion and protection functions at the family and community levels. In turn, the Centres should strive to reach and maintain the resources and functioning levels indicated in the norms of the Ministry of Health.

Key words: internal medicine, pediatrics, obstetrics and gynecology, psychiatry, primary care specialties, prevention and cure times, organization.

Recibido el 02 de febrero de 2011. Aceptado el 04 de Marzo de 2011

1 Profesor de Salud Pública, Universidad de Chile. Santiago de Chile. Correspondencia a: carlerne@gmail.com

2 Profesor de Pediatría, Universidad de Chile. Santiago de Chile.

1. INTRODUCCIÓN

El Programa de Formación de Especialistas Básicos para la Atención Primaria de Salud urbana, del Ministerio de Salud de Chile, existe desde el año 2007 con objetivos de mejoramiento de la equidad, efectividad y eficiencia del sistema público de atención de salud, y está ampliamente documentado(1, 2, 3, 8, 10). En el año 2010 se ha hecho más evidente la necesidad de aumentar la precisión relativa a ciertas características de la organización del Programa y de la atención primaria (APS) urbana, como condición para la obtención plena de los resultados esperados de la integración de Especialistas Básicos en Formación (EEF) a los Centros de Salud (7, 13)

Para analizar el desarrollo actual del Programa es importante recordar que él se inspira en la idea de formar un equipo profesional para un sector de territorio urbano con una población de diez mil usuarios (4, 5). En un principio, este equipo estaría formado por:

- 5 médicos en formación o titulados como especialistas básicos, con 44 horas semanales cada uno, de las cuales 22 de asistencia directa y 22 para actividades de promoción, prevención, trabajo intersectorial y comunitario, además de formación continua.
- 1 enfermera universitaria con 44 horas
- 1 matrona con 44 horas
- 1 asistente social con 44 horas
- Otros profesionales y técnicos

La constitución de este equipo requiere que las Facultades de Medicina acreditadas para ello entreguen cupos o plazas de formación que correspondan exactamente al esquema. A la fecha actual, esto se ha logrado para una gran parte de los Consultorios participantes. Otro requisito, ya cumplido en la gran mayoría de los casos, es que los equipos de médicos en especialización estén formándose en hospitales y consultorios de la misma área de Servicio de Salud.

A fin de explicar la necesidad de precisión organizacional mencionada más arriba, se debe recordar un aspecto de la historia del Programa. La idea central surgió de una experiencia del tiempo del Servicio Nacional de Salud (SNS, 1952-1979), con la Universidad de Chile (4). Ella permitió lograr resolutivez, conexión entre consultorio y hospital y realización de un modelo de atención integral de salud. Ahora bien, esa experiencia se desarrolló en sector segregado del resto del respectivo Centro de Salud, con un objetivo no sólo asistencial, sino de docencia e investigación, y con la perspectiva de extender el esquema gradualmente a todo el ámbito urbano del SNS. (Paralelamente, en 1955, el SNS creó el régimen de la Medicatura General de Zona para las áreas rurales y semi-rurales).

2. EL CONTEXTO ACTUAL

En su aplicación actual, iniciada en el año 2007, el Programa es requerido para mejorar la atención brindada por Centros de Salud completos, que atienden 20 mil, 30 mil o 40 mil personas. En estas circunstancias, se debe adaptar y precisar el diseño del Programa en terreno, con el fin de facilitar la integración de los especialistas (en formación) a las funciones y estructuras de cada Centro en su conjunto³ y, recíprocamente, la asimilación del aporte de las especialidades por el Centro, en beneficio de las personas y de la población (1, 12).

Esto significa que, en general, los médicos del Programa deben asumir las siguientes tareas, en la forma y tiempos que se especifican más adelante:

- a) participar como grupo, en la resolución de la demanda, tanto espontánea como programada, de un sector de 10 mil usuarios, hasta un límite de horas semanales especificado para cada cohorte de EEF,
- b) actuar progresivamente como referentes de su especialidad al interior del Centro;
- c) hacer –progresivamente– capacitación de los médicos generales y otros miembros del equipo en los

³ Ello no significa interferir con la formación brindada en los períodos de actividad intrahospitalaria de los médicos por los Departamentos universitarios.

temas de su especialización, con apoyo en auditoría clínica (p.ej., de prescripciones) y en la revisión de las interconsultas solicitadas;

d) integrar, en forma armónica, las especialidades en que se están formando –incluyendo sus programas respectivos– para hacer más integral y continua la atención;

e) participar en actividades del Centro que no son de asistencia ambulatoria directa, a saber:

- estudios de familia; visitas integrales; educación sanitaria; trabajo de promoción con la comunidad (“atención de cuadras”, Consejos de Desarrollo, Juntas de Vecinos, Mesas Territoriales, organizaciones sociales) y con otros sectores (Escuelas, Jardines Infantiles, Municipalidades); actividades de prevención; y programación y evaluación de las actividades del Centro.

Hay tareas de este último grupo que son realizadas actualmente por médicos generales o por otros profesionales, ya sea individualmente o en equipos, según normas del ministerio que pueden ser ajustadas a las realidades locales. Los especialistas (en formación) pueden realizar estas tareas con idoneidad, según la cohorte a que pertenecen; y además deben dedicarles tiempo, pues son parte de su formación integral como médicos.

Si no hay claridad acerca de la ejecución de estas funciones, puede resultar (y ha resultado) que:

- se asigne a los especialistas en formación (EEF) una parte excesiva de la carga asistencial ambulatoria o domiciliaria, o
- se reciba a los EEF como un simple refuerzo de la mano de obra médica de la Comuna y por lo tanto se les distribuya entre sectores y centros donde hay déficit de profesionales, desintegrando al “equipo de cuatro especialidades”, equipo que en la definición del Programa equivale a conformar UN médico integral y resolutivo, con continuidad a través de las rotaciones entre consultorio y hospital; o

- se considere que están de más o en exceso, puesto que algunas de las actividades de promoción, prevención, programación y evaluación ya están siendo realizadas por otros miembros del personal del Centro (estos roles suelen estar asociados a un status de jefatura, con las ventajas correspondientes); o
- los EEF se vean a sí mismos como “recurso externo”, sin necesidad o conveniencia de comprometerse con el Centro y su realidad.

3. PROPUESTA DE ASIGNACIÓN DE FUNCIONES

La precisión en la asignación de las funciones y del tiempo de los médicos del Programa al interior de los establecimientos de APS debe darse en correspondencia con las etapas de su formación y con su especialidad. A continuación se traza una propuesta de esta asignación, en consonancia con las tareas generales descritas más arriba:

Una vez el programa en régimen:

En **Medicina Interna**, horas semanales **efectivas (39):**

17 para atención ambulatoria a usuarios del sector asignado al grupo de EEF, con focalización a los adultos y en forma integrada con los equipos multiprofesionales correspondientes, tales como el de Salud Cardiovascular;

4 para resolver derivaciones dentro del Centro y para capacitar a médicos generales (MG) y otro personal acerca de temas de la especialidad, en reuniones o en módulos, o mediante revisión de interconsultas (IC), o de prescripciones o de petición de exámenes; una manera de ejercer esta actividad interconsultora puede ser el que desde otros sectores se les delegue el manejo de los pacientes más graves, p.ej., casos de diabetes mellitus (DM) descompensados (procedimiento ya vigente en algunos Centros);

3 para la programación y evaluación del Programa de Adultos del Centro, incluyendo revisión de estadísticas,

diseño de ajustes y organización de encuestas de satisfacción de usuarios y funcionarios;

3 para visitas domiciliarias de su sector; educación sanitaria de grupos y organizaciones sociales, trabajo comunitario preferentemente en el sector; fichas y seguimiento de cuadras; trabajo intersectorial con la Municipalidad en el tema de discapacitados y de salud laboral:

3 para trabajo preventivo/epidemiológico, preferentemente en el sector: HTA, DM, Artrosis prematura, TBC, SIDA, Obesidad, Tabaco, Discapacidades de adultos. Encuestas, mapas. Promoción del EMPA;

2 para sesiones de Salud Pública y orientación/evaluación en la APS(en realidad, 4 h cada dos semanas);

6 a 8 para actividades de formación requeridas por el Departamento Universitario de Medicina Interna.

En Pediatría, horas semanales efectivas (39):

17 para atención ambulatoria a usuarios del sector asignado al grupo de EEF, con focalización a niños y adolescentes y en forma integrada con los equipos multiprofesionales correspondientes, tales como los de IRA, Recién Nacido, PNI, Adolescencia, Chile Crece Contigo o niños y adolescentes con necesidades especiales de atención de salud (NANEAS);

4 para resolver derivaciones dentro del Centro y para capacitar a MGs acerca de temas de la especialidad;

3 para la programación y evaluación del Programa de Niños y Adolescentes del Centro;

3 para visitas domiciliarias, educación sanitaria y trabajo comunitario, preferentemente en el sector asignado; trabajo intersectorial en la comisión Mixta de Salud y Educación, en escuelas y jardines infantiles, en clubes deportivos de niños y adolescentes;

3 para trabajo preventivo/epidemiológico en obesidad infantil, accidentes, alcohol, tabaco, embarazo no deseado, discapacidades, cancer, enfermedades inmunoprevenibles;

2 para sesiones de Salud Pública y orientación/evaluación en la APS (en realidad, 4 horas cada dos semanas);

6 a 8 para actividades de formación requeridas por el Departamento Universitario de Pediatría.

En Obstetricia y Ginecología, horas semanales efectivas (39):

17 para atención ambulatoria a usuarios del sector asignado al grupo de EEF, con focalización a mujeres de toda edad y en forma integrada con los equipos correspondientes: matronas, consultor ginecólogo, Chile Crece Contigo, Adolescencia;

4 para resolver derivaciones dentro del Centro y para capacitar MGs acerca de temas de ginecología y obstetricia;

3 para la programación y evaluación de los Programas de la Mujer y de Adolescencia en el Centro;

3 para visitas domiciliarias y trabajo comunitario, preferentemente en el sector asignado y con organizaciones sociales femeninas; trabajo intersectorial con escuelas, Universidades, Servicio Nacional de la Mujer;

3 para trabajo preventivo/epidemiológico en obesidad, tabaco, alcohol y ETS en las mujeres; en salud reproductiva; en cancer mamario, cérvico uterino y patología de las vías biliares; en climaterio y demás problemas ginecológicos prevalentes;

2 para sesiones de Salud Pública y orientación/evaluación en la APS (en realidad, 4 horas cada dos semanas);

6 a 8 para actividades de formación requeridas por el Departamento universitario de Obstetricia y Ginecología.

En Psiquiatría, horas semanales efectivas (39):

17 para atención ambulatoria a usuarios del sector asignado, con focalización a casos de patología mental, y en forma integrada con el equipo respectivo;

4 para derivaciones dentro del Centro y para capacitar a MGs acerca de temas de salud mental (“horas de especialidad”)

3 para programación y evaluación del Programa de Salud Mental del Centro;

3 para visitas domiciliarias y trabajo comunitario, preferentemente en el sector asignado, con organizaciones sociales, incluyendo grupos de alcohólicos, de drogadictos y de delincuentes en rehabilitación, con sus familias; trabajo intersectorial con educación, Conace, la Municipalidad y Carabineros;

3 para trabajo preventivo/epidemiológico en problemas mentales de la comunidad, preferentemente del sector asignado;

2 para sesiones de Salud Pública y orientación/ evaluación del trabajo en APS (en realidad, 4 horas cada dos semanas);

6 a 8 para actividades de formación requeridas por el Departamento Universitario de Psiquiatría.

Se observará que en las cuatro especialidades se destinan al menos 10 horas a tareas directamente relacionadas con el Centro en su conjunto; pero toda la actividad de los EEF debe tener un efecto positivo sobre todo el trabajo del Centro y su impacto en la población. La difusión de la capacidad resolutoria a todos los sectores del Centro se da, en parte, por el hecho de que los médicos “generales” tienden, a su vez, a “especializarse” (o ya se han especializado) en uno u otro de los Programas Básicos de atención (adultos, niños, salud de la mujer, salud mental) (3, 5, 8, 14). Se forma un círculo virtuoso: desde su sector, los becados reciben referencias y en función de éstas capacitan; como efecto de estas capacitaciones, disminuyen las referencias.

4. Modulación de las actividades de los EEF según avanzan en la especialización

Durante el primer año (dos cuatrimestres en consultorio):
Deben dedicar más tiempo a:

- la atención ambulatoria (21 horas) y a visitas domiciliarias correspondientes al sector asignado; fichas de cuadra; mapas (3 horas);
- conocer el Centro y darse a conocer en él, participando en sus reuniones y examinando sus estadísticas (informes REM, Rayen y similares, cartolas) (3 horas);
- el estudio de familias y las correspondientes reuniones, visitas e informes (3 horas);
- el estudio de los programas y protocolos ministeriales y comunales;
- la realización de informes para las Sesiones de Salud Pública acerca de la experiencia así recogida ;
- sesiones de Salud Pública (2 horas = 4 cada dos semanas);
- requerimientos de los Departamentos Universitarios de la especialidad (6 a 8 horas).

En esta etapa la tutoría clínica, contemplada en el Programa, es muy importante (3); también el establecimiento de una buena relación con los distintos estamentos del personal del Centro.

*Desde el comienzo, el becado debe proponer a, y convenir con, la dirección del consultorio una **agenda** precisa de sus actividades para cada cuatrimestre.*

Durante el segundo año:

- Atención ambulatoria (18 horas) con focalización a la especialidad;
- educación sanitaria a grupos de usuarios; capacitación a MGs en temas de su especialización (2 horas);
- siguen las visitas domiciliarias y de cuadras (3 horas); la participación en reuniones del Centro (2 horas); los estudios de familia (2 horas);

- integración a los equipos del Centro que corresponden a su especialidad (3 horas);
- sesiones de salud pública (2 horas);
- requerimientos de los Departamentos Universitarios de la especialidad (6 a 8 horas).

La tutoría sigue siendo muy importante.

Desde el tercer año en Consultorio:

Las actividades entran en régimen, de acuerdo con la asignación de roles especificada más arriba. Los EEF entran al trabajo comunitario e intersectorial, planifican y evalúan los programas, crean estrategias para la solución de problemas. Pueden dirigir equipos correspondientes a su especialidad. Pueden pedir exámenes especializados al hospital base. Hallarán la manera de redactar y publicar sus experiencias.

A partir del cuarto año del Programa, el Centro de Salud puede recibir una nueva cohorte de EEF en otro sector, si se acuerda así. Esto requiere adaptación de la composición del equipo total del Centro.

5. ALGUNAS ACLARACIONES IMPORTANTES

5.1.- La dotación de personal de cada Consultorio debe ser descrita en detalle por los participantes del Programa, tomando en cuenta las normas ministeriales respectivas. Este aspecto puede cambiar en años sucesivos, en función de los siguientes factores:

- uso de la metodología de programación, que debe ordenar y precisar la relación entre población, actividades y recursos;
- definición precisa de las tareas de cada miembro del equipo, al interior del Centro;
- la continuidad de la relación médico-población, la cual influirá en el rendimiento de la hora médica;
- funciones técnicas de supervisión o de ejecución a localizar en el nivel comunal, en el nivel de la

“Unidad de APS” (o equivalente) de los Servicios de Salud y en el policlínico de los hospitales base.

5.2.- Un objetivo del Programa es lograr la estabilización programada de la relación entre cada médico y sus pacientes/familias/usuarios.

La conformación de equipos de diez becados con la composición por especialidades que se ha estipulado, asegura la continuidad del funcionamiento de los becados de cada especialidad, vis à vis el consultorio y los pacientes; mejora la calidad de la atención y la coordinación e integralidad de la atención del Centro. Dado el régimen de rotación de los médicos becados entre hospital y APS, es necesario que exista un médico general, con 44 horas semanales, en el equipo del sector en que se concentren aquellos.

Con los dos objetivos y condiciones anteriores, puede cumplirse el requisito inicial del Programa, que consiste en reunir a los cinco becados de cada turno para dar atención a un mismo contingente (determinado “sector”) de diez mil personas (2 000 a 2500 familias). Esto dará una base más sólida a las tareas de interconsulta, capacitación y programación/evaluación que los becados realizan y realizarán para todo el consultorio, como se define más arriba.

Frente la comunidad, es importante que se puedan programar las acciones que requieren una cobertura alta, sistemática en el tiempo, repetida con periodicidad regular, y controlada. Ejemplos de estas acciones son: las inmunizaciones; la vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas; la realización de los Papanicolau, de las colecistografías preventivas y de los EMPA; el control periódico de las afecciones crónicas y subcrónicas; la educación sanitaria planificada de grupos y comunidades. Este es el enfoque poblacional (y no sólo individual) de la atención de la salud. Sin él no es posible obtener un efecto duradero y progresivo de los programas. Para implementarlo, se ha diseñado la estrategia de sectorización, es decir, una relación continua entre el equipo, por un lado, y una determinada población y territorio, por otro lado. La experiencia enseña que un equipo multiprofesional de APS puede llegar, dado un contacto continuo de algunos años, a cubrir de este modo a 10 000 personas, aproximadamente. Es por ello que insistimos en

que el “médico pluripersonal” constituido por cada equipo de diez EEF (en dos turnos con cinco EEF) se concentre en UN sector. Dentro de este sector (y en los demás, cuando sea posible), el equipo identificará áreas en las cuales programar acciones de diagnóstico comunitario, promoción, prevención y gestión clínica (v.s.), sobre la base de mapas, censos parciales y tasas de problemas frecuentes. La implementación correcta de la estrategia, con EEF incorporados, producirá una experiencia útil para TODOS los sectores del Centro de Salud en cuestión.

El objetivo señalado, de continuidad de la relación médico paciente necesita del apoyo de la dirección de cada consultorio, de todos los equipos de sector, y de la información y cooperación de los respectivos servicios de orientación (SOME).

5.3.- La función principal que demanda la población a los Centros de Salud es la atención curativa y preventiva por médico. La satisfacción de la gente y el grado en que se logra un impacto en su estado de salud dependen en gran parte del status de cada equipo, incluidos sus médicos, en el sistema total. No hay razón para que exista una diferencia entre el papel desempeñado por el médico y por cada profesional cuando está en el hospital y cuando está en el Centro de Salud.

5.4.- En el progreso de la APS y en la incorporación efectiva de los EEF, participa todo el personal de cada Centro: esto se manifiesta, entre otras cosas, en la acción conjunta para resolver las necesidades de los pacientes desde el ángulo de cada profesión; y en la mejor solución de los problemas de salud del propio personal y de sus familias (sin vulnerar los derechos de los usuarios en general). También deben participar activamente los pacientes y la comunidad en general, colaborando de manera informada en el uso de las atenciones y en las conductas de promoción y prevención de la salud.

6. CONCLUSIÓN

La especificación de funciones y otras indicaciones enunciadas en este documento corresponden al objetivo esencial de contribuir a brindar a todos los usuarios del sistema público una atención que cumpla con requisitos

técnicamente suficientes de cobertura, de oportunidad y de calidad para todos. Se trata del gran objetivo de equidad al cual aspiramos quienes trabajamos en Salud Pública. Para lograrlo en forma total y definitiva se requiere de la continuidad del Programa de Formación de Especialistas para la APS urbana. Dicha continuidad extenderá sus efectos –al titularse como especialistas los médicos de las primeras cohortes– a todos niveles del sistema público y a todo el territorio nacional. Entretanto, se debe avanzar en la generación de un sistema de información e investigación que demuestre el impacto de este plan, tarea que en lo esencial debe ser ejecutada –y está siéndolo– por los propios participantes del Programa, con el apoyo del Ministerio y de las Universidades. En tal proceso, será necesario seguir documentando las experiencias que se acumulan y que sirven para evaluar lo hecho y afinar el rumbo.

Reconocimiento: a los médicos (EEF) de las tres primeras cohortes, quienes en cada sesión de Salud Pública del Programa presentan sus experiencias, todas las cuales elucidan progresivamente la situación de la APS e impulsan la puesta en práctica de los principios de la atención integral de la salud.

REFERENCIAS

1. *Ministerio de Salud, Departamento de Formación y Capacitación de Recursos Humanos, Coordinación Nacional del Programa de Formación de Especialistas para la Atención Primaria Urbana (CN-PFE-APS), “Programa de formación de Médicos en Especialidades Básicas para la APS urbana en el Sistema Público de Atención de Salud”, Santiago, Chile, 2009*
2. *Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Formación y Capacitación, Resolución Exenta del 8 de marzo de 2010 que aprueba el texto del Programa de Formación de Médicos en Especialidades Básicas para la Atención Primaria en el Sistema Público de Atención de Salud*
3. *Ministro de Salud, Incorporación de tutores médicos al Programa de Formación de Especialistas Básicos, para mejoramiento de la resolutivez en Consultorios Generales Urbanos de Atención*

- Primaria de Salud, Oficio Ordinario C 32/ 2632 de 17 de agosto 2009*
4. *Montoya-Aguilar C, Una experiencia en medicina integral: informe preliminar, Cuad Med Soc (Chile) 1961; 2 (3): 10-13*
 5. *Montoya-Aguilar C, Aspectos de la formación Médica en Chile. Su relación con los conceptos de medicina integral y medicina familiar y con la planificación de recursos humanos para el sistema de salud, Cuad Med Soc (Chile) 1998; 39 (2): 42-50*
 6. *González-Dagnino A, Sobre las "colas" en atención primaria, Cuad Med Soc (Chile) 1999; 40 (3/4): 20-27*
 7. *Ipinza M, Cómo solucionar el déficit de médicos en consultorios urbanos municipalizados 2004; 44 (2): 73-80*
 8. *Ipinza M, Calidad y atención integral de salud, Cuad Med Soc (Chile) 2007; 47 (1): 5-17*
 9. *Montoya-Aguilar C, Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile, Cuad Med Soc (Chile) 2008; 48 (3): 147-154*
 10. *Montoya-Aguilar C, Ipinza M, Un programa para recuperar y mejorar el aporte de los médicos en la atención primaria de salud, Cuad Med Soc (Chile) 2009; 49 (1): 16-25*
 11. *Vargas N, Tassara R, Domínguez M, Puxant M, Mendoza J J, Faúndez R, Programa de especialistas para la atención primaria: experiencia y visión de académicos de la Universidad de Chile al primer año de marcha, Cuad Med Soc (Chile) 2009; 49 (2): 87-93*
 12. *Coordinación General del Programa de Formación de Especialistas Básicos para la APS urbana, Anexo 1 al Convenio entre Servicios de Salud y Municipalidades participantes, Santiago 2009*
 13. *Ipinza M, El modelo de atención integral, base doctrinaria del programa de formación de médicos especialistas básicos para la atención primaria de salud, Cuad Med Soc (Chile) 2010; 50 (2): 132-142*
 14. *Montoya-Aguilar C, Ipinza M, La atención primaria en Chile y el papel de los médicos. Nuevos objetivos en el año 2010, Cuad Med Soc (Chile) 2010; 50 (3): 167-177*