

PROPUESTAS PARA QUE LA ATENCIÓN PRIMARIA SEA LA PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD

Los pacientes no la ven actualmente como agencia elegible y prefieren optar anárquicamente dentro de una cartilla en un sistema fragmentado, de cuidado episódico, con un nivel de gasto importante (9,6% del PBI), e indicadores que van mejorando pero que tendrían que ser mejores. ¿Qué posibilidades existen de corregir este escenario?

Por Carlos Alberto Díaz, Virginia Braem, Amalia Giuliani Diez y Emilio Restelli

En general se escribe sobre experiencias positivas de la gestión y poco desde la realidad operativa, pero es importante describir los procesos tal cual son, y en ese camino Argentina, en su sistema de salud, la atención primaria no es elegible como puerta de entrada en la mayor parte de los sistemas de seguridad social y prepagos^{1,2}, a pesar de los esfuerzos desarrollados desde gestiones públicas ministeriales y de las gerencias de algunas obras sociales o planes de salud. Los pacientes no lo ven como una relación de agencia elegible, prefieren elegir anárquicamente de una cartilla. Naturalmente, se parte de un sistema fragmentado, de cuidado episódico, con un nivel de gasto importante (9,6% del PBI), e indicadores que van mejorando pero que tendrían que ser mejores. Se intentará expresar las posibilidades de corregir este escenario.

La cobertura universal en Argentina exige que los seguros compitan entre sí y que todos tengan cobertura formal declarada y nominalizada, ya sea en obras sociales, prepagos o en el sector público. En el país exis-

ten 12,5 millones de personas sin cobertura formal, situación que coexiste con el Programa Nacional Sumar que brinda cobertura en salud a niños y adolescentes de 6 a 19 años, así como a las mujeres hasta los 64 años. El Programa se orienta hacia la creación de seguros provinciales de salud y surgió como la ampliación del Plan Nacer que aseguraba la atención de salud a la población materno-infantil³.

En cuanto a la estructura de la atención primaria Argentina la investigación arroja los siguientes datos: los centros de salud son 5413 y los médicos que trabajan allí son 21.593, esto representa un 17,8% del total de médicos del país, y un 28% del total del subsistema público, lo cual parece relevar o llama la atención que no es un destino laboral elegido⁴. Un censo reciente del Ministerio de Salud estima que un poco menos de 70.000 trabajadores de salud en sus diferentes categorías se desempeñan en el primer nivel de atención. Pero muchos de ellos en forma de contratación precaria: becas, contratos a término.⁵ Muchas veces estos cen-

Los autores se desempeñan en el Sanatorio de Alta Complejidad Sagrado Corazón, Buenos Aires, Residencia de Gestión de Servicios de Salud OSECAC/ Universidad ISALUD.



En Argentina hay 5413 centros de atención primaria donde trabajan 21.593 médicos, el 17,8% del total en el país, y un 28% del total del subsistema público, lo cual parece relevar o llama la atención que no es un destino laboral elegido.

tros de salud no tienen responsabilidad territorial, repitiendo el modelo de atención episódica hospitalario. Hoy debe evolucionar a un modelo más integrado. No obstante ello, se produce un fenómeno a considerar, en los centros de atención primaria de salud (CAPS): hay más médicos donde más se necesita. Un ejemplo es que en Formosa hay 6,9 médicos cada 10.000 habitantes y en Capital Federal 1,6.

Alcanzar objetivos racionales requiere implementar mecanismos político-técnicos que definan aspectos relacionados con la identificación de las necesidades, la dotación de recursos, la gestión del desempeño y de los recursos de trabajo. En potencial la distribución de los CAPS es mucho más equitativa que la distribución de los hospitales, lo cual transforma a la estrategia de atención primaria, en una política de intervención adecuada para corregir las inequidades en el acceso y los resultados de salud.⁶

En Argentina no se favoreció el protagonismo de los municipios y de la atención primaria. No se avanzó en

la definición de un modelo intergubernamental de división de las responsabilidades en salud.

Los principios para llegar a la cobertura universal desde un modelo competitivo de seguros son los mismos: la mancomunación de contribuciones por impuestos o aportes (contribuciones o cuotas prepagas) recaudadas sobre la base de la capacidad de pago y la utilización de esos fondos para garantizar que los servicios estén disponibles, accesibles y que se suministre asistencia de calidad a las personas que lo necesitan.

Se han acumulado evidencias y conocimientos respecto a cómo obtener mejores resultados sanitarios priorizando la estrategia de la atención primaria de salud⁷. Un estudio expresa esta perspectiva como “el derecho a alcanzar el grado máximo de salud posible, con la mayor equidad y solidaridad, considerando la necesidad de dar respuestas a las necesidades de la población”⁸. La atención primaria debe constituirse como una vía de acceso fundamental al sistema sanitario.

Las reformas a instrumentar en la actualidad tienen que estar sustentadas por políticas sanitarias valientes y no comprometidas con grupos económicos concentrados como laboratorios farmacéuticos, hospitales, sanatorios y corporaciones regionales; desarrollando políticas de construcción de poder para el cambio y la transformación, asegurando la sustentabilidad, sostenibilidad y las solvencias de las políticas públicas de salud. Existen evidencias que la atención primaria, en contraste con la atención especializada está asociada con una distribución más equitativa de salud. Pone equidad en un acceso de calidad, desarrollando la mejor relación de agencia.⁹ Desde el ámbito de la salud y de los sanitarios existe falta de capacidad para movilizar las instituciones y los recursos necesarios, tanto para transformar la salud como para contrarrestar o modificar de forma sustancial las fuerzas que impulsan al sector. Se debe acabar con la importancia desproporcionada que se le da a la atención de los hospitales, ya que estas tendencias alejan

a los sistemas de salud de lo que la población espera. Cabe citar como principales ejemplos los de Chile, Malasia, Tailandia, Cuba, Costa Rica y Portugal, que han mejorado el acceso a redes ampliadas de atención de salud, gracias a un compromiso político sostenido e inversión en este ámbito^{10,11}.

En la actualidad la magnitud de inequidades en salud está documentada en ingresos económicos, posición social, lugar donde se vive, obra social o cobertura formal, condiciones de empleo y factores de comportamiento personal. Las diferencias de vulnerabilidad y exposición se suman a las desigualdades en salud, lo que contribuye a agudizar la estratificación social. Un sanitarista canadiense impulsor del modelo de atención universal decía “si caes enfermo, tienes que elegir: o renuncias al tratamiento o pierdes tu granja”¹². Era esa implacable realidad la que llevó a poner en marcha un seguro médico basado en el pago de impuestos. Las acciones sanitarias deben ser cooperativas y confluentes para mejorar la imagen corporativa de la atención primaria. Son elementos fundamentales para hacer frente a los determinantes sociales de salud y conseguir que los sistemas sanitarios sean integrales y propicien mayor equidad. Para ello es preciso llevar a cabo una amplia gama de intervenciones de manera de alcanzar, junto a la protección social, la equidad sanitaria y asegurar el acceso a todos los servicios de salud personal y no personal¹³.

La atención primaria de la salud se convirtió en “la solución de todos los males del sistema de salud”, en la estrategia de oro desde que fue formulada en 1978, convirtiéndose en ámbitos políticos y académicos en la principal estrategia para asegurar el acceso universal al sistema

de salud. Pero en la aplicación este consenso se diluye y aparecen diferencias sustanciales. La estrategia de APS generó una enorme cantidad de debates desde su aparición que giraron no solo en torno a las posibilidades de su implementación, sino también a las transformaciones de su significado. Es una respuesta a la crisis de los modelos de atención médica, a la desigualdad en el acceso y a la disparidad en la calidad de los sistemas de salud. Surge desde el reconocimiento de la salud como derecho y objetivo social, por ello hay que contextualizarla, considerando las condiciones concretas de cada región del país.

¿Qué debería hacer la gestión para solucionar el problema?

1 Lograr que todos los habitantes tengan cobertura formal. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para garantizar salud para todos y equidad sanitaria, pero es un paso adelante en cualquier estrategia de principios y priorizaciones. Es una victoria de los movimientos sociales, pero fundamentalmente de toda la ciudadanía. La atención primaria de la salud es un puente para llegar a mayor cantidad de gente en el menor tiempo posible¹⁴.

La atención primaria y la inversión pública son las dos herramientas más potentes para lograr un modelo prestador más igualitario y equitativo.¹⁵ Para eso el punto inicial debería ser una atención programada de población nominalizada y un registro de su estado de salud.

2 Atención primaria cuidado esencial de la salud. La búsqueda del predominio de la atención primaria sobre la especializada busca llevar adelante un modelo de atención basado en la prevención y detección precoz de las enfermedades, lo que

conlleva la asignación eficiente del gasto en salud y mejora la calidad de vida de la población.

De esta forma se considera a la atención primaria de salud como el cuidado esencial de la salud, sustentada en métodos científicos socialmente aceptables, apoyada en tecnologías accesibles a toda la población a través de una participación plena, con costos al alcance del Estado y de la comunidad¹⁶, y llevando los servicios de salud lo más cerca posible de los lugares en que viven y trabajan las personas. Asimismo, constituye una parte integral del sistema sanitario del país, siendo su función central y principal objetivo el progreso general social y económico.

Lleva los servicios de salud lo más cerca posible de los lugares en que viven y trabajan las personas. Hace pensar en revitalizar la capacidad de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar nuevos desafíos y mejorar la equidad.

3 Atención primaria como modelo prestador. La atención primaria inicialmente debe ser selectiva e integrada en red. Debe orientarse a un número limitado de servicios de alto impacto para afrontar desafíos en salud prevalentes en países en desarrollo y frente a la aparición de nuevos retos epidemiológicos. Esto implica iniciativas que estrechen la brecha actual, corrigiendo parcialmente debilidades e inconsistencias, desarrollando nuevos conocimientos e instrumentos para mejores prácticas¹⁷.

Se requiere integralidad, que cubra la atención de la enfermedad, la promoción y la prevención; conformación de redes entre centros de atención primaria y especializada; flexibilidad en la oferta, respon-

diendo a los aumentos de la demanda y en los horarios; universalidad, atendiendo a todos independientemente de la cobertura; racionalidad tecnológica, ampliando la oferta de ésta con servicios como laboratorio, ecografía, odontología, radiología, etc; regionalización, referenciación y consolidación para generar sistemas locales de salud; descentralización, llegando a la comunidad y a los hogares; intersectorialidad, con bienestar social, educación, obras públicas para asegurar acciones comunes; interjurisdiccionalidad, sumando apoyos, programas, recursos nacionales, provinciales y municipales; participación social real y concreta, interdisciplinariedad y capacitación permanente¹⁸. Además, es fundamental establecer que los servicios clínicos sanitarios en atención primaria de salud deben centrarse en el paciente y en su vínculo con el médico. Aquí, el acto clave es el encuentro¹⁹.

4 Lograr una mayor participación ciudadana. La implicación de los ciudadanos favorece la efectividad de las intervenciones en salud. Para ello se debe conseguir que las personas se sientan protagonistas y responsables de las decisiones que afectan a su salud. Asimismo, debe fomentarse el acceso a la información sobre problemas y riesgos, sus consecuencias y acciones posibles, tanto individuales como colectivas. Del mismo modo, se debe potenciar la capacidad de elección de los ciudadanos y el respeto de las opciones personales²⁰. Para lograr el protagonismo activo se deben crear incentivos que incrementen la responsabilidad individual sobre la salud. Esto incluye la concientización sobre las consecuencias de las acciones, las conductas y los procesos que pueden afectar el medio ambiente.

La intersectorialidad y la participación precisan del interés por un fin superior, más allá del corto plazo electoral partidario. Requiere fluidez en los contactos, capacidad de generar acuerdos y respetarlos, y consensos dirigidos a la acción. Se debe activar el compromiso político, movilizar a los diferentes sectores para trabajar hacia una misma meta y se debe generar una serie de mecanismos y estructuras de coordinación, articulación y trabajo en red, que sería la concreción última y el desempeño esperado de estas políticas. Se deben generar nuevos modelos organizativos, de gestión de la promoción, prevención y atención primaria orientada a la comunidad. Sus bases son la participación comunitaria, la política pública y la planificación de recursos humanos, sistemas de información y presupuesto, enfocados a extender los servicios de salud y a su reordenamiento²¹.

5 Incluir los programas de salud verticales para aumentar el empoderamiento de la atención primaria²². Siguiendo lo que impone la transición demo-epidemiológica, se debe prestar promoción de la salud, nutrición de la comunidad y de las escuelas, controlar las enfermedades transmisibles, proveer de vacunación y abastecimiento de medicamentos (por ejemplo a través del programa nacional Remediar + Redes), entre otros. Deben articularse los programas de promoción con el asistencialismo económico para generar inversión en salud de la población²³⁻²⁴⁻²⁵. Otro ejemplo es la atención y acceso universal con nominalización y actuaciones sobre la enfermedad crónica, generando programas de salud con unidades móviles, mayor capacidad de respuesta y creación de anillos digitales para tener acce-

so a una historia clínica única. Esta articulación permite que todos los profesionales de salud que tengan contacto con el paciente, puedan tener la mejor información para tratarlo²⁶.

También es necesario mejorar el acceso al conocimiento de los médicos desarrollando actividades conjuntas del nivel de grado con el de especialización y de éstos con las universidades, impulsando procesos de educación formal permanente y continua como el programa de médicos comunitarios con las universidades. Así se obtendrá de los profesionales racionalismo planificador, administración, contención de costos, acortamiento de la brecha entre eficacia y efectividad, entre la efectividad y la mejora de la eficiencia, gestión clínica y gestión basada en la evidencia. No hay que abandonar aquellos proyectos de descentralización selectiva, estos convienen para disminuir la carga sanitaria y los gastos, y mejorar el nivel de acceso. Se deben dejar de hacer declaraciones y consolidar planes de acción que generen la ilusión del objetivo. Incluir racionalismo planificador, gerencialismo, contención de costos, acortamiento de la brecha entre eficacia y efectividad, entre la efectividad y la mejora de la eficiencia, gestión clínica y gestión basada en la evidencia²⁷⁻²⁸. El carácter múltiple de los factores que condicionan y determinan la salud de las personas y las comunidades exige una respuesta desde todos los sectores. Se habla demasiado de articular, pero cada sector funciona por separado: los enfrentamientos no son solo entre jurisdicciones o partidos políticos, sino de internas y de pertenencias, estériles, anodinas e improductivas que no contribuyen en nada la calidad de la regionalización y de las redes de atención primaria²⁹.

Todo esto lleva a la necesaria definición de estrategias de salud intersectoriales, que se traduzcan en oportunidades de salud y calidad de vida, lo que implica trascender los límites de la simple coordinación y lograr sinergias que potencien los esfuerzos y recursos disponibles. Siempre fue muy complejo, hoy casi imposible, pero se debe luchar para conseguirlo. Implica cosas simples: trabajo conjunto, colaboración y beneficio para todos los partícipes que, entre otros efectos, produzca mejoras en la salud. Por supuesto, requiere una voluntad expresa, actitud dispuesta y abierta y un marco formalizado de compromisos y responsabilidades compartidas³⁰.

6 Asegurar la inversión y el financiamiento en atención primaria de la salud. La financiación sanitaria no es sólo recaudar dinero para la salud; también es una cuestión de quién paga, cuándo se paga y cómo se gasta el dinero recaudado. La valoración de la imparcialidad de las contribuciones puede ser compleja, pero no se pueden distraer dineros destinados a la salud en su dimensión integral más allá de la curativa y no puede basarse el pago del seguro en los ingresos. Por ello hay que pensar una elección desde otro aspecto, con más acreditación de servicios y de las prestadoras en resultados y menos mercado, de lo contrario se consolida la inequidad. Además el conjunto de sistemas fiscales debe ser progresivo. La estructura de varios fondos que sirven a diferentes grupos de población no es eficiente, porque duplica esfuerzos y aumenta el gasto de los sistemas de administración e información.

Si se quiere que el sistema de salud sea sostenible, debe sustentarse en una excelente atención primaria, organizada en red, con contribuciones

financieras que sean asequibles y justas³¹.

Comentarios

La sociedad necesita que la atención primaria no tenga sólo un compromiso curativo, sino también preventivo y social. Los modelos de calidad no ponen estos aspectos en su justo término. Existen “bolsas de ineficiencia” que nadie dimensiona como los pacientes expulsados del sistema, inequidad con los pacientes crónicos, geriátricos, terminales y con problemas psicosociales. Se cree también en parte que el modelo de atención gira en torno de la medicalización más absoluta, donde se confunde a menudo y se impone siempre la razón administrativa sobre la sanitaria, favoreciendo la promoción exclusiva de terapias farmacológicas de las que se espera todo. A pocos les interesa la promoción de estilos de vida saludables, el autocuidado, la educación para la salud y la atención de la comunidad.

La capacidad de resolución de la atención primaria de salud necesita llegar al 85% de los problemas de salud de la población. Para ello hay que mejorar la efectividad, lo que hace necesario implementar estrategias tendientes a incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica, mejorando la formación de los profesionales, extendiendo la accesibilidad a pruebas de laboratorio y tecnologías de imágenes que favorezcan la capacidad de resolución, y la calidad de la atención. Un primer nivel de atención competente, con buena capacidad resolutoria y compuesto por un equipo con médicos generales formados y especialistas básicos como enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales, puede resolver el 95% de los problemas que se presentan. Esto quiere decir que se pueden derivar a otro nivel de

atención uno de cada 20 problemas. En la experiencia de Australia en 2004-2005 hubo 90 millones de asistencias a médicos generales que facturaron a Medicare y el 90% de la población visitó un médico generalista por lo menos una vez en el año. Aunque los costos directos de atención en medicina general son 5,5%, en promedio, de los US\$ 78,6 billones del gasto sanitario total (privado y público), la práctica general tiene influencia significativa en el total del gasto en productos farmacéuticos (24%), especialistas en cuidados/procedimientos (10%) y hospitalización (29%)³²⁻³³.

La atención primaria y los médicos generalistas en particular, enfrentan importantes retos para cumplir su papel y función, ya sea en su financiación, reconocimiento, capacidad de proporcionar atención integral o en la integración con el resto del sistema de salud. Uno de los mismos es entender y comprender que los cuidados son multidisciplinarios, que están comandados por el médico general, de familia, comunitario o internista, pero también debe ser agente de su paciente para los cuidados especializados, para su continuidad e integralidad. Debe existir un reconocimiento de las autoridades, porque los problemas son complejos y requieren tiempo, continuidad y voluntad política. Se precisa formación de recursos humanos, inversión, capacitación, mejorar de la estructura, provisión continuada de medicamentos, anticonceptivos, planificación familiar, consejería, suministro de leche y alimentos, para que los habitantes vayan a ella y encuentren desde allí el acceso universal a un sistema de salud más eficiente y efectivo.

Conclusión

A modo de conclusión, para lograr que la atención primaria de salud



2014

ExpoMedical

12da. feria INTERNACIONAL DE PRODUCTOS,
EQUIPOS Y SERVICIOS PARA LA SALUD

13^{RA} JORNADAS DE
CAPACITACIÓN
HOSPITALARIA



Nuevos pabellones
200 empresas expositoras
15.000 visitantes profesionales
10.000 m² de superficie



1 al 3 de octubre 2014

CENTRO COSTA SALGUERO BUENOS AIRES

Media Partner:

TEMAS HOSPITALARIOS
Guía Anuario  ExpoMedical


Organiza
MERCOFERIAS S.R.L.

Tel./fax: (54-11) 4791-8001
Skype: expomedical
info@expomedical.com.ar

www.
expomedical
.com.ar

sea la “puerta de entrada” al sistema de salud se deben superar varios desafíos, entre ellos el financiamiento y su consolidación. Es necesario actuar sobre la fragmentación entre los niveles de atención, darle continuidad al tratamiento de la enfermedad crónica y que todo el sistema de salud la reconozca como tal³⁴. La continuidad asistencial y la coordinación entre los diversos dispositivos sanitarios, especialmente entre la atención primaria de salud y la atención especializada, son objetivos esenciales siempre enunciados y no siempre resueltos³⁵.

Se deben ejercer ciertas acciones como el aumento del empoderamiento a través del desarrollo de programas verticales con financiamientos e incentivos que formalicen y nominalicen la cobertura formal. También se debe impulsar las carreras profesionales, dotar la atención primaria de salud de tecnologías de información y diagnóstico, disminuir la envergadura de lo “medicalizado” y lo “medicamentado”, desarrollar más programas sociales y alimentarios a través de los centros de atención primaria, junto con reasignarle pacientes de los hospitales. Por último, se debe incorporar en los equipos de salud la educación social, sanitaria y gestión, ya que deben hacerse responsables y partícipes de su sistema sanitario, evitando abusos y despilfarros³⁶.

La atención primaria de salud debe convertirse en el principal ingreso al sistema sanitario argentino. Es un camino largo, que requiere decisiones conjuntas y coordinadas, orientadas a fortalecer un modelo de atención basado en la prevención y detección precoz de enfermedades, generando una asignación eficiente del gasto y una mejora en la calidad de vida de la población. 

Referencias

- 1 **Torres R, Siede JA.** 2002. Atención primaria de la salud. Mimeo. Universidad ISALUD. Biblioteca.
- 2 **OMS.** 2008. La atención primaria de la salud. Más necesaria que nunca.
- 3 **Programa Nacional SUMAR.** Ministerio de Salud de Argentina. msal.gov.ar.
- 4 **Tobar F.** 2006. La red pública de atención primaria de la salud en la República Argentina.
- 5 **Bertolotto A, Fucks A, Rovere M.** 2012. Atención primaria de Salud en Argentina proliferación desordenada y modelos en conflicto. Saude em Debate. 35.94:362-374
- 6 **Iglehart JK.** 2012. Primary Care Uptodate-Light at the end of the tunnel?. New England J Med, 366.23.2144-2147
- 7 **Tobar F.** Un poderoso instrumento para mejorar la atención primaria. Boletín PROAPS-REMEDIAR. 2003;1(1):1-2.
- 8 **La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.** Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington D.C.: OPS, 2007.
- 9 **Starfield B, Shi L, Macinko J.** 2005. Primary Care Contributions to Health Systems and Health. Documento de 46 páginas.
- 10 **Infante A. The Post Military Government Reforms to the Chilean Health System.** En Health Services Knowledge Network Meeting; London;2006:1-10.
- 11 **Biscaia A, Martins J, Ferrinho P, Gonçalves I, Antunes A, Carreira M.** Cuidados de saúde primário em Portugal: reformar para novos sucessos. Lisboa: Padrões Culturais, 2006.
- 12 **OMS.** Capítulo 2. Impulsar y mantener la cobertura universal. En: La atención primaria de la salud. Más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza: OMS, 2008:25- 41.
- 13 **Lee K, Koivusalo M, Ollila E, Labonté R, Schrecker T, Schuftan C, et al.** Globalization, Global Governance and the Social Determinants of Health: a review of the linkages and agenda for action. Genova: OPS. 2006.
- 14 **Dans AM, Dans L, Oxman AD, Robinson V, Acuin J, Tugwell P, et al.** Assessing equity in clinical practice guidelines. J Clin Epidemiol. 2007 Jun;60(6):540-6.
- 15 **Dans A et al.** 2007, Assessing equity in clinical practice guidelines. Journal of Clinical Epidemiology, 60:540-546.
- 16 **Gérvas J, Pérez Fernández M.** Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. Rev Bras Epidemiol. 2006;9(3):384-400
- 17 **Clavería A, Ripoll Lozano MA, López-Rodríguez A, Rodríguez-Escudero C, García J.** La cartera de servicios en atención primaria, un rey sin camisa. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(Suppl 1):142-150.
- 18 **Bloch C.** Atención Primaria de Salud en Argentina, desarrollo y situación actual. [Mesa Redonda]. En: II Jornadas de APS; Buenos Aires; 1988:13-47.
- 19 **Gérvas J.** Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. Semergen. 2004;30(5):245-257.
- 20 **Sistema Andaluz de Salud.** Ejes transversales para mejora las intervenciones de salud. En: 3er Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Consejería de Salud y Bienestar Social. 2004;1:85-92.
- 21 **Sapag J.** Promoción de la salud y atención primaria en Chile: desafíos para el siglo XXI. En: Seminario Taller. Herramientas metodológicas para la promoción de la salud en el enfoque de salud familiar; Coyhaique;2007. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2007.
- 22 **Simó J.** Empowerment profesional en la atención primaria médica española. Aten Primaria.2005;35(1):37-42.
- 23 **Ministerio de Salud de la Nación Argentina.** Programa Nacional REMEDIAR+REDES.
- 24 **Rosero L.** Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica. Bol Of Sanit Panam. 1985;99(5):510-527.
- 25 **De Vos P, Malaise G, De Ceukelaire W, Perez D.** Participación y empoderamiento en la atención primaria: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. Med Soc. 2009;4(2):127-134.
- 26 **Segura BA.** Objetivo 4. Reducir las enfermedades crónicas. En: Informe SESPAS, La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Sevilla España:SESPAS,1999:1-16.
- 27 **Repullo Labrador JR.** 2007. Gestión clínica e integración asistencial: retos de la atención primaria y sostenibilidad del sistema sanitario. Escuela Nacional de Sanidad Instituto de Salud Carlos III
- 28 **Segura Benedicto A.** 1999. Informe SESPAS. Reducir las enfermedades crónicas. Objetivo 4. Es el análisis de la que establece el programa de salud europeo Salud para Todos de la OMS. Se formula reducción de un 10% de morbilidad y discapacidad en la atención primaria.
- 29 **Sistema de información de atención primaria Sistema Nacional de Salud.** 2007. Organización de la atención primaria en las Autonomías.
- 30 **3er Plan Andaluz de Salud.** 2003-2008. Ejes transversales para mejorar las intervenciones en la salud.
- 31 **Organización Mundial de la Salud.** Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Gineva: OMS,2010.
- 32 **Britt H, Miller GC, Charles J, Knox S, Valenti L, Henderson J, et al.** General practice activity in Australia 2004-05. General practice series. Canberra: AIHW,2005.
- 33 **Australian Institute of Health and Welfare.** Health expenditure Australia 2003-04. Health and Welfare Expenditure Series No. 25. Canberra: AIHW, 2005.
- 34 **Freeman G, Hjortdahl P.** What future for continuity of care in general practice? BMJ. 1997 Jun 28;314(7098):1870-3.
- 35 **Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R.** General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. J Qual Clin Pract. 2001 Dec;21(4):104-8.
- 36 **García Barreno P, Rubia Vila FJ, Segovia de Arana JM.** La sanidad en Europa. Madrid: Academia Europea de ciencias y artes. Sistema, 2007.