

Atención primaria de salud: una mirada global para orientarnos en lo local

Primary Health Care: a global view to orient ourselves locally

Carlos Calderón-Gómez y Diana P. Betancurth-Loaiza

Recibido 25 febrero 2020 / Enviado para modificación 10 julio 2020 / Aceptado 18 julio 2020

RESUMEN

La atención sanitaria en general y la atención primaria de salud en particular necesitan ser pensadas y desarrolladas atendiendo a las cambiantes realidades sanitarias y sociales. Dichas realidades, complejas y diversas en función de las particularidades de cada país y la evolución de sus servicios de salud, presentan a su vez determinados retos comunes a los que también deberíamos responder de manera compartida.

El presente trabajo es una reflexión abierta acerca de las características básicas de la atención primaria desde una perspectiva internacional, elaborada y compartida en el contexto del II Simposio de Atención Primaria Social, organizado por la Universidad de Caldas en noviembre de 2019.

Utilizando la metáfora de la travesía por mar, se resitúan los principales atributos y condicionantes de la atención primaria a modo de carta de navegación y se sugieren los referentes de una posible brújula que puedan servirnos para sortear amenazas y avanzar conjuntamente hacia una atención primaria pública de calidad y al servicio de la salud de nuestras poblaciones.

Palabras Clave: Atención primaria de salud; salud pública; capital social; justicia social; salud comunitaria (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Health care in general and Primary Health Care in particular need to be thought and developed in response to changing health and social realities. These realities, complex and diverse depending on the particularities of each country and the evolution of their health services, present at the same time certain common challenges to which we should also respond in a shared way.

The present work is an open reflection about the basic characteristics of Primary Health Care from an international perspective, elaborated and shared in the II Symposium of Social Primary Care organized by the University of Caldas in November 2019.

Using the metaphor of the sea crossing, the main attributes and constraints of Primary Health Care are restored as a navigation chart and the references of a possible compass are suggested, which could serve us for the sake of threats and jointly advance towards a quality, public Primary Health Care at the health service of our new populations.

Key Words: Primary Health Care; public health; social capital; social justice; community health (*source: MeSH, NLM*).

El desarrollo tecnológico y de los sistemas de información ha contribuido a una mayor conciencia colectiva del carácter global de los principales logros y problemas que nos afectan como habitantes de un mundo común. Las consecuencias derivadas de la crisis ecológica o las tragedias que acompañan a las migraciones por guerras, hambre o persecuciones políticas, de raza, sexo o religión son expresiones del carácter contradictorio y paradójico de una globalización cuyos efectos recaen en el campo concreto de la salud.

CC: MD. Esp. Medicina de Familia y Comunitaria. Ph. D. Medicina, Licenciado en Sociología. Centro de Salud de Alza-San Sebastián. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

ccalderong@telefonica.net

DB: MD. Esp. Promoción de la Salud.

M. Sc. Atención Primaria en Salud y Enfermería con énfasis en familia. Ph. D. Salud Pública. Universidad de Caldas.

Diana.betancurth@ucaldas.edu.co

Así, el incremento promedio en la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional como consecuencia de las transformaciones en los niveles de vida y atención sanitaria no pueden ocultar las marcadas desigualdades en aquellos y en estas, según continentes, países, regiones y clases sociales (1). Los grandes avances conseguidos en los medios diagnósticos y terapéuticos transcurren junto a los efectos yatrogénicos derivados de una excesiva medicalización de la vida (2). La tendencia a una creciente especialización, derivada de los cada vez mayores conocimientos, ha llevado paradójicamente consigo retrocesos notables de los enfoques integradores en la atención a la salud de personas y poblaciones (3). Y la más que probada influencia de los condicionantes económicos, culturales y sociales en los cambiantes perfiles de morbilidad se desdibuja con frecuencia por los efectos de una renovada biologización de la salud mediante perspectivas causales reducidas al individuo y a su sustrato biogenético (4,5).

Como sabemos, se trata de problemas y contradicciones estrechamente vinculados a determinados modelos económicos, sociales y políticos cuya necesaria transformación trasciende el ámbito de los sistemas sanitarios y los servicios de salud. Pero la situación de estos y, en particular, de la *atención primaria de salud* (APS) resulta especialmente vulnerable a los efectos de dichos modelos, por lo que también aquí se precisa de ámbitos de debate y búsqueda compartida de alternativas hacia un mundo más saludable y humano. Desde esta perspectiva de colaboración y de reflexión abierta, intentaremos resumir algunas de las razones que nos llevan a seguir considerando a la APS pública y de calidad como una reivindicación necesaria y compartida.

Lo que ya sabemos y convendría no olvidar

El papel relevante que desempeñó la Conferencia de Alma-Ata de 1978 en la evolución de la APS (6) ha sido ampliamente debatido y reconocido. La asunción internacional de la APS como función central y núcleo principal de los sistemas de salud, su orientación hacia los determinantes y la justicia social y el llamado a impulsar su desarrollo para promover y proteger el derecho a la salud del conjunto de las poblaciones contribuyó a reforzar los argumentos de aquellos que ya contaban con modelos más o menos consolidados y los de quienes reclamábamos su necesidad allí donde no existían.

Tras Alma-Ata la mayoría de los Gobiernos y organismos internacionales incorporaron la APS en sus programas político sanitarios, lo cual ayudó a su difusión, reconocimiento y legitimación. Sin embargo, en muchos casos dicha incorporación formal fue y sigue siendo utilizada en los sistemas sanitarios como un paraguas retórico para ocultar realidades desiguales, sin evaluaciones coherentes de la

efectividad de los diferentes modelos ni asignación de responsabilidades sobre las frecuentes carencias y retrocesos en el cumplimiento de los objetivos programados.

Este alejamiento entre lo expresado en las declaraciones políticas y los hechos relacionados con la APS resulta especialmente preocupante en circunstancias como las vividas en las últimas décadas de debilitamiento y cuestionamiento neoliberal de los servicios públicos, con recortes presupuestarios, presencia creciente del sector privado en los nichos de negocio que artificialmente se crean en la atención sanitaria y una proliferación de discursos consumistas que mercantilizan y hacen recaer únicamente en el individuo la responsabilidad de su salud/enfermedad (7-9).

En estas circunstancias no son de extrañar las inquietudes en relación con el insuficiente compromiso por una APS pública y de calidad que puede seguir prevaleciendo tras la reciente declaración de Astaná (10-12), ni tampoco la engañosa tendencia a la autocomplacencia de los localismos nacionales o regionales ante la peor situación del vecino, ocultando las deficiencias propias e ignorando que la salud de los otros también es la nuestra. A pesar de ello, no es menos cierto que miles de profesionales continúan trabajando en todo el mundo comprometidos con una APS al servicio de las personas y que existen suficientes evidencias de su contribución a la mejora de la salud y de los sistemas sanitarios.

En este sentido, consideramos oportuno retomar los aportes de Barbara Starfield *et ál.* que demostraban cómo las poblaciones de los países con APS fuertemente desarrolladas presentaban mejores niveles de salud, menores gastos y efectos adversos derivados de las desigualdades (13,14). Por AP fuerte se consideraba aquella que ponía en práctica cuatro atributos esenciales (primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación) (15), más el relativo a su orientación familiar y comunitaria (14). Atributos que han sido posteriormente desarrollados mediante la incorporación de elementos, subdominios y variables vinculados al diseño de nuevos instrumentos y modelos de medición y comparación (PCAT, CARE, PHAMEU, etc.) (16-18).

Los estudios publicados en los últimos años sobre APS a nivel internacional han venido a confirmar su necesidad, así como su condicionamiento por las políticas sanitarias, sociales y económicas de los diferentes países. Giovanella *et ál.* (19), Macinko *et ál.* (20) y Acosta *et ál.* (21) en países latinoamericanos y Mash *et ál.* (22), en el continente africano, han constatado las carencias en cuanto accesibilidad y cobertura, calidad de la asistencia, disponibilidad de profesionales capacitados y recursos de información, planificación y evaluación. Carencias derivadas de sistemas sanitarios poco estructurados y con insuficiente financiación pública.

En el caso de Asia, la revisión sistemática de Dodd *et ál.* (23) señala asimismo las grandes limitaciones vinculadas al predominio de programas verticales a corto plazo y a la falta de información ante servicios de APS dependientes, en muchos casos, del sector privado o de las ONG, asistidos mayoritariamente por personal no médico y con importantes barreras de acceso, bien por los modelos de pago o por su práctica ausencia en los territorios rurales. Aunque apenas se hace referencia explícita a las realidades históricas de mayor o menor pobreza, dependencia colonial o neocolonial, guerras, migraciones y diferentes expresiones de injusticia, aquellos países que las han padecido o las siguen padeciendo con mayor crudeza presentan por lo general penurias especialmente graves sobre todo en los sectores sociales más desfavorecidos.

No obstante, tal y como revelan Corscadden *et ál.* (24), también en áreas de mayores ingresos como Europa, Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda, existen preocupantes barreras en el acceso a la asistencia, vinculadas principalmente al bajo nivel socioeconómico, la condición de inmigrante y los problemas de salud mental, con notables diferencias según las diferentes políticas y modelos de organización de servicios de salud.

Asimismo, los estudios de Kringos *et ál.* (25), en 31 países europeos; de Bitton *et ál.* (26), en 14 países de bajos-medios ingresos de América, Asia y África, y de Schäfer *et ál.* (27), en 31 países europeos y no europeos, nos vuelven a confirmar cómo las políticas públicas de apoyo a la APS y orientadas al conjunto del sistema sanitario generan mejores resultados en salud, mayor equidad, mejores valoraciones por parte de la población y menores crecimientos de gastos en salud.

Navegando hacia una mejor APS

Navegar a través de mares complejos y cambiantes en función de vientos en gran medida ajenos a la propia APS no es tarea fácil y, por tanto, de poco sirven rutas o instrumentos de navegación lineales, homogéneos y rígidos (28). Pero el reto de la complejidad no equivale a navegar sin rumbo (29). Más bien, al contrario, exige contar con *cartas de navegación* flexibles, fundamentadas y contextualizadas, que ayuden a identificar y sortear los peligros, así como con tripulaciones dispuestas a asumir el trabajo y la responsabilidad de navegar y de revisar con honestidad y rigor los aciertos y desaciertos del recorrido de la APS.

Para esto se requieren no solo herramientas de indagación y evaluaciones válidas y fiables, sino también marcos teóricos explicativos que las justifiquen y orienten a la puesta en práctica de las mejoras necesarias.

En este sentido, en los estudios citados predomina como referente teórico de evaluación el esquema de Donabedian, en el que se vinculan de manera consecutiva y

unidireccional los niveles de estructura, proceso y resultados. Kringos *et ál.* (25) y Schäfer *et ál.* (27) mantienen los tres niveles, definiendo 10 dimensiones esenciales y ubicando los cuatro atributos originales de Starfield como dimensiones de proceso; Dodd *et ál.* (23) distribuyen sus 11 dimensiones en inputs y resultados; y Bitton *et ál.* (26) e indirectamente Mash *et ál.* (22), basándose en el modelo PHCPI, amplían los niveles a cinco (sistema, *inputs*, prestación de asistencia, *outputs* y resultados) y sitúan los atributos de Starfield en el nivel de “prestación de asistencia” como componentes de calidad.

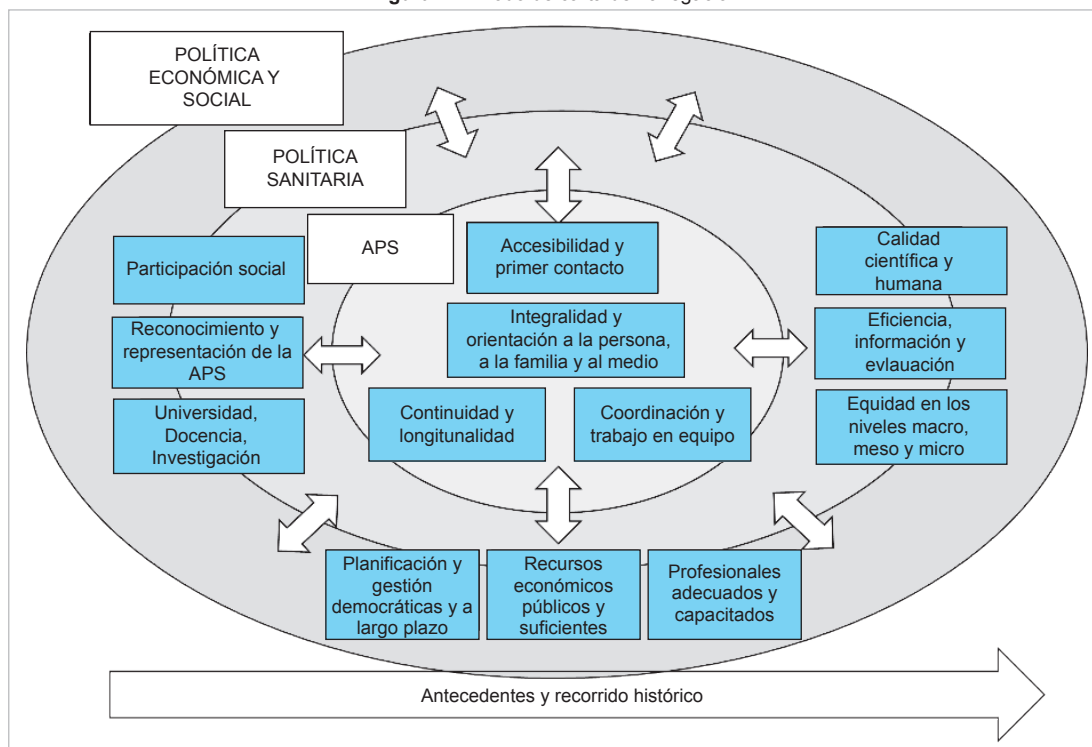
Por nuestra parte, consideramos que, en las complejas realidades de la APS, las relaciones entre dimensiones, atributos y niveles son más inclusivas y bidireccionales que consecutivas y lineales. La organización, funcionamiento y resultados de la APS resultan inseparables de los sistemas sanitarios y de los modelos económicos y sociales de cada país, así como de su evolución, con permanentes solapamientos e interacciones. En este sentido, hemos intentado recoger y resumir a modo de *carta de navegación* los principales aportes de los diferentes estudios, enmarcándolos en tres ámbitos o niveles concéntricos correspondientes a la *propia APS*, al *sistema sanitario* y a las *políticas económicas y sociales* en función de sus antecedentes y recorridos históricos (Figura 1).

Entendemos que la *planificación y gestión democráticas y a largo plazo*, la asignación de los *recursos económicos necesarios* y la dotación de *profesionales suficientemente formados y capacitados* pueden ser considerados como elementos necesarios de estructura (25,27), pero también de proceso, e incluso de resultados, en función de las dinámicas de la APS y del sistema sanitario en su conjunto.

De modo similar, la calidad no debería quedar limitada a los referentes de “resultados” o de “prestación de asistencia” (23,25-26), sino que habría de exigirse en todos los niveles y actividades del sistema, aunque sea en la APS donde ha de conjugar especialmente sus dimensiones científica y humana. También la *eficiencia*, *evaluabilidad* y *equidad* representan no solo “resultados” o componentes del “proceso” de APS (20,22,23,25-27). Se trata de condiciones que han de estar presentes desde el ámbito general de las políticas sociales y sanitarias al particular, en que tiene lugar la relación profesional-paciente.

A su vez, y atravesando los diferentes niveles, en nuestra opinión resulta importante incorporar tres nuevas dimensiones. La primera se refiere a la necesaria *participación social*, no solo en el ámbito local y comunitario de la APS (19,21) sino también en los ámbitos políticos y de gestión en los que se diseñan y deciden las políticas de salud. En segundo lugar, en el caso de la APS resulta indispensables su *reconocimiento y representación* a nivel sanitario, social y político, para lo cual, más allá de la retórica

Figura 1. A modo de carta de navegación



institucional, se requieren compromisos y estrategias político-sanitarias propias para la APS a medio y largo plazo, así como una labor de generación de alianzas entre el conjunto de profesionales de la salud y la población en favor de una APS pública y de calidad. En tercer lugar, el papel de la *universidad, formación en APS e investigación* resultan, en este sentido, igualmente imprescindibles (27,30). Si la APS no está presente en la universidad y en los programas de docencia e investigación difícilmente podremos aspirar a su fortalecimiento y a su reconocimiento profesional y social.

Desde esta perspectiva integradora, los cuatro atributos de la APS, según Starfield, refuerzan su sentido y significado como componentes básicos de nuestra propuesta de *carta de navegación*. Así, la *accesibilidad* (20, 22-27), en cuanto garantía de que las personas puedan ser atendidas en primera instancia por la APS sin barreras de tipo geográfico, económico o cultural, requerirá inevitablemente la implicación de los sistemas sanitarios y sociales en su conjunto para asegurar la cobertura de las necesidades de salud evitando la marginación de los más desfavorecidos. La *coordinación y colaboración interprofesional* (19-23,25-27), particularmente entre medicina y enfermería, pero asimismo con los médicos pediatras, otros especialistas y demás trabajadores sanitarios, necesita ser permanentemente revalorizada ante los frecuentes corporativismos

estamentales y engañosas llamadas a la competitividad. La *integralidad* (20,22,23,25-27) en las labores asistenciales, preventivas y de cuidados, y orientadas a las personas en sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, habrá de seguir siendo una de las responsabilidades y señas de identidad más críticas e importantes de la APS. El auge y el prestigio de la especialización en las profesiones sanitarias y la fragmentación biologicista en los discursos dominantes acerca de la salud y la enfermedad hacen que la integralidad resulte imprescindible para las personas y para la buena práctica de los profesionales.. A los requisitos, con frecuencia escasos, de formación, tiempo y actitud de compromiso, se han de añadir criterios y herramientas de evaluación que asuman el reto de la complejidad y las limitaciones teóricas y metodológicas del cientifismo reducido al ensayo clínico y al metaanálisis. La *continuidad y longitudinalidad* (20,22,23,25-27) en la relación profesional-paciente requieren asimismo ser reivindicadas como condicionantes de la integralidad y, por lo tanto, de la calidad de la asistencia. Y también en este caso su consecución desborda el ámbito concreto de la APS al implicar, además de compromiso individual y colaboración interprofesional, el apoyo organizativo y el reconocimiento de su importancia por parte del sistema sanitario y de la propia población.

Orientarnos como tripulantes

Finalmente, y tras este recorrido por las principales dimensiones, interacciones y peligros a tener en cuenta en una posible *carta de navegación* compartida y orientada a la mejora de nuestras APS, podría ser de utilidad finalizar con una mirada reflexiva hacia el papel que nos corresponde como profesionales, miembros de tripulaciones siempre singulares y con responsabilidades propias y no delegables ante nuestros pacientes y ante la sociedad.

Para ello, y a modo de *brújula*, se han trazado dos ejes perpendiculares en la Figura 2. El primero pretende recor-

darnos, por un lado, que la finalidad principal de nuestra labor en la APS son las personas entendidas y atendidas en sus singularidades de edad, género y culturas diferentes, pertenecientes a familias, comunidades y clases sociales distintas, y con recorridos biográficos propios. Sus problemas de salud y enfermedad requieren ser siempre asistidos desde dicha personalización, sin dejar de tener en cuenta que los patrones de atención dependen, en gran medida, de los contextos sanitarios, económicos y políticos desde donde se organizan, se diseñan y se financian, y ante los cuales tampoco podemos permanecer indiferentes.

Figura 2. A modo de brújula



El segundo eje pretende responder y complementar al anterior subrayando en uno de sus extremos nuestro compromiso con la ciencia y la búsqueda honesta y humilde de las mejores verdades en salud. Compromiso con una ciencia necesariamente crítica y abierta a la complejidad, que exige formación, cuestionamiento y actualización permanente de nuestros conocimientos y que debemos compartir con los pacientes para responder eficazmente a sus dolencias y hacer frente común ante las múltiples falsedades promovidas por el *marketing* consumista y los intereses económicos.

Pero la ciencia en general, y en la APS en particular, no se genera de forma autónoma, sino que se desarrolla y aplica por personas e instituciones que debemos dar cuenta de los valores que guían nuestro comportamiento en ella. Para esto, además de la coherencia ética respecto a los principios tradicionales de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto a la autonomía, se requiere profesionalidad y estudio, así como compromiso permanente como acompañantes y defensores tanto de la salud de los pacientes, como la de sus familias y comunidades ♦

REFERENCIAS

1. Marmot M, Bell R. Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology. *Ann Epidemiol*. 2016;26(4):238-40. DOI:10.1016/j.annepidem.2016.02.003.
2. Meneu R. Life medicalization and the recent appearance of "pharmaceuticalization". *Fam Hosp*. 2018;42(4):174-9. DOI:10.7399/fh.11064.
3. Gunderman R. Hospitalists and the Decline of Comprehensive Care. *N Engl J Med*. 2016;375(11):1011-3. DOI:10.1056/NEJMp1608289.
4. De Ortúzar MG. Responsabilidad social vs. Responsabilidad individual en salud. *Rev Bio y Der*. 2016 [cited 2020 Mar 2]; 36:23-36. <https://bityl.co/9B9U>
5. Di Paolo A, Sarkozy F, Ryll B, Siebert U. Personalized medicine in Europe: not yet personal enough? *BMC Health Serv Res*. 2017 Apr 19; 17(1):289. DOI:10.1186/s12913-017-2205-4.
6. OMS, UNICEF. Atención Primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
7. Rovere M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde Debate*. 2018; 42:315-27. DOI:10.1590/0103-11042018S121.
8. Rudebeck CE. Relationship based care - how general practice developed and why it is undermined within contemporary healthcare systems. *Scand J Prim Health Care*. 2019; 37(3):335-44. DOI:10.1080/02813432.2019.1639909.

9. Mol A. The Logic of Care. Health and the problem of patient choice. Abingdon, UK: Routledge; 2008.
10. Mash R. The Astana Declaration and future African primary health care. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018 Nov 29; 10(1):e1-e2. DOI:10.4102/phcfm.v10i1.1983.
11. Del Pozo Robles A. La atención primaria de Astaná, o revisando Alma Atá. *Salud 2000*. 2018;154:23-5.
12. Walraven G. The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it useful? *J Glob Health*. 2019; 9(1):010313. DOI:10.7189/jogh.09.010313.
13. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract*. 2001 Apr;51:303-9.
14. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83(3):457-502. DOI:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
15. Starfield B. Atención Primaria, equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
16. Giraldo Osorio A, Vélez Álvarez C, Berra S, Perdomo Rubio A. Calidad de los instrumentos que valoran las funciones de la atención primaria: revisión sistemática. *Hacia Promoc Salud*. 2020; 25 (1): 109-29. DOI:10.17151/hpsal.2020.25.1.8.
17. Martín Zurro A, Gómez Gascón T, Ceitlin J. Atención Primaria y Medicina de Familia: conceptos. In: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J, editores. *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia*. Barcelona: Elsevier; 2019. p. 2-16.
18. Kringos D, Nuti S, Anastasy C, Barry M, Murauskiene L, Siciliani L, et al. Re-thinking performance assessment for primary care: Opinion of the expert panel on effective ways of investing in health. *Eur J Gen Pract*. 2019;25(1):55-61. DOI:10.1080/13814788.2018.1546284.
19. Giovanella L, Fidelis de Almeida P, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina SH. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde Debate*. 2015 [cited 2020 Mar 2]; 39(105):300-22. <https://bityl.co/9BEb>.
20. Macinko J, Guanais FC, Mullachery P, Jimenez G. Gaps In Primary Care And Health System Performance In Six Latin American And Caribbean Countries. *Health Aff (Millwood)*. 2016; 35(8):1513-21.
21. Acosta RN, Giovanella L, Vega RR, Tejerina SH, de Almeida PF, Rios G, et al. Mapping primary health care renewal in South America. *Fam Pract*. 2016 Jun; 33(3):261-7. DOI:10.1093/fampra/cmw013.
22. Mash B, Ray S, Essuman A, Burgueno E. Community-orientated primary care: a scoping review of different models, and their effectiveness and feasibility in sub-Saharan Africa. *BMJ Glob Health*. 2019; 4(Suppl 8):e001489. DOI:10.1136/bmjgh-2019-001489.
23. Dodd R, Palagyi A, Jan S, Abdel-Ali M, Nambiar D, Madhira P, et al. Organisation of primary health care systems in low- and middle-income countries: review of evidence on what works and why in the Asia-Pacific region. *BMJ Glob Health*. 2019; 4(Suppl 8):e001487. DOI:10.1136/bmjgh-2019-001487.
24. Corscadden L, Levesque JF, Lewis V, Strumpf E, Breton M, Russell G. Factors associated with multiple barriers to access to primary care: an international analysis. *Int J Equity Health*. 2018; 17(1):28. DOI:10.1186/s12939-018-0740-1.
25. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. WHO; 2015.
26. Bitton A, Fifield J, Ratcliffe H, Karlage A, Wang H, Veillard JH, et al. Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017. *BMJ Glob Health*. 2019; 4(Suppl 8):e001551. DOI:10.1136/bmjgh-2019-001551.
27. Schäfer WLA, Boerma WGW, van den Berg MJ, De Maeseneer J, De Rosi S, Detollenaere J, et al. Are people's health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries. *Prim Health Care Res Dev*. 2019; 20(e104):DOI:10.1017/S1463423619000434.
28. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001 Sep 15; 323(7313):625-8. DOI:10.1136/bmj.323.7313.625.
29. Calderón C. Atención primaria de salud: por qué, dónde y cómo. *Hacia Promoc Salud*. 2019; 24(1):9-10. DOI:10.17151/hpsal.2019.24.1.1.
30. Yavich N, Bascolo EP. Current primary health care practices and research challenges in Latin America. *Fam Pract*. 2016; 33(3):205-6. DOI:10.1093/fampra/cmw032.