

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS ESTADOS UNIDOS Y LA EXPERIENCIA PERUANA EN PERSPECTIVA

PRIMARY CARE IN THE USA AND THE PERUVIAN EXPERIENCE IN PERSPECTIVE

John Muench^{1,a}, Kim Hoffman^{2,3,b}, Javier Ponce^{4,a}, María Calderón^{2,a}, Richard T. Meenan^{5,c}, Fabián Fiestas^{2,d}

¹ Department of Family Medicine, Oregon Health & Science University, Portland, EE. UU.

² Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP), Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud, Lima, Perú.

³ Public Health and Preventive Medicine, Oregon Health and Science University, EE. UU.

⁴ Laboratorios de Investigación y Desarrollo, Facultad de Ciencias y Filosofía, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

⁵ Center for Health Research - Kaiser Permanente, EE. UU.

^a Médico; ^b doctor en salud pública; ^c economista; ^d médico epidemiólogo

Recibido: 29-04-13; Aprobado: 22-05-13

RESUMEN

Debido a un complejo sistema de pagos, el sistema de salud de los Estados Unidos (EE. UU.) es fragmentado, costoso, y alcanza el objetivo de mejorar la salud de toda la población. Los costos excesivos de salud incrementan el déficit económico en los EE. UU., y esto hace que su gobierno tenga mayor disposición a probar nuevos enfoques en la prestación de servicios de salud. Llama la atención que los estados norteamericanos que cuentan con un sistema de atención primaria (AP) sólido, tienen menores gastos por enfermedad y menor utilización de servicios de salud (reflejado en menos días de hospitalización). Es por esto que la AP está extendiéndose en los EE. UU., haciendo que médicos, enfermeras y otros proveedores colaboren en nuevas propuestas de atención basadas en equipo, coordinadas y orientadas al paciente generando beneficios reales, al mismo tiempo que controlan los costos. Esta experiencia estadounidense con una AP con enfoque basado en evidencias ayuda a proponer, desde una perspectiva extranjera, el fortalecimiento de la AP en el Perú.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Administración de los servicios de salud; Servicios preventivos de salud (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Due to a complex payment system, the health system of the United States is fragmented, expensive, and achieves the goal of improving the health of the entire population. Excessive health costs increase the budget deficit in the US. This situation makes to the government to have greater willingness to try new approaches in the delivery of health services. It is well known that the states that have a solid system of primary health care (PC), spent less money in diseases and have lower utilization of health services (reflected in fewer days of hospitalization). This is why the AP is spreading in the US making doctors, nurses and other providers to collaborate on new proposals for team-based care, coordinated and patient-oriented generating real benefits while controlling costs. The US experience with AP support evidence-based approach to propose, from a foreign perspective, strengthening the AP in Peru.

Key words: Primary health care; Health services administration; Preventive health services (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El sistema de atención de salud de los Estados Unidos (EE. UU.) se ha desarrollado erráticamente en el tiempo, convirtiéndose ahora en uno que es fragmentado, costoso, y desde la perspectiva de la población, carente de eficacia. Esto se ha debido a un sistema de pagos complejo, entre otros factores. Una de las iniciativas actuales en este país para mejorar esta situación incluye la extensión de un sistema de salud basado en la atención primaria, dada su costo-efectividad, sostenibilidad y obtención de mayores niveles de satisfacción en la población.

En su forma ideal, la "atención primaria" (AP) es un sistema coordinado que pone más énfasis en la

prevención que en la intervención. Constituye una gestión integral de la salud fundada en los servicios de prevención basados en evidencia. La estructura está basada en la demostración de que este enfoque de AP logra mejores resultados de salud, una mayor satisfacción del paciente, y un uso más eficiente de los recursos. La AP se contrapone a la atención especializada, que más bien crea fragmentación, aumenta los costos y produce resultados poco óptimos en el paciente. Ello explica que el sistema de salud actual en los EE. UU. esté buscando que la AP sea aún más accesible y eficaz, con énfasis en la salud pública y la prevención.

La visión que se tiene hoy en los EE. UU. es que la AP es una especialidad encargada del cuidado continuo y longitudinal del paciente visto como un todo, siendo esta

Citar como: Muench J, Hoffman K, Ponce J, Calderón M, Meenan RT, Fiestas F. La atención primaria en los estados unidos y la experiencia peruana en perspectiva. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(2):297-302.

relación entre la AP y la integralidad lo que tiene el mayor efecto en los resultados de salud. La AP es entendida como el primer lugar en donde el paciente se encuentra con el sistema de salud por un problema o preocupación de salud y es también el lugar que supervisa y brinda atención continua para muchas condiciones médicas crónicas. De hecho, los estados que utilizan más AP tienen menos gastos y menos costos, como por ejemplo en personal de salud, o en tasas inferiores por el uso de servicios de salud (p. ej. los días de hospitalización) ⁽¹⁾, es decir, es un sistema costo-efectivo y eficaz.

Sin embargo, en la actualidad el sistema de salud de los EE. UU. todavía tiene fallas que están afectando su rentabilidad. Estas son consecuencia de la manera en que es financiado. A pesar de la evidencia del éxito de la AP en la generación de resultados positivos para la salud y la reducción de los costos globales de la salud, el nivel de implementación de AP en los EE. UU. en el 2013, es aún precario. Existe una brecha creciente entre la necesidad de médicos especialistas en AP y la preferencia de otras especialidades por los médicos residentes ⁽²⁾. El sistema sigue estando organizado en torno a pagos cuantificados por procedimientos realizados por los hospitales y especialistas, más que en la real, aunque menos tangible, mejora en la salud de los pacientes.

Sin embargo, hay esperanza. Ante el creciente reconocimiento de que los costos excesivos de salud acrecentarán el déficit económico en los EE. UU., su gobierno está fomentando una mayor disposición a aplicar nuevos enfoques de prestación de asistencia sanitaria. La AP será central en este esfuerzo, generando una iniciativa en la que los médicos, enfermeras y otros proveedores colaboren en nuevas formas de atención basadas en el equipo, que sea coordinado y orientado al paciente y que genere beneficios reales para la salud, y a menor costo.

Este manuscrito tiene como objetivo exponer algunas experiencias estadounidenses de atención primaria de la salud y los fundamentos que las sostienen, para luego contrastarla con la experiencia peruana.

DEFINICIÓN Y NECESIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Donaldson *et al.* definen la AP como: *El suministro de servicios de salud integrados y accesibles por médicos que son responsables de hacer frente a una gran mayoría de necesidades personales de salud, el desarrollo de una asociación sostenida con los pacientes, y la práctica en el contexto de la familia y la comunidad.* ⁽³⁾

Así, hay un creciente clamor por un sistema de la salud más coordinado para satisfacer las necesidades de una población que envejece e incrementar el acceso temprano por diversas enfermedades. Por ejemplo, Ferrante *et al.* ⁽⁴⁾ encontraron que un aumento de 0,1% en los proveedores de AP se asocia con un aumento del 4% en el diagnóstico temprano de cáncer de mama. Otros estudios han encontrado que zonas con al menos un 50% de los proveedores siendo especialistas en AP tienen mejores indicadores de salud. Sin embargo, en la actualidad, en los EE. UU. esta razón es solo del 37%. Adicionalmente, se ha encontrado que las regiones que dependen en mayor medida de la atención especializada no tienen necesariamente mejor calidad ni mejores indicadores de salud ⁽⁵⁻⁷⁾.

STARFIELD Y LAS TRES LÍNEAS DE EVIDENCIA

Barbara Starfield *et al.* han recabado suficiente evidencia acerca del hecho de que los sistemas de atención de salud fundados sobre una AP sólida producen mejor atención a menor costo ^(8, 9). Estos investigadores describieron tres principales líneas de evidencia que apoyan la AP:

La salud es mejor en las zonas con más médicos de AP en la población. Shi *et al.*, utilizaron datos estadounidenses del ámbito estatal desde 1985 hasta 1995 para examinar la relación entre los recursos invertidos en AP y las tasas y causas de mortalidad en las poblaciones. Luego de controlar por variables confusoras, encontraron que el aumento de un médico de AP por cada 10 000 habitantes se asoció con una reducción de 14,4 muertes por cada 100 000 habitantes ⁽¹⁰⁾.

Las personas que reciben la atención de los médicos de AP son más saludables a nivel individual. Comparando la salud de las personas que tienen un médico de AP como fuente regular de atención, con las que no tienen este servicio, Franks *et al.* encontraron en una encuesta representativa a nivel nacional, que los adultos estadounidenses que reportaron tener un médico de cabecera en lugar de un especialista como su fuente regular de atención, tuvieron tasas de mortalidad inferiores a cinco años, después de controlar por las diferencias iniciales del estado de salud, características demográficas, estatus de aseguramiento, percepciones de la salud, diagnósticos reportados, y tabaquismo ⁽¹¹⁾. Asimismo, otros estudios han encontrado que las personas que reciben atención regular en centros de salud en la comunidad reciben más los servicios indicados de prevención que la

población general ^(12, 13). Se ha encontrado también que los pacientes en zonas rurales que reciben atención en los centros de salud basados en la comunidad tuvieron mayor probabilidad de haberse realizado Papanicolaou en los tres años anteriores, haber sido vacunados contra la infección neumocócica y las madres fueron menos propensas a tener bebés con bajo peso al nacer, comparados con los pacientes que reciben atención en otro tipo de establecimientos ⁽¹⁴⁾.

Asimismo, se ha evidenciado que en España, donde se aprobó una ley a mediados de la década de 1980 para fortalecer la AP mediante la reorganización de los servicios a través de un programa nacional de centros de AP de la salud, las tasas de mortalidad asociadas a hipertensión y accidentes cerebrovasculares, y las muertes por cáncer de pulmón, se redujeron más en aquellas áreas en las que se implementó por primera vez esta reforma ⁽¹⁵⁾.

De la misma manera, en Canadá, un estudio encontró que los resultados de las cirugías por amigdalitis recurrente u otitis media fueron mejores cuando la atención se solicitó desde un inicio por un médico de AP, quien refirió a los niños al especialista, en comparación con aquellos que fueron al especialista desde el inicio ⁽¹⁶⁾. Los niños referidos tuvieron menos complicaciones posoperatorias, menos episodios respiratorios después de la cirugía, y menos episodios de otitis media después de la cirugía, lo que implica que las intervenciones de especialistas fueron más apropiadas cuando los pacientes fueron remitidos desde la AP. Por último, observamos que en Cuba y Costa Rica, países que reformaron sus sistemas de salud para proporcionar a sus pobladores una fuente de AP, tienen tasas de mortalidad infantil mucho más bajas que los demás países de América Latina. En Cuba, las tasas de mortalidad infantil están a la par con las de EE. UU. ^(17, 18).

Las características de la AP se asocian con la percepción de problemas de salud. Varios estudios han demostrado el impacto positivo de la AP mediante la comparación de la percepción del nivel de salud propio entre los que recibieron una "mejor" AP (según evaluación de las características de AP de salud) y aquellos que reportaron una atención menos adecuada. Entre los que reportaron una mejor AP, alrededor de un 5% menos de personas tuvieron problemas de salud y 6% menos tuvieron depresión, en comparación con las personas que reportaban una AP menos adecuada ⁽⁹⁾. Los estudios realizados en dos zonas diferentes de Brasil confirmaron la relación entre la adecuación de las características de prestación de AP y la salud auto-reportada. En un estudio en Petrópolis, Brasil, Macinko, *et al.* ⁽¹⁹⁾

demonstraron que los pacientes que habían tenido mejores experiencias de AP eran más propensos a notificar una mejor salud, incluso después de ajustar por otras características importantes tales como edad, presencia de enfermedad crónica o reciente, ingreso familiar, nivel educativo y tipo de establecimiento en el que recibieron la atención.

MODELOS EJEMPLARES DE ATENCIÓN PRIMARIA QUE SE IMPLEMENTAN EN EE. UU.

Un ejemplo de modelo utilizado en EE. UU. basado en evidencia científica, son los Hogares Médicos Centrados en el Paciente (HMCP, *Patient-Centered Medical Home*), diseñados para acercar la prestación de AP integral a niños, jóvenes, adultos y ancianos. Este concepto de HMCP emergió en la década de 1960, especialmente para cubrir los cuidados de salud de los niños con necesidades especiales, pero la mayoría de este tipo de hogares se han desarrollado a partir del 2007. En el 2009 ya existían 27 HMPC en 18 estados de los EE. UU.; desde entonces, este número a crecido considerablemente, contando en la actualidad con 10 305 HMPC en todo el país ⁽²⁰⁾.

El HMCP es un modelo de atención que facilita la colaboración entre los pacientes, sus médicos de cabecera y, según sea el caso, la familia. Es un punto de acceso a la atención sanitaria que se organiza en torno a las necesidades del paciente, construida a partir de la relación entre un paciente y un médico. Se trata de una base de la AP no solo capaz de satisfacer el 90% de las necesidades de atención por problemas de salud, sino también de realizar la coordinación de las referencias a diferentes especialidades y servicios complementarios.

El hogar médico implica un ambiente destinado a establecer el primer contacto de los pacientes con el sistema de salud, ofrece una atención integral y cubre una serie de medidas preventivas y de manejo de problemas agudos y crónicos de salud. Es un lugar donde los proveedores de salud participan y llegan a conocer a los pacientes personalmente ⁽²¹⁾. El HMCP establece medidas de desempeño clave, recopila y analiza datos para mejorar la gestión clínica y la eficiencia, y discute las mejores prácticas y sus métodos, usando información basada en evidencia y en datos obtenidos en la práctica.

El hogar médico está centrado en el paciente, con un excelente acceso a la atención e información. Proporciona una continuidad en la atención personalizada con un médico de AP que coordina todo lo concerniente al paciente en el marco de un

sistema de atención integral. Además, por lo general, cuenta con sistemas de información avanzados (por ejemplo, historias clínicas electrónicas) que, una vez establecidos, se pueden utilizar para controlar los datos de los pacientes y analizar los resultados. Así, los HMCP tienen una lista definida de pacientes de los que son responsables y, al mismo tiempo, un grupo específico de pacientes es asignado a cada médico dentro de un HMCP. Por último, los HMCP proporcionan atención basada en equipos multidisciplinarios a través de los cuales los pacientes pueden satisfacer muchas de sus necesidades de salud, tales como problemas de salud mental.

Respecto al impacto del modelo HMCP, se ha encontrado que este modelo se asocia a un menor número de visitas a salas de emergencia y de hospitalizaciones, especialmente cuando se trata de la población menor de 44 años ($p < 0,01$, comparado con otros modelos de servicios). Otro reflejo del impacto del HMCP se observa en los costos médicos. Un estudio en Nueva York encontró que los costos totales por salud para la población pediátrica fueron 8,6% menores para los niños que fueron atendidos con el modelo HMCP, y 14,5% menores para los pacientes adultos atendidos con este modelo, comparados con aquellas poblaciones atendidas con modelos diferentes ⁽²²⁾.

FUNCIONES DE LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS: ATENCIÓN BASADA EN EQUIPO

Existe evidencia considerable sobre el rol de la atención basada en equipos para mejorar la seguridad del paciente, el centrarse en el paciente y los desenlaces de salud en los establecimientos de AP ⁽²³⁾. La atención basada en equipo es importante para salvaguardar la seguridad del paciente. Varios estudios indican que los problemas de comunicación entre los proveedores de salud y sus pacientes originan un porcentaje considerable de los eventos adversos y errores médicos que se observan en la práctica. Otros estudios han demostrado que las intervenciones basadas en equipo para mejorar la calidad de atención reducen significativamente el número de eventos adversos prevenibles por el uso de medicamentos.

Por otro lado, el trabajo en base a equipos multidisciplinarios se ha asociado con una reducción de los errores de medicación, una mejora de adherencia farmacológica, y un menor número de días de hospitalización, así como también a un mejor automanejo del paciente después de eventos que requirieron hospitalización. Varios estudios han señalado que, como

resultado de las intervenciones basadas en equipo en la prestación de servicios, tanto las tasas de readmisión hospitalaria como los costos de la atención, se redujeron para los pacientes con enfermedades crónicas.

Un ejemplo de un equipo multidisciplinario debería incluir lo siguiente: un médico, asistente del médico (p.ej. un técnico), un encargado de la gestión personalizada de pacientes (p.ej. asistente social), una enfermera y, lo más importante, un profesional de la conducta o comportamiento en salud. El profesional de la conducta o comportamiento en salud ha sido descuidado a lo largo del tiempo en los escenarios de AP, a pesar de ser clave para abordar mejor las necesidades del paciente. El hecho es que los pacientes acuden a los médicos con más que solo problemas fisiológicos o anatómicos. Muchas veces se trata de problemas emocionales o de salud mental y, por lo general, vienen por una combinación de ambos tipos de problemas, físicos y emocionales. Para abordar estas necesidades al mismo tiempo es que la AP cuenta con el equipo necesario para brindar una atención «biopsicosocial», colocando especialistas de salud mental y adicciones en las clínicas médicas. Esto produce mejores resultados en los pacientes, dado que los problemas de conducta y emocionales contribuyen en las enfermedades crónicas ⁽²⁴⁾.

Las condiciones mentales leves a moderadas pueden ser tratadas por el médico no especialista, especialmente aquellas que requieren un cambio de comportamiento relacionado a la salud. Un ejemplo de esto es SBIRT (detección, intervención breve y referencia a tratamiento especializado), que es una práctica basada en la evidencia que puede mejorar los comportamientos del paciente relacionados con problemas de consumo de alcohol, tabaco y drogas, así como ser altamente costo-efectiva ⁽²⁵⁾. Así, en un ensayo controlado aleatorizado, se hallaron beneficios totales cuantificados en \$ 56 263 por cada \$ 10 000 invertidos, lo que significa que por cada dólar invertido hubo un retorno de seis ⁽²⁶⁾.

LA EXPERIENCIA PERUANA EN ATENCIÓN PRIMARIA

En EE. UU., pero también en Europa, el sistema de AP es una herramienta ya establecida, con suficiente evidencia de éxito en su implementación y resultados ^(27, 28). Estos sistemas existen en un grado mucho menor en los países de bajos ingresos y, si existen, a menudo no reciben el apoyo suficiente para lograr impacto.

En esta sección se expone la experiencia peruana respecto a la AP y se resaltan puntos clave en los que el

lector puede realizar comparaciones con algunas de las experiencias estadounidenses descritas previamente.

En el Perú, la atención primaria se ha venido entendiendo como una atención que se da en establecimientos con infraestructura y recursos muy precarios para la atención, en los cuales la presencia del médico no siempre se da, sino que más bien la atención con frecuencia es llevada a cabo por profesionales de salud no médicos y, en muchas ocasiones, por técnicos de salud, con actividades en el área de promoción de salud. La estructura organizacional, de gestión y de asignación de recursos del sistema peruano de salud, donde los establecimientos son divididos en categorías, fomenta esta interpretación de la atención primaria.

Específicamente, en el Perú, los establecimientos de salud están divididos en tres categorías: primer, segundo y tercer nivel ⁽²⁹⁾. Entre estos tres niveles de atención, los establecimientos del primer nivel (especialmente, los de nivel I-1 y I-2) son los que, de acuerdo con la opinión de muchos profesionales en el Perú, deben encargarse de la atención primaria de la salud. El problema de este enfoque es que lleva a muchos a excluir la atención primaria de los establecimientos de mayor complejidad, en el segundo y tercer nivel de atención, donde también deben existir componentes de atención primaria, ya que estos establecimientos continúan siendo el punto del primer contacto de muchos pacientes con el sistema de salud peruano. Además, esta asunción lleva a muchos tomadores de decisiones a interpretar que no es necesario que haya médicos para brindar atención primaria (como es el caso en los establecimientos I-1 y en muchos establecimientos I-2), lo que puede ser una limitante grave para las necesidades de la población, sobre todo cuando esta presenta problemas de salud que pueden ser resueltos sin tener que ir al “especialista”.

El que muchos profesionales de salud conciban esta idea de que la AP se debe ajustar a la estructura de gestión basada en las tres categorías de los establecimientos de salud puede ser una de las razones por las cuales son muy pocos los servicios de AP donde participan los médicos en el país. Los médicos más bien se inclinan por una atención basada en especialidades. Este concepto naturalmente se ha extendido a la población general, que ha aprendido el hábito poco óptimo de buscar desde el inicio a los especialistas por cada dolencia o preocupación de salud que tienen. Las consecuencias

de esta “cultura inclinada a la especialidad” resulta en el hacinamiento en los consultorios especializados, la interacción precaria entre los pacientes y los profesionales de salud, una baja satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales de salud, una pobre adherencia y retención de pacientes en el cuidado médico y, por último, una mayor probabilidad de no obtener los resultados deseados en el cuidado de los pacientes.

Además, esta “cultura hacia la especialidad” es responsable del poco interés que tienen los médicos de especializarse en medicina familiar, con la consecuente poca oferta de especialistas en AP. Asimismo, existen muy pocos programas de residencia de medicina familiar y muy pocos cursos para capacitar a los profesionales de salud, en general en aspectos pertinentes a la atención primaria, como es el trabajo en equipo multidisciplinario. El trabajo en equipo es clave en la AP, e incluye un fuerte liderazgo de equipo, monitoreo del desempeño y la capacidad de priorizar los objetivos del equipo sobre los objetivos individuales ⁽³⁰⁾.

Todo esto indica que el Perú aún tiene un camino por recorrer para colocarse dentro de las tendencias globales que están estableciéndose actualmente en los países en los que la AP se ha investigado ampliamente y viene aplicándose. Una reevaluación de las definiciones operacionales actuales, para que en la práctica estas sean coherentes con los aspectos teóricos expuestos en este documento, facilitaría su implementación integral en la estructura del sistema de salud. Esto permitiría una AP accesible y eficiente, en beneficio de la mayoría de la población peruana.

En conclusión, la AP viene extendiéndose en los EE. UU., haciendo que médicos, enfermeras y otros proveedores colaboren mutuamente en nuevas formas de atención basadas en equipo, coordinadas y orientadas al paciente, generando beneficios reales y, al mismo tiempo, controlando los costos. Esta experiencia estadounidense de una AP con un enfoque basado en evidencias, ayuda a dar una nueva mirada a la administración de la AP en el Perú, desde una perspectiva internacional.

Fuente de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chang CH, Stukel TA, Flood AB, Goodman DC. [Primary care physician workforce and Medicare beneficiaries' health outcomes.](#) JAMA. 2011;305(20):2096-104.
- Weida NA, Phillips RL, Jr., Bazemore AW. [Does graduate medical education also follow green?](#) Arch Intern Med. 2010;170(4):389-90.
- Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA. [Primary Care: America's Health in a New Era.](#) Washington, DC: National Academy Press; 1996.
- Ferrante JM, Gonzalez EC, Pal N, Roetzheim RG. [Effects of physician supply on early detection of breast cancer.](#) J Am Board Fam Pract. 2000;13(6):408-14.
- Baicker K, Chandra A. [Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care.](#) Health Aff (Millwood). 2004;Suppl Web Exclusives:W4-184-97.
- Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. [The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care.](#) Ann Intern Med. 2003;138(4):273-87.
- Wennberg JE, Fisher ES, Baker L, Sharp SM, Bronner KK. [Evaluating the efficiency of california providers in caring for patients with chronic illnesses.](#) Health Aff (Millwood). 2005;Suppl Web Exclusives:W5-526-43.
- Starfield B. [Toward international primary care reform.](#) CMAJ. 2009;180(11):1091-2.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. [Contribution of primary care to health systems and health.](#) Milbank Q. 2005;83(3):457-502.
- Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Xu J. [Primary care, race, and mortality in US states.](#) Soc Sci Med. 2005;61(1):65-75.
- Franks P, Fiscella K. [Primary care physicians and specialists as personal physicians and mortality experience.](#) J Fam Pract. 1998;47(2):105-9.
- Dietrich AJ, Goldberg H. [Preventive content of adult primary care: do generalists and subspecialists differ?](#) Am J Public Health. 1984;74(3):223-7.
- Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Stewart AL. [Primary care and receipt of preventive services.](#) J Gen Intern Med. 1996;11(5):269-76.
- Regan J, Schempf AH, Yoon J, Politzer RM. [The role of federally funded health centers in serving the rural population.](#) J Rural Health. 2003;19(2):117-24.
- Villalbi JR, Guarga A, Pasarin MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. [Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud.](#) Aten Primaria 1999;24(8):468-74.
- Roos NP. [Who should do the surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province.](#) Inquiry. 1979;16(1):73-83.
- Riveron-Corteguera R. [Estrategias para reducir la mortalidad infantil. Cuba 1995-1999.](#) Revista Cubana de Pediatría. 2000;72:147-64.
- Waitzkin H, Wald K, Kee R, Danielson R, Robinson L. [Primary care in Cuba: low- and high-technology developments pertinent to family medicine.](#) J Fam Pract. 1997;45(3):250-8.
- Macinko J, Almeida C, dos SE, de Sa PK. [Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil.](#) Int J Health Plann Manage. 2004;19(4):303-17.
- Patient-Centered Primary Care Collaborative. [Proof in practice. A compilation of patient centered medical home pilot and demonstration projects.](#) Washington, DC: PCPCC; 2009.
- Grumbach K, Bodenheimer T. [A primary care home for Americans: putting the house in order.](#) JAMA. 2002;288(7):889-93.
- DeVries A, Li CH, Sridhar G, Hummel JR, Breidbart S, Barron JJ. [Impact of medical homes on quality, healthcare utilization, and costs.](#) Am J Manag Care. 2012;18(9):534-44..
- Grumbach K, Bodenheimer T. [Can health care teams improve primary care practice?](#) JAMA. 2004;291(10):1246-51.
- Cummings NA, O'Donohue WT, Cummings JL. [The financial dimension of integrated behavioral/primary care.](#) J Clin Psychol Med Settings. 2009;16(1):31-9.
- Saitz R. [Clinical practice. Unhealthy alcohol use.](#) N Engl J Med. 2005;352(6):596-607.
- Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. [Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings.](#) Med Care. 2000;38(1):7-18.
- Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. [Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending.](#) Health Aff (Millwood). 2013;32(4):686-94.
- Starfield B. [Is primary care essential?](#) Lancet. 1994;344(8930):1129-33.
- Aprueban Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud". Resolución Ministerial N° 914-2010/MINSA. Lima, 17 de noviembre del 2010.
- Leasure EL, Jones RR, Meade LB, Sanger MI, Thomas KG, Tilden VP, et al. [There Is No "I" in Teamwork in the Patient-Centered Medical Home: Defining Team work Competencies for Academic Practice.](#) Acad Med. 2013;88(5):585-92.

Correspondencia: John Muench
 Dirección: 6819 SE 34th Ave Portland, OR 97202 EE. UU.
 Teléfono: 1 (503) 494-3437 (EE.UU)
 Correo electrónico: muenchj@obsu.edu