

Atención primaria de salud. Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile

Primary health care. Alma Ata revisited and the Chilean experience

Dr. Carlos Montoya-Aguilar¹

Resumen

El concepto fundamental de Atención Primaria (APS) incluido en la Declaración de Alma Ata ya especificaba su lugar central en el Sistema de Salud y sigue siendo plenamente válido. Hoy día se reconoce que sus características específicas pueden variar de un país a otro; pero que en todo lugar constituye un derecho humano esencial. Esa misma variabilidad hace que, tanto en el plano nacional como en el internacional, se deban evaluar las distintas experiencias e innovaciones del desarrollo de la APS.

Se describen a grandes rasgos los avances de la APS en Chile y también sus insuficiencias. En particular, hay un déficit cuantitativo de médicos y en relación con ello, estos profesionales no desempeñan plenamente el rol que les corresponde en el modelo de atención integral, con serias consecuencias para la efectividad, la eficiencia, la equidad y la integralidad del sistema público de atención. Hay también una discontinuidad entre la APS y los hospitales base correspondientes.

Las lecciones aprendidas se resumen precisamente en la necesidad de perfeccionar la APS en Chile de manera que corresponda plenamente al modelo mencionado. El concepto de "renovación" de la APS, postulado por la OPS/OMS, corresponde en el país a un fortalecimiento del recurso humano médico, a través de medidas factibles y efectivas, que se describen y que están siendo iniciadas en la práctica por el Ministerio de Salud, algunas Facultades de Medicina y determinados Municipios, con aceptación de los médicos participantes.

Palabras clave: renovación de la atención primaria; atención médica integral; médicos especialistas básicos en los consultorios urbanos.

Abstract

The fundamental concept of Primary Care (PHC) included in the Alma Ata Declaration already indicated its central place in the Health Care System and is still fully valid. We acknowledge today that its specific characteristics can be different in different countries; but that it is an essential human right everywhere. This very variability requires that, both at the national and international levels, the PHC experiences and innovations be evaluated and exchanged.

We describe succinctly the advances of PHC in Chile, and also its shortcomings. In particular, there is a shortage of physicians at this level and, accordingly, the PHC doctors are not performing properly the role

Recibido el 12 de agosto de 2008. Aceptado el 04 de septiembre de 2008

¹ Profesor de Salud Pública, Universidad de Chile. Asesor Departamento de Estudios del Ministerio de Salud de Chile. Correspondencia a: cmontoya@minsal.cl

they should have in the comprehensive health care model that is officially accepted.. Also, there is a gap between PHC and the hospitals. This brings about serious consequences regarding the effectiveness, efficiency, equity and integrality of the public health care system.

The lessons learnt lead to an awareness of the need to improve PHC in Chile in a way that fits fully with the aforementioned model. The concept of PHC “renewal”, which is being proposed by PAHO/WHO, requires, in this country, the strengthening of the medical staffing of the PHC clinics, through feasible and effective policy measures, which are here described and which are being initiated in practice by the Ministry of Health, in collaboration with some of the main medical Faculties and some Municipalities, with the approval of the young physicians involved.

Key words: primary health care renewal; comprehensive medical care; basic specialists in the urban clinics

El concepto fundamental de “Atención Primaria”

En el sentido más general –antropológico– toda sociedad humana digna de este nombre se ha dado un sistema de atención de la salud y éste ha incluido una atención primaria inventada y ejecutada por las comunidades y los órganos especiales diseñados para el efecto.

Para el mundo moderno, sigue siendo plenamente válida la definición incluida en la Declaración de Alma Ata, 1978. Parece indispensable citarla textualmente aquí:

“VI.- Es el cuidado (o atención) esencial de la salud, basado en métodos y tecnología prácticos, científicos y socialmente aceptables, universalmente accesible a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su plena participación y con un costo que la comunidad y el país puedan asumir en cada etapa de su desarrollo, en un espíritu de autosuficiencia y de autodeterminación. Forma parte integral, tanto del **sistema nacional de salud**, del cual es la función central y el foco principal, como del desarrollo social y económico total de la comunidad.

Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el **sistema nacional de salud** y trae los cuidados de salud lo más cerca posible al lugar en que la gente reside y trabaja, y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención de la salud.

VII.- Se manifiesta según las características económicas, sociales, culturales y políticas de cada país.... Se basa, en los niveles locales y de referencia, en los trabajadores de la salud, incluyendo a médicos, enfermeras, matronas, auxiliares y trabajadores comunitarios según sea el caso, así como a practicantes tradicionales según se les necesite; todos ellos formados social y técnicamente de modo apropiado para trabajar como equipo de salud y para responder a las necesidades expresas de salud de la comunidad....” (1)

La Organización Mundial de la Salud ha reafirmado este concepto de manera consistente a través del tiempo, señalando siempre la relación entre atención primaria y sistema de atención de la salud. Por ejemplo, establece en 1981 que “La estrategia global para la salud de todos está basada en el concepto de **sistemas nacionales de salud** centrados en la atención primaria de salud” (OMS, “Estrategia Global para la Salud de Todos”) (2).

En el año 2000 la OMS dedica su Informe Anual sobre la Salud del Mundo al tema de los Sistemas de Salud (3). Más recientemente, la Resolución 6 del 44º Comité Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (2004) y la Declaración de Montevideo sobre Atención Primaria (2005) enlazan de manera actualizada y explícita los dos conceptos: no puede haber atención primaria sin un sistema de salud bien organizado que la comprenda, y no habrá un sistema de atención

que sea efectivo, equitativo y eficiente si no tiene como "función central y foco principal" a la atención primaria.

En la historia propia de cada nación, van cambiando los sistemas; la APS se va precisando como concepto y como práctica. En cada lugar y momento puede estar más o menos desarrollada; puede estar avanzada o rezagada respecto al conjunto del sistema. Como dice la Dra. Mirta Roses, Directora de la OPS, "debemos continuar evaluando las innovaciones en APS, difundiendo las buenas prácticas y aprendiendo nuevas formas para maximizar y mantener su impacto en el tiempo" ("La renovación de la APS en las Americas", OPS 2007) (4). Como parte de estos procesos, debemos "corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los diferentes enfoques respecto a la APS" y reconocer que "la APS es una estrategia para... reducir las inequidades en salud" (4). Hoy "es preciso un enfoque renovador de la APS, razonado y basado en la evidencia, para lograr una atención universal, integral e integrada"(4).

La APS en Chile

En Chile, el sistema de salud, una vez estructurado y profesionalizado, se dió un nivel formal de atención esencial, que se proyectó como accesible y continua, primero para los afiliados a la Caja de Seguro Obrero Obligatorio (1924) y luego para la mayoría de la población, en establecimientos llamados consultorios, casas de socorro, unidades sanitarias, centros de salud o postas rurales. En 1952 fueron integrados en el Servicio Nacional de Salud (5).

Para la mayoría de la población, la cobertura con APS ha aumentado gradualmente, pero es todavía insuficiente en lo cuantitativo y, en algunas comunas, la calidad deja que desear. El avance que se venía produciendo en el período del SNS tuvo una especial relación con los focos de reflexión y demostración vinculados a las Facultades de Medicina de las Universidades

de Chile y de Concepción, donde estuvieron activos los grupos de Viel, San Martín, Baeza Goñi, Rosselot, Gustavo Molina, Neghme, y otros actores como Darricarrère, Horwitz, Patri, Jelic, etc.. Este avance convergió con progresos médico sociales y tecnológicos tales como la planificación en salud (centrada en la Escuela de Salubridad), el control de enfermedades transmisibles y de la desnutrición, el saneamiento básico, la educación sanitaria, el servicio social, la enfermería y obstetricia de salud pública y la planificación familiar. También surgió la percepción de derechos en salud por parte de la población. Se sentaron así las bases para el notable descenso de la mortalidad infantil y de la mortalidad materna.

La orientación y el impulso cambiaron con el ajuste estructural del Estado efectuado durante el gobierno militar. Este municipalizó la atención primaria, separándola así del sistema público de atención de la salud; redujo el personal y deterioró sus condiciones de su trabajo y de remuneración. Muy importante fue el brusco retroceso producido en la calidad de la formación en Salud Pública y la disminución de los respectivos especialistas por exoneración, exilio o eliminación física (6).

Una vez recuperada la democracia, y hasta hoy, es decir, durante los gobiernos de los Presidentes Aylwin, Frei Ruiz Tagle, Lagos y Bachelet, se ha avanzado en el necesario proceso de recuperación de la infraestructura y funcionamiento del subsistema público de la salud y se ha mejorado la regulación del subsistema privado de aseguramiento y de atención. En el caso de la APS, la Presidenta Bachelet, en su discurso a la nación, del 21 de mayo del 2008, informó que existen en el país 1600 establecimientos de APS pública, entre consultorios, centros de salud familiar y postas rurales; a ello se agregan 184 servicios de atención primaria de urgencia (SAPUs). Tan solo en el año 2007-2008 se habían abierto 31 consultorios nuevos y se estaban construyendo otros 21 establecimientos de este tipo, con un diseño arquitectónico especialmente adaptado para la atención sectorizada y un equipamiento

tecnológico avanzado; y en el año 2008 entrarán en funciones otros 16 SAPUs (7).

Estos esfuerzos se realizan en un contexto político y económico especial. Como señala el documento citado de la OPS, 2007, persisten hasta hoy “las nuevas políticas económicas y la contracción del Estado”. En este marco, ciertos aspectos de nuestra Atención Primaria de Salud se han alejado de la línea de progreso conceptual y doctrinaria señalada en la Declaración de Alma Ata y demás documentos internacionales sobre el desarrollo humano y la protección social. Una lección importante ha sido el comprobar que la municipalización de la APS, iniciada por el gobierno militar (8) y consolidada en la Ley 19 378, de abril 2005, en lugar de potenciar la descentralización y la participación comunitaria en el sistema, ha aumentado la inequidad entre las comunas pobres (las más) y las ricas, ha incrementado el gasto administrativo y la dificultad de mantener la calidad y la efectividad de las acciones, llevando al retorno de la verticalización de algunas actividades. En cambio, hay municipios que, agobiados por la responsabilidad de administrar los establecimientos, no cumplen a cabalidad con las funciones que más les corresponden en salud y que se refieren al saneamiento ambiental, a la coordinación intersectorial y a mantener a la comunidad informada y educada en las prácticas protectoras de la salud. Una consecuencia es que el papel de nuestra APS se ha concentrado en responder dentro del marco de sus recursos, a la demanda de asistencia –principalmente curativa– de la población, y a continuar acciones definidas tiempo ha en las áreas de salud materno-infantil y nutrición (por ejemplo, en Chile, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria) y en el control de enfermedades infecciosas (por ejemplo, Programa Ampliado de Inmunización). No ha contribuido en forma suficientemente deliberada y reflexiva a los principios de Equidad, Efectividad, Eficiencia, Dignificación y Participación de las personas, ni a la superación de sus propios ejecutores. Incluso, se habían olvidado –y hoy se hacen esfuerzos por recuperarlas– las técnicas

básicas de atención a sectores y familias, de trabajo en equipo, de trabajo social e intersectorial, de estudios locales de costos y de calidad, de investigación en servicios de salud; en suma, los enfoques y prácticas de la Salud Pública. Se echa de menos la contribución que debería hacer en promoción y prevención y a la obtención de mejores resultados en salud ambiental, en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y de sus factores de riesgo, en accidentes y violencia, en depresión, en abuso de alcohol y de drogas, y en otros problemas de salud mental. Ello se relaciona con la debilidad de la participación y liderazgo del sector en cuanto a la cooperación intersectorial para la salud, debilidad que a su vez se puede atribuir en gran medida a la insuficiencia de la cantidad de tiempo y de la calidad de los recursos humanos existente en muchos consultorios. Tales problemas llevan a la acción no coordinada y poco eficaz de variados sectores, instituciones y programas. Tampoco contribuye nuestra APS a la protección financiera de los usuarios del sistema público, ya que obliga a muchos a gastos de bolsillo para remediar dificultades de acceso a los servicios y para adquirir los medicamentos que les son prescritos. Son situaciones que deberemos superar para que la APS y la Salud en su conjunto desempeñen el papel que les corresponde en el amplio contexto del desarrollo económico y social.

Las más recientes medidas de Reforma no corrigieron la separación de APS respecto del sistema. Por el contrario, la legislación creó nuevas segmentaciones de las estructuras directivas y de las prácticas administrativas y financieras de los hospitales. Como consecuencia, la APS ha quedado más alejada del sistema, al diferir su racionalidad financiera de la de los hospitales, ya que se le asignan sumas limitadas de recursos per capita, en tanto que a los hospitales públicos se les paga en gran parte por acto realizado. También permanece debilitado su componente profesional y en especial, médico, al separarse la carrera funcionaria de AP de la carrera funcionaria general, al quedar separada su dependencia de

las Direcciones territoriales de salud, y al ser extranjeros –en gran proporción– sus profesionales médicos. La situación vigente ha resultado en la marginación de los médicos respecto al equipo de APS y en particular respecto a las funciones de **la salud pública local y de la atención integral**, utilizándoseles sólo para resolver la “morbilidad”, sin que ejerzan plenamente su rol frente a la población y dentro del sistema. La estructura gremial que se han dado los miembros de la APS necesariamente refleja y profundiza esta separación. Entre las consecuencias objetivas de la separación se encuentra el estancamiento de la concentración de consultas médicas de la APS del sistema público en un nivel bajo, de una consulta por habitante al año (9). Ello es consistente con el déficit observado de 51% de médicos, de 48% de odontólogos, y de 45% de enfermeras, respecto a las normas oficiales de dotación de estos profesionales para la APS (10). Ello se relaciona con la falta de motivación de los profesionales jóvenes para servir en los consultorios urbanos municipalizados de las comunas pobres, en las condiciones actuales (una muy alta proporción de los médicos de APS son actualmente extranjeros). Ahora bien, “el desarrollo pleno de la APS requiere prestar especial atención al papel de los recursos humanos” (4). Ellos necesitan tiempo suficiente y sólidos conocimientos clínicos y de salud pública, para ir más allá del alivio de síntomas y de los cuidados paliativos y, entre otros objetivos, garantizar la seguridad de los pacientes.

Es apropiado señalar aquí que las Facultades de Medicina, comenzando con la Pontificia Universidad Católica y con la Universidad de Chile han ofrecido, desde 1993-1994, programas de formación de médicos generales o de familia (11, 12), apoyados por el Ministerio de Salud y también por entidades extranjeras, como la USAID y la Fundación Kellogg. El Ministerio ha financiado también programas de capacitación de los médicos que sirven en los consultorios. Sin embargo, estos esfuerzos no han logrado en medida suficiente los resultados esperados en cuanto a la resolutivez de la APS ni en cuanto

a la motivación de los egresados chilenos por trabajar en los Consultorios o Centros de Salud Familiar (13).

El documento citado de OPS, 2007, clasifica a las reformas recientes de salud en: las que tienen resultados limitados, las que logran resultados mixtos y, aún, las que han tenido efectos netos negativos (14, 15, 16). De acuerdo a esta clasificación, podríamos incluir a la reforma chilena entre las de resultados mixtos. Por cierto, tenemos “una agenda pendiente en salud” (4).

Por otra parte, las garantías explícitas legalmente exigibles (GES), recientemente otorgadas a la población (17), respecto a 56 enfermedades y a las respectivas intervenciones específicas, refuerzan en la práctica el peso relativo de los hospitales en el sistema y aumentan sus costos entre otras cosas, por la necesidad de comprar servicios al sector privado y por la generalización del pago por acto en los sectores público y privado –fee for service–, en lugar de reforzar y hacer uso del potencial resolutivez que debería tener la APS.

Síntesis de lo aprendido

Como experiencia de país, ha quedado progresivamente en claro para nosotros que la definición de APS como base de un sistema de Salud efectivo, eficiente **y que no sea determinante de inequidad**, debe perfeccionarse ahora en nuestro país con la implementación o profundización de un conjunto de características, las cuales constituyen en gran parte coincidencias y especificaciones de los elementos contenidos en la Declaración de Montevideo, a cuya preparación, desde luego, contribuimos como país miembro de la OPS. Estas características son:

- 1.- Capacidad clínica y tecnológica que de verdad **permita resolver**, sin exceso de interconsultas y exámenes, el porcentaje de 80 a 90% de casos que habitualmente se menciona. Con ello, reducción sustancial de las consultas de urgencia. Vinculación profesional directa con el hospital, que

permita colaborar en pie de igualdad con dicho nivel para la resolución de los casos referidos, en lugar del intercambio impersonal de formularios de referencia y contra-referencia. Clarificación de los respectivos papeles del hospital y del Consultorio en el Sistema.

2.- Contribución a que el sistema sea efectivo en **mejorar continuamente el estado de salud** de la población, es decir al cumplimiento de los objetivos sanitarios nacionales y de las metas del milenio.

3.- Implementación plena del **modelo de atención integral**, mediante la dotación de tiempo profesional suficiente para integrar los aspectos psíquicos con los somáticos y las dimensiones individuales y sociales de las actividades; tiempo para concebir y ejecutar las funciones de promoción, prevención, rehabilitación y cuidados terminales, integrándolas en lo posible con la función de diagnóstico y tratamiento que la población demanda, y ello con base científica; formación y tiempo para el trabajo en equipo en el consultorio, en la comunidad, en el trabajo y en las escuelas, y para abordar los problemas de las familias en riesgo, de los discapacitados y de las minorías; formación y tiempo para la intersectorialidad, es decir para trabajar con representantes de los otros sectores pertinentes a la salud, tales como: educación, trabajo, vivienda, urbanismo, seguridad, deportes, recreación, ambiente.

4.- Empoderamiento por la comunidad de usuarios.

5.- Capacidad de influir en la toma de las decisiones que efectúa el nivel directivo territorial.

6.- Diseño organizacional que permita **la continuidad de la atención** a la población a través de todo el sistema por equipos de composición relativamente estable y claramente aceptable para los usuarios y que cuenten con el complemento y apoyo de los hospitales; que instaure la atención sectorizada; y que contribuya a la moral y dignificación de los trabajadores

al darles la sensación de que tienen la real oportunidad de contribuir a la salud de un modo significativo. Como afirma la OPS, esto permitirá “presentar a los sistemas de salud basados en la APS como una opción políticamente factible y atractiva” (4).

7.- Planificación, financiamiento, estructura de recursos y formas de asignación presupuestaria que generen efectividad y eficiencia y que eviten que la APS integral implique costos significativamente mayores al sistema y a la población.

8.- Equipos y directivos locales que evalúan, que asumen responsabilidad por los resultados y que tienen autoconciencia de sus propias características personales y de cómo estas influyen en dichos resultados.

9.- **Capacidad para formar** a las nuevas generaciones de trabajadores de la salud en el espíritu de Alma Ata y en el modelo de la atención integral.

10.- **Capacidad para investigar** y evaluar sistemáticamente, en forma continua, lo que se hace localmente en pro de la salud de la población. Realización, por tanto, de una APS basada en evidencia científica.

La “renovación” de la APS en Chile

A la luz de esta imagen-objetivo, es decir, para **seguir perfeccionando** una APS sobre la cual se base un mejor y más integral sistema nacional de atención de salud, entendida esta como un **derecho humano** y ciudadano, el Ministerio de Salud ha resuelto darle un marco político e institucional más sólido y de largo plazo. Además de seguir fortaleciendo y extendiendo la respectiva infraestructura física, se están adoptando las siguientes medidas:

a) Completar los equipos profesionales y técnicos de la APS en forma adecuada a la

distribución geográfica actual de la población; y dotar a las comunas de Consultorios que tengan los espacios adecuados y que reciban los medicamentos y demás insumos requeridos. Para ello, calcular en forma realista la suma per capita con que se financia este nivel, considerando en ella las acciones de promoción y de prevención.

- b) Continuar la formación de médicos –remunerados con salario para jornadas completas– para la APS rural y semirural, según la modalidad creada en 1955: la Medicatura General de Zona.
- c) Iniciar, desde el año 2007, la formación y destinación de médicos –también remunerados con salario para jornadas completas y empleados en condiciones similares a las del resto de los médicos del sector público – para la APS de las conurbaciones y ciudades mayores, donde habita el 70% de la población y existen todavía cinturones de pobreza. Proseguir este programa sin pausa hasta cumplir con las normas de cantidad (3,3 jornadas por 10 000 habitantes) y de calidad que están definidas oficialmente desde hace varios años. De este modo se logrará, además de mejor salud, mayor eficiencia gracias al ahorro de tiempo en la consulta, al menor uso de exámenes e interconsultas, y a la reducción en la cantidad de hospitalizaciones y de atenciones de urgencia.
- d) Generar en los médicos urbanos mencionados la capacidad resolutoria requerida, mediante su formación como especialistas básicos, entregada por la Facultades de Medicina acreditadas, según los programas oficiales de las “becas” de especialización, completados con un subprograma pertinente de Salud Pública. Estos programas duran seis años, en tiempo compartido por partes iguales entre la atención en Consultorios y la educación clínica de la especialidad. Culminan con la titulación de especialista básico de quienes hayan

cumplido con los requisitos establecidos; luego de ello pueden continuar con las carreras abiertas en los sectores público y privado. Se trata de una política ya acordada o en vías de acordarse con la Facultades de Medicina más importantes del país. Constituirá un poderoso incentivo para los profesionales y para las propias Universidades.

El programa es sostenible financieramente. En efecto, el costo de remunerar al número adicional de médicos que se necesita, más la compensación correspondiente a las Facultades de Medicina que los forman y el valor de los insumos adicionales para los consultorios no superará, llegado el momento de pleno desarrollo del programa, el equivalente del 2% del gasto público en salud del país.

- e) Adecuar las normas y prácticas de gestión de los consultorios de manera de reintegrar a los médicos así formados, junto a los demás profesionales, al trabajo en equipo frente a las personas, familias y comunidad, más que ante enfermedades específicas (18).
- f) Incrementar la participación de la comunidad organizada en la planificación de la atención de salud, a todos los niveles.

No se pretende proponer estas características y estas medidas como válidas para otros países. Son el producto de nuestras experiencias, de nuestra cultura y de nuestras posibilidades. Se ha diseñado también la evaluación concomitante del programa de especialistas básicos y, evidentemente, no se tienen aún resultados. Sin embargo, hay aceptación del esquema por la mayoría de los participantes: profesionales de APS, formadores, directivos, usuarios. Y existe evidencia internacional de la efectividad de la APS en términos de ganancias en salud (19, 20, 21, 22, 23, 24). Se ha propuesto realizar un **monitoreo amplio de los resultados** obtenidos año a año en cuanto al estado de salud y a los determinantes de riesgo a través de todo el Sistema. Ello debería

complementarse con la invitación a observadores externos que puedan transmitir su experiencia y su opinión acerca de los aspectos enunciados más arriba.

Los Recursos Humanos adecuados son el elemento más importante del Plan de Acción propuesto para las Américas en la reunión de Montevideo 2005. En lo que respecta a nuestro país, creemos que la viabilidad de las reformas emprendidas y el futuro del **sistema** público de atención pasa por el fortalecimiento de la APS, a lograr en la forma expuesta y en un plazo razonable.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Ginebra; 1978.
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la Salud para Todos en el Año 2000. Ginebra; 1981.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Salud Mundial 2000. Sistemas de Salud: mejorando el desempeño. Ginebra; 2000.
4. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas., Washington D.C.; 2007.
5. Rosellot J. Reseña Histórica de las Instituciones de Salud en Chile. Cuad Med Soc 1993; 34 (1): 7-20.
6. Montoya-Aguilar C, Marchant L. The Effect of Economic Changes on Health Care and Health in Chile. Health Planning and Management 1994; 9 (4): 279-294.
7. Bachelet M, Cuenta a la Nación, Santiago, 21 de mayo de 2008.
8. Jornadas sobre la Salud Municipalizada. Cuad Med Soc 1992; 33 (2-3): 3-70.
9. Montoya-Aguilar C. Medición y Monitoreo de las Desigualdades Intercomunales en Salud: Chile 2005. Santiago: Ministerio de Salud; 2006.
10. Ipinza M. Cómo solucionar el Déficit de Médicos en los Consultorios Urbanos Municipalizados. Cuad Med Soc 2004; 44 (2): 73-79.
11. Segovia I, Depaux, R. La salud familiar y el programa de medicina general familiar de la Universidad de Chile. Cuad Med Soc 1998; 39 (2): 27-36.
12. Montero J, Sapag J, Poblete F. El programa de medicina familiar y comunitaria de la Pontificia Universidad Católica de Chile: Historia, proceso y productos. Cuad Med Soc 1998; 39(2): 37-41.
13. 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 1998; 39(2): 42-50.
14. Homedes N, Ugalde A. Why Neoliberal Health Reforms have failed in Latin America. Health Policy 2005; 71: 83-96.
15. Kekki P. Primary Health Care and the millenium Development Goals: issues for discussion. Geneva: WHO; 2005.
16. Organización Panamericana de la Salud. Revisión de las Políticas de Atención Primaria de la Salud en América Latina y el Caribe. Washington D.C; 2003.
17. Régimen General de Garantías en Salud. Ley Nº 19.966 de 3 de septiembre. Diario Oficial del Gobierno de Chile, 2004.
18. Ipinza M. Estudio de la Red Pública de atención de Urgencia de la Región Metropolitana. Cuad Med Soc 2005; 45 (3): 199-216.
19. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within OECD Countries, 1970-1988. Health Services Research 2003; 38 (3): 819-53.
20. Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994; 344: (893): 1129-33.
21. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health systems and Health. Milbank Q 2005; 83: 457-502.
22. Van Doorslaer E, Wagstaff A et al. The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries. J Health Economics 1999; 18: 291-313.
23. Macinko J, Guanais F, Marinho F, An evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. J. Epid and Community Hlth 2006; 60 (1): 13-19.
24. Carvalho de Noronha J. Synergies between health systems and global health initiatives: the example of Brazil, en: WHO expert consultation on "Positive synergies between health systems and global health initiatives", Geneva, 29-30 may 2008.