

UNA MIRADA CRÍTICA DESDE LA SALUD FAMILIAR: ACOGIDA, VÍNCULO Y PARTICIPACIÓN DEL USUARIO DEL PROGRAMA CARDIOVASCULAR

A CRITICAL VIEW FROM A FAMILY HEALTH CONCEPT:
RECEPTION, LINK AND PARTICIPATION OF THE USER
IN THE CARDIOVASCULAR PROGRAM

JULIO PARRA FLORES^{1*}, CAROLINA SEPÚLVEDA ROMERO²,
MARÍA ANGÉLICA MARDONES HERNÁNDEZ¹

¹Departamento de Nutrición y Salud Pública, Facultad Ciencias de la Salud y de los Alimentos,
Universidad del Bío Bío-Chillán, Chile. juparra@ubiobio.cl

² Centro de Salud San Ramón Nonato, Departamento de Salud Municipal de Chillán, Chile

RESUMEN

La rápida transición nutricional en Chile ha provocado el aumento explosivo de factores de riesgo de enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), aumentando la morbilidad y mortalidad cardiovascular. La Atención Primaria de Salud (APS) está orientada a resolver problemas de salud de la comunidad, integrando promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; fomentando el autocuidado y la responsabilidad primera del usuario afectado, definiendo en este proceso el **Hacer, Tener y Ser**. En esta transformación de una persona sana a una persona enferma, se afectan aspectos físicos, psicológicos, laborales y sociales, provocando además ansiedad y negación, siendo éstos ignorados o no comprendidos por el personal de salud, ya que se considera como una actividad de rutina. En virtud de los resultados deficientes de las estrategias de salud, y de la cronicidad de estas enfermedades, es necesario reflexionar acerca de la acogida, vínculo y participación de este usuario con el personal del centro de salud y cómo realizar acciones orientadas a hacer más humana la relación usuario-personal, ya que estos aspectos relacionales son fundamentales de toda acción terapéutica y de tratamientos a largo plazo.

Palabras clave: Atención primaria de salud, vínculo, acogida, participación, programa cardiovascular.

ABSTRACT

The fast nutritional transition in Chile has caused a spreading growth of risk factors in transmissible chronic diseases, increasing the morbidity and cardiovascular death rates. Public Health Primary Assistance is oriented to solve community health problems, including advertising, prevention, treatment and rehabilitation, promoting user's self-care and first-responsibility, defining processes such as *doing, having and being*. The path from being a healthy person into a sick person involves that physical, psychological, work, and social aspects are altered. These changes cause anxiety and rejection states, which turn out to be ignored, considered as a routine and not really understood by the health staff. Considering the poor results of public health strategies to treat patient and chronic frequency of these diseases, it is necessary to reflect upon the reception, link, and participation that take place between the user and the health center personnel, as well as to reflect on how to carry out human-oriented actions towards improving the user-personnel relationship, as it becomes critical for every long-term therapeutic action and treatment.

Keywords: Primary Health Assistance, link, reception, participation, cardiovascular program.

Recibido: 17.08.08. Revisado: 22.08.08. Aceptado: 13.09.08.

Chile experimenta una rápida transición nutricional con un progresivo aumento de los factores de riesgo para Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) (Jadue *et al.*, 2003). La contribución del aumento

de ingreso, la urbanización, el aumento aparente de consumo de grasa y los hábitos sedentarios nos explican este aumento (Albala *et al.*, 2002).

Tabla I. Prevalencia de Factores de Riesgo Encuesta Nacional de Salud 2003 (MINSAL 2006).

Factores de riesgo	Prevalencia	Factores de riesgo	Prevalencia
Hipertensión arterial:	33,7%	Obesidad mórbida	1,3%
Diabetes mellitus :	4,2%	Obesidad:	22,0%
Colesterol alto:	35,4%	Sobrepeso:	38,0%
Tabaco	42,0%	Sedentarismo	89,4%

Además, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares como proporción total de muertes, constituye la primera causa desde los años '60 y las ECNT aumentaron desde 54% para todas las muertes en 1970 a 75% en 1998 (PAHO, 2000). Esta situación muestra una disminución lenta, pero sostenida a partir del año 1985; probablemente por mejoras en el diagnóstico y control de la Hipertensión Arterial (HTA) y mejor manejo clínico de la morbilidad coronaria aguda (Albala *et al.*, 2004b).

También cabe destacar que las enfermedades cardiovasculares y riesgo cardiovascular afectan a más del 50% de la población, transformándose además en una gran carga económica para el individuo, para la familia y para la sociedad por mayor demanda de atención médica especializada en servicios clínicos de alta complejidad tecnológica y por ende se clasifica como enfermedad ca-

tastrófica (Valdivia *et al.*, 1994). Pero el costo no es sólo en insumos y recursos médicos, cabe considerar el costo indirecto que significa las pérdidas potenciales de producción que ocasiona una enfermedad; es así como hay recursos que dejan de generarse por su causa, como la producción laboral del enfermo y de los cuidadores no remunerados de éste, productividad doméstica e incluso tiempo de ocio sacrificado por ambos (Oliva *et al.*, 2004).

Con estos antecedentes el MINSAL, en la "Reorientación del Programa Cardiovascular", se fija como objetivo general: "Prevenir la morbilidad y la mortalidad en sujetos en riesgo cardiovascular" (Escobar *et al.*, 2002), claro está, con un enfoque únicamente biomédico.

Pero esto, ¿Qué tanto significa para el país y la sociedad... ¿Cómo afecta al protagonista, a la persona?

1. HACER, TENER Y SER EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

1.1. Hacer

La Atención Primaria de Salud se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad e integra la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Resalta la participación de todos los sectores conexos a salud en forma coordinada. Exige y fomenta la auto-responsabilidad y la participación del individuo y la comunidad, obteniendo el mayor provecho de los recursos disponibles. Prioriza el trabajo en equipo para atender las necesidades expresadas de la comunidad. Insta a los gobiernos a formular políticas, estrategias y planes para iniciar y mantener la atención primaria de salud (MINSAL, 1997).

Lo anterior deriva de la Conferencia de Alma-Ata en 1978, en la que el gobierno asigna a la salud la calidad de bien consustancial a la vida de las personas, la reconoce en la Constitución de la República como un derecho de todos los chilenos y propone algunos objetivos o tareas ineludibles, que enmarcan el *hacer* de salud (MINSAL, 1997).

Hacer justicia en salud: reduciendo las diferencias entre el acceso y la calidad de promoción, prevención y atención. Dar más años a la vida: disminuyendo las muertes prevenibles y aumentando las expectativas de vida de los chilenos. Dar más salud a los años: que ellos sean más plenos a través del desarrollo y uso de las capacidades físicas y mentales para vivir saludablemente y aspirar a una vida feliz. De lo antes definido deriva el *hacer* de la APS (MINSAL, 1997): mejorar la calidad de vida de los chilenos, mientras el Estado asegura el derecho de acceso, priorizando a los sectores más pobres. Hacer de la APS una estrategia de desarrollo, para cooperar en mejorar el nivel de vida de la población y reestructurar el sistema de

salud, para lograr una visión renovada de salud.

La tarea es enorme e impacta distintos ámbitos, lo que hace además que la APS se transforme en una oportunidad de desarrollo personal, comunitario y social. Su característica de integrar y ver a las personas como un ser holístico obliga a abordar los desafíos de distintas perspectivas y necesariamente se deben sumar otros actores en el trabajo.

Elevar el nivel de salud de las personas sobrepasa el ámbito de acción y los recursos del centro de salud, por consiguiente es responsabilidad compartida con la población, las instituciones y organizaciones que puedan aportar (MINSAL, 1997).

La APS se transforma en la puerta de entrada al sistema, realiza el primer contacto lo que exige, para el éxito, una atención personalizada. Este "... acceso implica la ausencia de barreras a la atención, ya sean de tipo geográfico, financiero, organizacional, sociocultural y de género...", también los servicios deben ser aceptados; o sea considerar "necesidades, preferencias, cultura y valores de la comunidad" y por último "la aceptación determina si las personas usarán los servicios, también influye en las percepciones sobre el sistema de salud, en la satisfacción de las personas con los servicios ofrecidos, en el nivel de confianza en los proveedores y en el grado de comprensión de los consejos médicos o de otro tipo que recibe el usuario" (OPS/OMS, 2005).

Es así como el hacer se transforma concretamente en: Hacer primer contacto, garantizar acceso y cobertura a programas de salud, especialmente a los sectores más pobres en el marco de políticas y programas vigentes, brindar atención integral e integrada, atención con enfoque preventivo promocional, con orientación familiar y comunitaria, a través de mecanismos de participación activa de la comunidad, que incor-

pore al intersector, con una organización y gestión óptimas para asegurar los recursos humanos y económicos adecuados y sostenibles (OPS/OMS, 2005).

Además, “debemos ser capaces de modificar y de revisar nuestro trabajo cotidiano y nuestras decisiones cada vez que la experiencia propia o la de otros nos muestren que existen alternativas de acción más eficaces” (MINSAL, 1997).

Como resultado del hacer nos acercamos a lo que se pretende tener, lo que es consecuencia de las acciones realizadas, pero muchas también son recurso para el quehacer (OPS/OMS, 2005).

1.2. Tener

Queremos *tener* un sistema que garantice el acceso, no sólo referido a la prestación como tal, sino también al proceso que el usuario debe seguir; servicios y programas que se evalúan con orientación a la calidad y consideran un diagnóstico participativo; la promoción y prevención como las herramientas básicas; personas, familias y comunidad empoderados con participación activa; intersector presente y activo; gestión eficiente que asegura la sustentabilidad del sistema. Sólo después de estos logros, podremos decir lo que idealmente llegaremos a *ser*.

1.3. Ser

Queremos *ser* parte de un proceso participativo, descentralizado e intersectorial, para mejorar integralmente la calidad de vida de todos los usuarios del país. En este proceso la primera prioridad la tienen los sectores pobres y postergados. Son componentes estratégicos del desarrollo local: la gestión participativa, la participación social, la mantención de la salud, la prevención y control de

riesgos, el autocuidado y la integración de los niveles del sistema de salud (MINSAL, 1997).

Un sistema de atención centrada en la persona considera las dimensiones física, mental, emocional y social, siendo así un abordaje holístico, por profesionales con conocimiento de las personas; una atención con empatía que dé confianza en los médicos, una atención acorde a las necesidades de los pacientes, donde tengan posibilidad de compartir las decisiones con el médico (OPS/OMS, 2005).

De esta percepción más humana, se debe entender el proceso interno que ocurre cuando a una persona que utiliza nuestro sistema de salud se informa rutinariamente que padece una enfermedad crónica que lo acompañará toda la vida.

2. SIGNIFICADO PARA EL USUARIO: *SER* CRÓNICO

Cuando un paciente es diagnosticado o padece enfermedad crónica, se van a ver afectados aspectos físicos, psicológicos, familiares, laborales y sociales; la magnitud del problema dependerá de aspectos biográficos y recursos personales del o la afectada (Moreno y Rubio, 2006). Por lo general, la ansiedad y sentimientos que desencadena el diagnóstico no son percibidos por el médico (Fundación para la diabetes, 2002), quien da la noticia con evidencia de exámenes y procedimientos previamente establecidos, entrega el diagnóstico, completa formularios, pero olvida todo lo que eso significa y no pregunta a la persona de qué manera la afecta o la hace sentir.

En la fase aguda o crítica del diagnóstico de la enfermedad se aprecian 5 fases (Moreno y Rubio, 2006): 1) Fase inicial de rechazo o negación, como mecanismo de defensa que minimice el impacto. 2) Ira, rabia y re-

sentimiento, lo que crea hostilidad y alejamiento y por consiguiente aumento de la frustración y agresividad. 3) Búsqueda de apoyo emocional, post racionalización o evidencia, acercamiento a la familia o amigos para enfrentar la realidad. 4) Depresión reactiva, lamentos por pérdidas sufridas y futuras, representan altas dificultades para la familia y también para el equipo de salud. 5) Dependencia, aumentan las consultas por mínimos problemas.

Los problemas físicos le exigirán adaptarse a nivel laboral, puede variar el ritmo, los horarios o incluso traer incapacidad. Con relación a la familia puede haber pérdida de rol y otro integrante asumir la responsabilidad, variar las rutinas y presentarse problemas de comunicación. Finalmente, en las relaciones sociales y lazos afectivos, puede haber deterioro del estatus por pérdida de trabajo o dinero, aislamiento social, cambio en utilización del tiempo libre y modificación de la cantidad y calidad de las interacciones sociales (Moreno y Rubio, 2006).

El *yo* sano se transforma en *yo* en un mundo de enfermedad con restricciones y control de una enfermedad no comprendida, principalmente porque no se mejora como la mayoría de las enfermedades, se desencadena la urgencia por tener salud, sienten que no hay futuro, nada puede serle útil al *yo* (Muñoz *et al.*, 2003).

“La readaptación deberá entenderse como la integración de un individuo que es partícipe de una nueva realidad dentro de la sociedad, ejerciendo sus posibilidades, de forma que le permita el máximo desarrollo psicológico, personal y social”. Esta readaptación tiene que ver directamente con las capacidades energéticas y funcionales que se relacionan con la edad, nivel educacional, personalidad y motivaciones afectivas para superar su déficit (Moreno y Rubio, 2006).

En este torbellino de sentimientos y preocupaciones, intentan tener fortaleza y re-

cuperar el bienestar, entonces cuán necesario es revisar nuestras prácticas como centro de atención de estas personas y sus familias y, en consecuencia, debemos reexaminar esta situación desde una perspectiva más humana, de acogida, comprensión y apoyo.

3. LA ACOGIDA Y VÍNCULO

Con lo expresado anteriormente, se hace imprescindible reflexionar acerca de nuestro quehacer y toma de decisiones para avisar si existen alternativas de acción más eficaces. La verdad es que, respecto a la acogida y vínculo, sólo existen iniciativas personales, pero no hay una política del programa que lo establezca como necesidad o estrategia, todo está bajo normas: diagnóstico, flujogramas de atención, abordaje terapéutico; es decir, todo lo biomédico está normado y, aunque estas normas existan, los indicadores ya no mejoran porque un abordaje parcial sólo puede dar resultados también parciales.

Las enfermedades crónicas se caracterizan por presentar mejorías y recaídas, lo que suele provocar frustración y resentimiento en la relación profesional-paciente, convirtiéndose ésta en una situación tal que uno vigila y el otro pone pretextos. Con todo lo que la enfermedad implica, el establecimiento de un vínculo se transforma en la piedra fundamental de toda acción terapéutica, ya que un tratamiento a largo plazo es primordialmente un proceso de respaldo (Facchini, 2004).

Al diagnosticar, se hace necesario una serie de preguntas: 1) ¿Qué paciente tiene esta enfermedad? (perfil). 2) ¿Qué significado tiene esa enfermedad para ese paciente? y 3) ¿Qué significado tiene esa enfermedad para ese paciente en su contexto sociocultural?. Así se puede decir que existe un diagnóstico más completo y, en consecuencia, el modo de abordar la enfermedad involucra a la per-

sona creando una alianza terapéutica que predice mayor posibilidad de éxito (Facchini, 2004).

Las personas buscan calidad en su atención, la que evalúan a través de atributos considerados dimensiones humanas, como la empatía, la confianza y la comunicación, dejando al mismo nivel o incluso a nivel inferior los componentes técnicos (Gómez, 2001). Al desatender esto no sólo arriesgamos el éxito del tratamiento y todas las actividades complementarias que pudiéramos considerar, sino que además estamos poniendo en riesgo una de las principales tareas de la APS, cual es, garantizar el acceso, cobertura y evitar la deserción. ¿Cómo enfrentar este desafío?

4. EL RETO

Definitivamente hay que tener consideraciones desde el principio, **atender al usuario:** comunicar e informar, al **servir:** empatizar y al **derivar:** compartir (Gómez, 2001). Es muy relevante integrar al usuario como participante activo, valorado y esencial para el proceso de cambio (Facchini, 2004).

Se hace necesaria, pues, la participación del usuario en todos los ámbitos, nuestra institución se relaciona con él por la demanda/oferta; si éste hace uso de sus facultades dentro de la relación puede llegar a empoderarse a través de la reflexión que deriva de la problematización y del acuerdo de acciones individuales o colectivas en búsqueda de soluciones (Huerta, 2006), lo que además aliviaría la carga emocional del equipo, que ve desbordadas sus capacidades al no poder dar soluciones o incluso prestaciones como quisiera por un proceso de transferencia de responsabilidad política en la que el funcionario debe responder al usuario por las fallencias del sistema, esto puede llevar al rechazo e imposibilita la empatía y por ende la posibilidad de lenguaje (Ulriksen, 2002).

En consecuencia, debe establecerse una comunicación efectiva, entendida como proceso dinámico cargado de elementos afectivos, estableciendo respeto concediendo el derecho a expresarse; atención y escucha efectivas; empatía, para comprender la posición del otro; con un lenguaje no verbal coherente, para proyectar consecuencia; que considere elementos contextuales del paciente, con mensajes concretos, que otorgue claridad al planteamiento siendo asertivos y asumiendo la responsabilidad personal de lo que se dice. Investigaciones establecen que la comunicación entre prestador/usuario otorga mayor satisfacción al paciente, lo que redundará en mejor adhesión al tratamiento y por lo tanto mejores resultados (Albala *et al.*, 2004a).

Según el modelo educacional, el proceso debe pasar –en primer lugar– por escuchar, para dialogar y finalmente actuar; o sea la participación del otro es ineludible (Huerta, 2006).

Además, es menester considerar la individualidad del paciente y por tanto valorar su proceso personal con relación a la enfermedad, para ello Prochaska diseña el modelo de etapas de cambio: pre-contemplación (no hay intención de cambio), contemplación (quizá en los próximos 6 meses), preparación (el próximo mes), acción (cambios realizados en los últimos 6 meses) y mantención (adquisición de hábito 6 meses a 5 años) (Carrasco, 2006).

También se debe tener en cuenta la participación de la familia como primera red de apoyo, pero es sabido que cuando las personas interactúan habitualmente con otras personas fuera del grupo familiar inmediato, sus recursos personales para enfrentar el estrés se amplía, producto del aprendizaje que se obtiene y de la percepción de apoyo (Albala *et al.*, 2004a). A su vez la asociatividad promueve la participación social que favorece la reflexión y así el empoderamiento (Huerta, 2006), traduciéndose en aporte para

mejorar el sistema con la posibilidad de transformarse en otro integrante del equipo de salud.

Con el insumo anterior se puede proponer acciones para y con el usuario, la comunidad, el intersector y equipo de salud, tales como:

- 1) *Espacio concreto de acogida al ingreso* con una reunión a la que es invitado por escrito con el fin de entregar orientaciones básicas del sistema de atención. El objetivo es establecer un primer contacto que facilite la creación de vínculo, esencial para el éxito de los desafíos que vendrán (Villaseca, 2006).
- 2) *Formar equipos con los grupos de autoayuda* con plan de trabajo y responsabilidades compartidas para el fomento de la participación.
- 3) *Potenciar los clubes de autoayuda existentes*, la pertenencia a un grupo organizado ofrece mayores posibilidades de una relación permanente lo que favorece su proceso personal.
- 4) *Consejería en estilo de vida saludable*, es una herramienta que se establece como relación de ayuda para que el otro asuma su responsabilidad, además cuida al prestador ofreciendo mejores resultados a menor costo emocional (Albala *et al.*, 2004a).
- 5) *Confeción mapa epidemiológico*, ya que facilita las decisiones hacia dónde concentrar los esfuerzos de acción comunitaria para establecer alianzas de cooperación.
- 6) *Confeción matriz de Ottawa y mapa social* con los grupos de autoayuda y equipo de salud para planificar, evaluar y reorientar políticas del programa, a fin de priorizar las acciones, teniendo una visión general y transversal que permita determinar brechas y distribuir las funciones con la comunidad (Huerta, 2006).

- 7) *Actividades de promoción de la salud*, relacionados a factores protectores y autocuidado en escuelas, jardines infantiles y en la canasta de prestaciones del establecimiento consignadas en un programa mensual para elección por el usuario o para derivación en el plan de atención del equipo.
- 8) *Establecer sistema de estímulos para los funcionarios*, a través de compensaciones que no sean económicas, sino más bien de reconocimiento por adoptar una nueva forma de hacer.

REFERENCIAS

- ALBALA C, VIO F, KAIN J, UAUY R. (2002) Nutrition transition in Chile. Determinants and consequences. Public Health Nutrition; 5 (1A) 123-128.
- ALBALA C, OLIVARES S, SÁNCHEZ H, BUSTOS N, MORENO X. (2004a) Modelos de intervención promocional en centros de atención primaria. Conserjerías en vida sana: Manual de Apoyo. INTA. U de Chile Santiago. Chile.
- ALBALA C, OLIVARES S, SALINAS J, VIO F. (2004b) Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud. INTA, Universidad De Chile 1: 65.
- CARRASCO, B. (2006) Apuntes diplomado en atención primaria y salud familiar. Modelos y teorías asociados al cambio de conductas, Centro de Recursos en Promoción de la Salud, Universidad de Concepción, Chile, M 3: 1-10.
- ESCOBAR M, MAÍZ A, SOTO N. (2002) Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. División Rectoría y Regulación Sanitaria. Departamento Programa de las Personas, Programa de Salud del Adulto, MINSAL, Santiago. Chile, p. 7.
- FACCHINI, M. (2004) Cambios de conducta en tratamientos de larga duración. Relación médico paciente Revista Medicina Buenos Aires. Argentina. 64:550-554.

- GÓMEZ, J. (2001) La humanización en la atención primaria de salud. Disponible: <http://www.semergen.es/semergen2/microsites/comunicaciones/Alicante2001/ponencias/2.PDF> [Fecha de consulta: junio 2008].
- HUERTA, P. (2006). El desafío de ser gestor, desarrollo local. Apuntes diplomado de atención primaria y salud familiar. Universidad de Concepción. Chile M 3:1-10.
- FUNDACIÓN PARA LA DIABETES (2002) Boletín INFODIAB: Diabetes: aspectos psicológicos y sociales. Madrid, España. Boletín N° 13:1-4. Disponible: www.dawnyouth.com en Study Diabetes, attitudes, wishes and needs. Novo Nordisk 2002 [Fecha de consulta: julio de 2008].
- JADUE I, VEGA J, ESCOBAR MC, DELGADO I, GARRIDO C, LASTRA P, KAIN J, VIO F, ALBALA C. (2003) Obesity trends and determinant factors in Latin America. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro 19 (S1): S77-S83.
- MINISTERIO DE SALUD (1997) De Consultorio a Centro de Salud, Marco Conceptual. 2ª edición, Ministerio de Salud. Santiago. Chile, p. 118.
- MINISTERIO DE SALUD (2006) Encuesta Nacional de Salud 2003. Disponible: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/ENS.htm> [Fecha de Consulta: junio 2008].
- MORENO P, RUBIO J. (2006) Enfermedad crónica: Problemas de rehabilitación y adaptación, dolor crónico. Manual de Residente de Psiquiatría. S. Cervera y otros. Madrid. España.
- MUÑOZ L, PRICE Y, GAMBINI L, COSTA M. (2003) Significado simbólico de los pacientes con enfermedad crónica. *Revista Escuela Enfermería Universidad Sao Paulo*, 37:77-84.
- OPS/OMS (2005) Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas (original en inglés). Documento de posición de la OPS/OMS. Montevideo, Uruguay. CD46/13(esp.) anexo A: 1-32. Disponible: <http://www.femeba.org.ar/fundacion/> [Fecha de consulta: junio de 2008].
- OLIVA J, LOBO F, LÓPEZ J, DUQUE B, OSUNA R. (2004) Costes sanitarios ocasionados por las enfermedades isquémicas del corazón España. *Cuadernos económicos de Información Comercial Española* 67: 263-298.
- PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO), WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2000) Core Data. United Nation, World Population Prospects 1996. Revision 1998. Special Program on health analysis. PAHO. Available on line. Disponible: www.paho.org. accessed [Fecha de consulta: junio de 2008].
- ULRIKSEN, M (2002) Ruptura del vínculo social, transferencia de responsabilidades. *Revista Psicoanálisis*. Montevideo Uruguay. 24:117-196
- VALDIVIA G, BASTÍAS G, MÁRQUEZ P. (1994) Magnitud de la Enfermedad Crónica en Chile, *Boletín Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. 23: 35-40.
- VILLASECA, P. (2006) Desarrollo del recurso humano y del trabajo en equipo en salud familiar. Apuntes diplomado de atención primaria y salud familiar. Universidad de Concepción. Chile, M1: 1-20.