

## Análisis

Medwave 2013;13(8):e5792 doi: 10.5867/medwave.2013.08.5792

# Atención primaria fortalecida como principal ingreso al sistema de salud argentino

Strengthening primary care as main point of entry to the Argentine health system

**Autor:** Carlos Alberto Díaz <sup>(1)</sup>

**Filiación:**

<sup>(1)</sup>Sanatorio Sagrado Corazón, Buenos Aires, Argentina

**E-mail:** [carlos.diaz@sagrado-corazon.com.ar](mailto:carlos.diaz@sagrado-corazon.com.ar)

**Citación:** Díaz CA. Strengthening primary care as main point of entry to the Argentine health system. *Medwave* 2013;13(8):e5792 doi: 10.5867/medwave.2013.08.5792

**Fecha de envío:** 31/7/2013

**Fecha de aceptación:** 15/9/2013

**Fecha de publicación:** 25/9/2013

**Origen:** no solicitado

**Tipo de revisión:** con revisión por dos pares revisores, a un ciego

**Palabras clave:** atención primaria, sistema de salud argentino, política sanitaria

## Resumen

**Contexto:** el sistema de salud argentino es un sistema fragmentado, de cuidado episódico, con un nivel de gasto importante e indicadores que deberían seguir mejorando. Lo integran tres subsistemas: público, de seguridad social y privado. A pesar de los esfuerzos de estos subsistemas, los pacientes no perciben a la atención primaria de salud como un acceso válido a la atención sanitaria, por lo que prefieren escoger en forma anárquica desde una cartilla de prestadores. **Objetivo:** describir y replantear desafíos para que la atención primaria de salud se consolide como la vía de ingreso principal del sistema de salud argentino. **Análisis:** en la actualidad se ha documentado la magnitud de inequidades en salud, en que las diferencias de vulnerabilidad y exposición contribuyen a agudizar la estratificación social. Esta situación hace necesario organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar nuevos desafíos y mejorar la equidad. **Conclusión:** la atención primaria de salud debe convertirse en el principal ingreso al sistema sanitario argentino. Es un camino largo que exige 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.

## Abstract

**Background.** The Argentine health system is characterized by fragmentation of care, major spending levels and indicators that beg to improve. It is composed of three subsystems: public, private and social security. Despite the efforts of these subsystems, patients do not perceive primary health care as a valid point of entry to health care, preferring to haphazardly choose from a roster of providers. **Purpose.** To describe and reframe the challenges facing primary health care in order to become the main point of entry to the Argentine health system. **Analysis.** The magnitude of health inequities have been amply reported, wherein differences in vulnerability and exposure to disease lead to greater social stratification. This situation makes it necessary to organize a coordinated, effective and sustainable strategy to tackle existing health problems, new challenges and improve equity. **Conclusion.** Primary health care should become the main point of entry to the Argentine health system. This is a long term endeavor that requires joint and coordinated decisions aimed at strengthening a model of care based on prevention and early detection of disease, together with efficient spending and an improvement in the quality of life of the population.

## Contexto

El sistema de salud argentino es un sistema fragmentado, de cuidado episódico, con un nivel de gasto importante (del orden de 9,6% del producto interno bruto, PIB), e indicadores que progresan, pero que tendrían que ser mejores<sup>1</sup>. Se encuentra integrado por tres subsistemas: público, de seguridad social y privado. Argentina es un país federal, por lo que el subsistema público se organiza en los tres niveles de gobierno: la nación, las provincias y los municipios. Las provincias son las responsables de la salud de sus habitantes a través de una facultad constitucional no delegada a los otros niveles. La nación coordina, regula y ejerce la asistencia técnica y financiera. Las provincias y municipios brindan servicios de asistencia directa a la población. El Ministerio de Salud de la Nación es la máxima autoridad y tiene a su cargo la conducción del sector a través del diseño de programas verticales, dictado de normas y ejecución de acciones que permitan la coordinación entre los distintos subsectores. La seguridad social incluye obras sociales nacionales, provinciales y municipales, financiadas por aportes y contribuciones de los asalariados<sup>2</sup>. El sector privado se encuentra compuesto por seguros y prepagos financiados por el aporte o pago directo de particulares y/o familias. Dentro del subsistema público de salud se encuentra la red de atención primaria de salud.

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 existen 12.500.000 personas sin cobertura formal, situación que coexiste con el Programa Nacional SUMAR que brinda cobertura en salud a niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años, así como a las mujeres hasta los 64 años. El Programa Nacional SUMAR se orienta hacia la creación de seguros provinciales de salud<sup>3</sup> y surgió como la ampliación del Plan Nacer que aseguraba la atención de salud a la población materno-infantil.

En la estructura de atención primaria argentina existen 5.413 centros de salud. Los médicos que trabajan allí son 21.593, lo que representa 17,8% del total de médicos del país y 28% del total del subsistema público. Estos datos revelan que la atención primaria no es un destino laboral elegido<sup>2</sup>. 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. No obstante ello, se produce un fenómeno a considerar en los centros de atención primaria de salud: hay más médicos donde más se necesita. Un ejemplo es que en Formosa hay 6,9 médicos cada 10 mil habitantes y en Capital Federal 1,6.

A pesar de los esfuerzos desarrollados desde gestiones públicas ministeriales, obras sociales o planes privados de salud, los pacientes no perciben a la atención primaria de salud como una alternativa de atención elegible, por lo que prefieren escoger en forma anárquica desde una cartilla de proveedores<sup>4</sup>.

Debido a que en general se escribe sobre experiencias positivas de la gestión y poco desde la realidad operativa, es que en este artículo se busca describir y replantear desafíos para que la atención primaria de salud se consolide como la principal vía de ingreso del sistema de salud argentino.

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"*<sup>5</sup>. Era esa implacable realidad la que llevó a poner en marcha un seguro médico basado en el pago de impuestos.

Desde el ámbito de la salud y de los sanitaristas 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<sup>6,7</sup>.

Se han acumulado evidencias y conocimientos respecto a cómo obtener mejores resultados sanitarios priorizando la estrategia de la atención primaria de salud<sup>8</sup>. 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"*<sup>9</sup>. La atención primaria debe constituirse como una vía de acceso fundamental al sistema sanitario.

## Acciones para alcanzar protección social, equidad sanitaria y acceso a los servicios de salud

Las acciones 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 personal<sup>10</sup>. El alcanzar objetivos racionales requiere implementar mecanismos político-técnicos que definan aspectos relacionados con la identificación de las necesidades, la dotación de recursos y la gestión del desempeño.

La distribución de los centros de atención primaria de salud es más equitativa que la de los hospitales, lo cual transforma a la estrategia de atención primaria en una intervención adecuada para corregir inequidades en el acceso y resultados de la salud<sup>11</sup>. En este contexto la pregunta es ¿qué se debe hacer desde la gestión para solucionar las inequidades?

#### 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 posible<sup>12</sup>.

#### 2. Atención primaria como 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 comunidad<sup>13</sup>, 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.

#### 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 prácticas<sup>14</sup>. Se requiere integralidad, flexibilidad en la oferta, universalidad, racionalidad tecnológica, regionalización, descentralización, intersectorialidad, interjurisdiccionalidad, participación social real y concreta, interdisciplinariedad y capacitación permanente<sup>15</sup>. 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 encuentro<sup>16</sup>.

#### 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 personales<sup>17</sup>.

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.

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 reordenamiento<sup>18</sup>.

#### 5. Incluir los programas de salud verticales para aumentar el empoderamiento de la atención primaria<sup>19</sup>.

Siguiendo lo que impone la transición demográfica, 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 población<sup>20-22</sup>.

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 acceso 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 tratarlo<sup>23</sup>.

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<sup>24</sup>.

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 de articular pero cada sector funciona por separado. Los enfrentamientos no son sólo entre jurisdicciones o partidos políticos, sino internos y de pertenencias estériles, anodinos e improductivos que no contribuyen en nada a la calidad de la regionalización y de las redes de atención primaria<sup>25</sup>.

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. Por supuesto, requiere una voluntad expresa, actitud dispuesta y abierta, y un marco formalizado de compromisos y responsabilidades compartidas<sup>17</sup>.

## 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 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 justas<sup>26</sup>.

## Discusión y conclusiones

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<sup>27-29</sup>.

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<sup>30</sup>. 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%)<sup>31,32</sup>. 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.

Para lograr que la atención primaria de salud 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 tal<sup>33</sup>. 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 resueltos<sup>34</sup>.

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 reasignar 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 despilfarros<sup>35</sup>.

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.

## Notas

### Agradecimientos

El autor agradece la colaboración de Amalia Giuliani, Virginia Braem y Emilio Restelli, todos pertenecientes a Sanatorio Sagrado Corazón, en la preparación de este manuscrito.

### Declaración de conflictos de intereses

El autor y los colaboradores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable.

## Referencias

- Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de la salud. Más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza: OMS, 2008. | [Link](#) |
- Tobar F, Montiel L, Falbo R, Drake I. La Red Pública de Atención Primaria de la Salud en Argentina: Diagnóstico y desafíos. Documento de difusión, 2006. | [Link](#) |
- Programa Nacional SUMAR. Ministerio de Salud de Argentina. msal.gov.ar. [on line] | [Link](#) |
- Torres R, Siede JA. Atención primaria de la salud. Buenos Aires, Argentina: Isalud, 2003.
- 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. | [Link](#) |
- Infante A. The Post Military Government Reforms to the Chilean Health System. En: Health Services Knowledge Network Meeting; London;2006:1-10. | [Link](#) |
- 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.
- Tobar F. Un poderoso instrumento para mejorar la atención primaria. Boletín PROAPS-REMIAR. 2003;1(1):1-2. | [Link](#) |
- 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. | [Link](#) |
- 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. | [Link](#) |
- Iglehart JK. Primary care update--light at the end of the tunnel? N Engl J Med. 2012 Jun 7;366(23):2144-6. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- 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. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- 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 | [CrossRef](#) |
- 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. | [CrossRef](#) |
- Bloch C. Atención Primaria de Salud en Argentina, desarrollo y situación actual. [Mesa Redonda]. En: II Jornadas de APS; Buenos Aires; 1988:13-47.
- 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. | [CrossRef](#) |
- 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. | [Link](#) |
- 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. | [Link](#) |
- Simó J. Empowerment profesional en la atención primaria médica española. Aten Primaria.2005;35(1):37-42. | [CrossRef](#) |
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Programa Nacional REMEDIAR+REDES. [on line] | [Link](#) |
- Rosero L. Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica. Bol Of Sanit Panam. 1985;99(5):510-527. | [Link](#) |
- 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. | [Link](#) |
- 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. | [Link](#) |
- Repullo J. Gestión clínica e integración asistencial: retos de la atención primaria y sostenibilidad del sistema sanitario. Escuela Nacional de Sanidad Instituto de Salud Carlos III, 2007 [on line]. | [Link](#) |

25. Instituto de Información Sanitaria. Organización de la atención primaria en las Autonomías. Madrid: Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, 2007:1-19. | [Link](#) |
26. 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. Geneva: OMS, 2010. | [Link](#) |
27. Rodríguez JJ. El futuro de la Medicina General en España y en Europa. Desarrollo y Modelos Conceptuales. 1 Parte. Med Gen. 2001;32(1):279-283. | [Link](#) |
28. Evans PR. The changing scene in general practice in Europe. BMJ. 1994 Mar 5;308(6929):645-8. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
29. Bagnasco ME. El campo de la salud en la Argentina: análisis de los actores, lógicas, y reglas para la construcción de un sistema equitativo e integrado. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina: Salud Investiga, El Ágora, 2009.
30. Harris MF, Harris E. Facing the challenges: general practice in 2020. Med J Aust. 2006 Jul 17;185(2):122-4. | [PubMed](#) |
31. 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. | [Link](#) |
32. Australian Institute of Health and Welfare. Health expenditure Australia 2003-04. Health and Welfare Expenditure Series No. 25. Canberra: AIHW, 2005. | [Link](#) |
33. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? BMJ. 1997 Jun 28;314(7098):1870-3. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
34. 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. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
35. García Barreno P, Rubia Vila FJ, Segovia de Arana JM. La sanidad en Europa. Madrid: Academia Europea de ciencias y artes. Sistema, 2007. | [Link](#) |

**Correspondencia a:**  
 Sanatorio Sagrado Corazón  
 Gerencia Médica  
 Bartolomé Mitre 1955 - C1039AAC  
 Buenos Aires  
 Argentina



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.