

## Simposio: “Calidad de la atención médica: en el país”

Dr. Fernando Ignacio Carbone Campoverde

*Médico Cirujano, Universidad Nacional Mayor de San Marcos*

*Magister en Redes y Servicios de Salud, Universidad de Barcelona, España*

*Diplomado en Salud Internacional, Escuela de Salud Pública, Instituto Carlos III del Ministerio de Sanidad, España.*

*Diplomado en Administración de Servicios de Salud. (IPAE)*

*Coordinador de Medicus Mundi Navarra*

*Consultor en Desarrollo Integral*

*Profesor de las Maestrías de Bioética y Bioderecho, Gestión Pública, Cooperación Internacional y Desarrollo en la Universidad Católica Sedes Sapientiae*

*Ex Ministro de Salud*

*Orden “Hipólito Unanue” en el grado de Gran Cruz*

*Premio Organización Panamericana de Salud, OPS/OMS, 2012*

*Primer lugar del Concurso de Maternidad Saludable de las Américas*

*Premio Fundación Carlos Slim 2014 como Institución Excepcional en Salud, con Medicus Mundi.*

### Introducción

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Señoras y Señores Académicos de Número y Asociados. Señoras y Señores invitados:

Permítanme ante todo agradecer esta invitación de la Academia y al mismo tiempo dirigirme a Uds. desde la razón y el corazón, desde las evidencias de la ciencia y los sentires profundos de nuestros afectos, como debe hacerlo todo aquel que considera que el ejercicio de la medicina es arte, el arte de tratar a personas únicas e irrepetibles, tal y como la aprendí de profesores insignes y dedicados al bien individual y común.

Una de las principales tareas de todo Estado es garantizar a la población el acceso universal a la salud. Pero curiosamente mientras se va alcanzando la meta de asegurar a toda la población, se sigue enfrentando un problema recurrente en torno a la calidad de la atención en salud.

La atención en salud debe proveerse de manera irrestricta, adecuada, oportuna y humanizada, a fin

de que el paciente y su familia tengan la seguridad que están recibiendo el mejor trato posible por parte del equipo de salud. La calidad humanizada de la atención de salud es una condición esencial de todo servicio sanitario público o privado. Y aquí siento un primer principio para esta exposición: no es posible en el siglo XXI hablar solo de la calidad del acto médico o del ejercicio de la medicina, pues los aspectos que trataré afectan al conjunto de la atención de salud como resultante del trabajo de equipos multidisciplinarios.

La calidad se mide en términos de los medios físicos (disponibilidad e idoneidad de infraestructura y equipos), los procedimientos (organización y gestión eficiente y eficaz de la prestación) y las personas que usando los primeros y aplicando los segundos, hacen de la atención en salud una realidad concreta. Mucho se ha escrito sobre los dos primeros (medios físicos y procedimientos), menos se ha abordado el tema del personal de salud (y cuando se ha hecho lo ha sido sobre todo en términos de situación y condiciones laborales) y casi nada se ha tocado respecto de las competencias adquiridas en su etapa de formación

y en el trato brindado a los usuarios de los servicios de salud: personas, familias y comunidades. Es sobre estos aspectos de competencias, conductas, comportamientos y actitudes, sobre los que me quiero centrar, dejando sentado que suscribo plenamente los diagnósticos de los otros problemas que afectan la calidad de la atención en salud. Simplemente no deseo que los aspectos que abordaré queden una vez más minimizados y/o invisibilizados por los otros ya señalados inicialmente, en términos de su importancia para la calidad de la atención integral en salud.

### **Una aproximación a la situación actual**

Los pocos estudios existentes a nivel nacional sobre la calidad de la atención se concentran en los aspectos de medios físicos y procedimientos, dejando un vacío respecto de las “Personas que Cuidan Personas”, lo que a todas luces nos impide entender por qué una ingente inversión en salud, en especial en los últimos 10 años, no termina obteniendo los resultados que todos esperamos para el conjunto de la población del país en términos de su salud y calidad de vida. No en vano se dice que un buen personal de salud con pocos y/o escasos recursos materiales, puede hacer mucho; y que un mal personal de salud con abundancia de otros recursos, hará muy poco. He tratado de recoger de diversas fuentes secundarias que cito en las referencias bibliográficas, información que nos aproximen al tema.

El análisis de la contribución del personal a la calidad de la prestación de salud, se encuentra más en una serie de percepciones captadas por los medios de comunicación, impresiones personales y/o colectivas, crecientemente negativas sobre cómo somos tratados los usuarios de los servicios en diversos establecimientos de salud (públicos o privados). Parece que a partir de estas aproximaciones, la atención que enfrenta el paciente promedio y su familia es deficitaria, incumpliendo con los estándares internacionales y afectando los derechos humanos básicos: el derecho a la vida, el derecho a la salud y el derecho a la información.

¿Qué explicación podemos dar a la ausencia de estudios de satisfacción del usuario y la preeminencia

del uso de indicadores de cumplimiento (actividades realizadas, presupuesto ejecutado, productividad, etc.) y de morbilidad y mortalidad? ¿Existe una tácita alianza entre gestores y decisores políticos y prestadores de servicios y sus representaciones para no abordar de forma seria y transparente la competencia profesional y el trato dados a los usuarios y sus familias en los servicios de salud? ¿Qué desnudarían con crudeza estudios de esta naturaleza?

Todo establecimiento de salud debería realizar una autoevaluación de los estándares propuestos por el MINSA, con el fin de tener un diagnóstico de partida de la situación actual de la calidad en salud; esto debía servir para tomar medidas, y a su vez hacer una rendición de cuentas a la población, sus organizaciones de base y autoridades, sobre los servicios prestados. Una parte significativa de los establecimientos no logran completar o desarrollar esta evaluación por falta de personal, por desconocimiento y/o falta de capacitación, o falta de interés. Esto resulta particularmente grave en los establecimientos de salud públicos o privados de mayor complejidad.

Esto nos lleva a información referencial, producto de algunos proyectos de cooperación en muchos casos o, como ya lo señaláramos, de lo que escuchamos a diario con mayor o menor intensidad y frecuencia en los medios de comunicación. Si sumara a casos personales los muchos otros que escucho en mis continuos viajes al Perú profundo desde hace 30 años (en zonas rurales campesinas indígenas y nativas), llegaría a conclusiones respecto del deterioro de la calidad de la prestación de salud en el país compartidas por muchos, en el sentido de un crecimiento acelerado y, peor aún, la “normalización” de:

- La ausencia de competencias clínicas adecuadas en el personal de salud, con sus penosas secuelas producto de impericias, intrusismos y iatrogenias, muchas veces no denunciadas y menos aún sancionadas. Y en el abuso de tecnología auxiliar para llevar a diagnósticos de aproximación que antes eran fruto de la anamnesis y el examen clínico.

- Las inconductas personales en el trato al paciente, incluyendo actos de discriminación, deshumanización, exclusión, maltrato, abuso y aprovechamiento económico, la mercantilización de la salud, el utilitarismo para generar presiones sobre los decisores y gestores que devienen en decisiones más políticas y técnicas de utilidad personal o de grupo antes que en beneficio de la población, etc.
- La medicalización excesiva de la salud y el hospitalocentrismo del sistema que deviene en una inclinación preferencial por lo diagnóstico – recuperativo - rehabilitador y no por lo preventivo – promocional, dejando en un plano inferior y de menos importancia al primer nivel de atención, a la atención primaria de la salud, al trabajo en equipos multidisciplinarios y el clima organizacional adecuado con otros compañeros de trabajo (la institucionalización de problemas interpersonales demuele el trabajo de establecimientos e instituciones de salud).
- La superespecialización exagerada que lleva a la fragmentación del ser humano en compartimentos estancos.

A pesar de la falta de estudios e investigaciones específicos sobre estos aspectos de la calidad de la atención salud, tenemos algunas mediciones indirectas del impacto negativo de todo lo anterior:

- La Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia ha señalado que el número de cesáreas en el país es tres veces el porcentaje usual observado para dichas intervenciones en otros países, sin que ello haya contribuido o influenciado proporcionalmente en disminuir la mortalidad materno – perinatal; habiendo hoy un desarrollo médico - tecnológico en torno al embarazo, parto y puerperio no se justifica esta situación, ni se explica por razones médicas y/o sanitarias.
- El estudio del Proyecto 2000 dado a conocer ese mismo año sobre las razones por la que los pacientes no concurrían a usar los servicios del primer nivel, el maltrato, el trato inadecuado y la falta de respeto sumaban el mayor porcentaje (por encima del 48%). No eran razones económicas y de distancias (que las había y que al presente se

han atenuado) las que ahuyentaban a las personas y familias de los establecimientos de salud.

- En la ENAHO del 2004 en Lima Metropolitana, solo el 47,8% del total de la población que presentó algún problema de salud buscó atención: el 19,1% lo hizo en algún establecimiento del MINSA y 8,3% lo hizo en una farmacia. Para fines del 2010 un 64,5% del total de la población que presentó algún problema de salud buscó atención, pero disminuyó a 15,3% los que lo hicieron en un establecimiento del MINSA y se elevó a 23,7% los que lo hicieron en una farmacia.
- A nivel de zonas rurales sucedió lo mismo. El 2004 un 23,3% no acudía a los establecimientos de salud por falta de confianza con el personal, porque demoraban la atención y otras razones como "maltrato por parte del personal de salud". Para fines del 2010, los que no concurrían por falta de confianza con el personal, porque demoraban la atención aumentó y otras razones como "maltrato por parte del personal de salud" aumentó a un 44.7%.

Todos sabemos que nadie como un buen profesional de salud, para hacer que la población recurra a los servicios públicos. Y nadie como un mal personal de salud para ahuyentar a la población de ellos. Es un error grave pretender explicar, justificar o cerrar los ojos al hecho que en el personal de salud crece este tipo de prácticas equivocadas, debido a las magras condiciones de trabajo en las que laboran muchos (lo que es cierto); porque esas condiciones pueden y deberán ser mejoradas; pero la deformación profesional y/o humana prevalecerá. No se puede alinear un árbol torcido; aunque las condiciones que lo rodeen cambien y su vuelvan favorables para que continúe su crecimiento, seguirá creciendo torcido. Lo anterior se ha agravado con "presupuestos por productividad" que llevan a atender 20 a 25 pacientes en 6 horas con atenciones de solo 15 a 20 min en las cuales no es posible realizar una buena historia clínica, un adecuado examen físico, establecer un diagnóstico, dar un tratamiento, explicar y aconsejar al paciente y a su familia, esclarecer las dudas y finalizar con una atención integral. Peor aún, si las consultas empiezan tarde ya sea porque los pacientes y/o el profesional de la salud no están a

tiempo, porque las historias clínicas se pierden y/o concurren otras situaciones, el tiempo de atención y con él la calidad de la misma disminuyen aún más.

Muchas veces el paciente deja de ser la persona con una enfermedad/dolencia que necesita atención y cuidado y se convierte en un cliente con una exigencia o demanda, lo que afecta el enfoque de atención en salud. Pero aún, la especialización lleva a que los pacientes solo puedan consultar por un problema de salud a la vez lo que implica varias consultas para distintos problemas, impidiendo la aplicación del modelo de la atención integral.

La revisión de los sílabos de las distintas carreras de salud muestra que la mayoría invierte unas pocas horas en lo que a calidad de atención se refiere. Pocos son los cursos (como ética, deontología o salud pública), en los cuales se enfoca el tema de la calidad y la humanización de la atención en salud, haciendo que el futuro profesional le reste importancia. Menos aún se da la transversalización a lo largo de toda la carrera de temas claves como la multidisciplinariedad, la interculturalidad, la intersectorialidad o el derecho a la salud.

El 21 de marzo del 2014, representantes de 31 escuelas de medicina, enfermería, obstetricia y odontología de diferentes regiones del país, se reunieron para dialogar sobre la formación de pre y postgrado para el primer nivel de atención con representantes de dos DIRESAS rurales y funcionarios del MINSA nacional relacionados con el desarrollo de los recursos humanos en salud. Desde las Diresas expresaron de forma sentida y clara, que no estaban recibiendo profesionales preparados para trabajar en equipo y en el primer nivel. Desde las universidades respondieron diciendo que podían prepararlos, pero que no sentían que se diera desde el Estado las condiciones para que pudieran desempeñar su trabajo con dignidad. Se hizo evidente un desencuentro entre los formadores y los empleadores de las personas que cuidan personas.

Sí salió de manera conjunta una afirmación penosa y preocupante: **el problema principal no son los alumnos, son los docentes**. Nadie puede dar lo que no tiene, ni transmitir lo que no cree, ni mostrar lo que no

práctica. Así como el éxito del alumno es expresión de la bondad de su maestro, el fracaso del primero reflejará la mediocridad del segundo. Hay en la actual clase docente una pobreza de modelos actitudinales que luego llevará a las nuevas generaciones a relaciones deterioradas médico-paciente y a un deterioro del espíritu de servicio del personal de salud, a los que se sumaran una formación de pre y posgrado no acorde a las necesidades nacionales; si posteriormente se suma a ello las bajas remuneraciones, la falta de nombramientos, los sistemas de productividad y la falta de programas de capacitación masiva, estamos ante un círculo vicioso que se retroalimenta de forma perversa.

Los déficits de la currícula universitaria están contribuyendo al descontento y desconfianza de los pacientes hacia sus médicos. No se está contemplando en la currícula de pregrado una formación asertiva para unir a la comunicación verbal elementos tales como la actitud, la expresión gestual y los movimientos corporales como parte de la capacidad del médico para establecer una comunicación no verbal con el paciente y su familia. Por eso abundan las quejas por el tiempo insuficiente que el médico ofrece para establecer una comunicación y empatía adecuadas, con una marcada tendencia a una relación superficial y de poca confianza.

Finalmente, debemos señalar que los procesos de mejoramiento continuo de la calidad no consideran muchas veces aspectos como los anteriormente señalados; no suelen abordar dos elementos indispensables para ofrecer servicios de salud humanizados e integrales: el Espíritu y la Doctrina. Esto nos explica por qué la aplicación del enfoque de calidad total en la prestación de servicios de salud, bajo los conceptos de "cliente usuario de los bienes y productos", y como el resultado de un proceso o actividad capaz de "satisfacer las necesidades de consumidores" (conceptos desarrollados para la actividad empresarial, no ha tenido los resultados deseados, puesto que todo servicio de salud debe encontrarse impregnado por un espíritu profesional y un espíritu institucional, dentro de un marco doctrinario coherente y adecuado; y además porque

en los servicios de salud no se comercializan bienes u objetos, sino está de por medio la vida, la salud y la felicidad de una persona, su familia y su comunidad.

Frente a todo lo anteriormente reseñado, no cabe duda la existencia de personal muy competente en su formación, muy abnegado en su dedicación y entrega, y muy humanístico en su actuar cotidiano. Pero ¿cuál es la proporción entre personal idóneo y el que no lo es en el país actualmente? ¿qué personal predomina hoy? He aquí la pregunta que debíamos abordar a nivel nacional con urgencia.

### **Algunos elementos de juicio para enfocar mejor la situación de la calidad en salud**

Nunca debemos olvidar el hecho que un paciente siempre es digno; por más austero que el Estado sea, los ciudadanos y sus familias tienen derecho a recibir una atención de salud con calidad y calidez, en ambientes adecuados y por un personal capacitado y humanizado.

Para llevar a cabo esta tarea se requiere del diseño de estrategias de mejora continua de la calidad en la atención de salud con la participación activa y consciente de todos los involucrados en ella, esto es usuarios y prestadores. En la frase **Personas que Cuidamos Personas** (con intención sustituyo Atendemos por Cuidamos) recogemos el Principio de Alma Ata que David Tejada de Rivero nos recuerda con obcecación digna de la mayor admiración y escucha: "**Cuidado integral de la salud para todos y por todos**". Y a la vez recordamos que en los dos extremos del cuidado de la salud estamos personas con sueños, temores, virtudes, defectos, deseos, expectativas, esperanzas, etc.; en un extremo del cuidado está la persona a la que le confiamos nuestra vida y salud o la de alguien a quien amamos; y en el otro estamos quienes otorgamos dicho voto de confianza.

Siempre debemos tener en cuenta desde el punto de vista del paciente y su familia que buscan la atención de un problema de salud que precisa ser resuelto, su principal preocupación (frente a otras como dónde buscar atenderse, cómo lograr hacerlo de forma

rápida, etc.) estará siempre la más importante: **¿Quién realizará la atención y cómo será atendido?**

Hay principios fundamentales de la salud y la medicina que siguen vigentes:

1. Al principio Hipocrático de "**ante todo no hacer daño**", se suman otros cuatro de igual peso: "**ante todo jamás inquietar, siempre que sea posible suavizar, a veces curar, y siempre tranquilizar**"; en estos principios subyace la humildad que debe caracterizar a todo personal de salud. Se añaden tres más, bien explicados por Patrick Wagner, con validez en el conjunto de la vida social, así como eficaces y correctos para la toma de decisiones en el campo de la moral médica: el principio de **Beneficencia** que nos llama a poner el máximo empeño en atender al paciente y a su familia, haciendo todo lo posible para cuidar su salud, de la forma que ellos consideren la más adecuada; el principio de **Autonomía** que involucra al ser humano como un sujeto y no como un objeto y restablece su capacidad de decisión y el respeto por el ser humano (este principio choca con la "clientización" de los usuarios); y el principio de **Justicia** que aboga por servicios de salud de calidad, con calidez y dignidad.
2. **La buena anamnesis y el examen clínico prolijo hacen el diagnóstico**; los exámenes auxiliares son eso, un auxilio para una mayor precisión diagnóstica eventualmente etiológica y mayormente de precisión topográfica.
3. **La buena relación, la empatía con el paciente y su familia hacen la mitad de la curación**. Lo que sigue es habilidad para modificar modos y hábitos de comportamiento y algunas intervenciones medicamentosas o quirúrgicas, que no pueden constituir la mayor parte del acto de salud. Durante el acto médico, el diagnosticar sirve a la vez para explicar la enfermedad y comprender la dolencia de un paciente para lo cual **es necesario ponernos en su lugar, de interpretar plenamente su sufrimiento, angustia y preocupaciones (Dr. Carlos Alberto Seguí)**.
4. La salud en el siglo XXI es una intervención multidisciplinaria, de equipo. Somos sector salud, no sector médico.

Desde el punto de vista sectorial debemos tomar en cuenta que:

- Hoy se quiere tener una atención en salud de tipo preventivo promocional con el fin de evitar la aparición de la enfermedad y desarrollar estilos de vida sana. Es aquí donde entra el trabajo multidisciplinario en equipo con el fin de realizar actividades extramurales, lo que implica algunas veces visitar a las familias a su domicilio o a determinados colectivos en escuelas, colegios, ferias, mercados, parroquias y espacios comunales, establecer vínculos de confianza con todos ellos y de esta forma realizar una buena calidad de atención con cada visita. El personal de salud debe ser formado en estas habilidades.
- El MINSA, a través de su Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación, ha diseñado guías de los estándares de calidad a cumplir tanto para los establecimientos de primer nivel como para las instituciones de mayor complejidad (hospitales o institutos especializados). En ellas **reconoció que los factores más importantes dependen de la buena voluntad, empeño - desempeño y comportamiento de los profesionales de la salud de cada establecimiento.**

La eficacia del trabajo en el sector salud depende directamente del grado de compromiso del personal de salud con su trabajo, su centro y su comunidad de forma tal que el fortalecimiento de la relación con cada uno de ellos le dé el conocimiento de su realidad y un enfoque adecuado para desarrollar los planes de mejora continua. Esto es buscar otorgar la atención de salud conforme a las normas de calidad, conocimientos de la medicina y tecnología vigentes, con oportunidad, amabilidad, trato personalizado y humanizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto de salud, que permitan mejorar el nivel de salud y la satisfacción del usuario y del trabajador, y que contribuyan a mejorar la calidad de vida de ambos.

Finalmente señalamos que las universidades juegan un rol importante, en la enseñanza de la relación médico-paciente, durante toda la formación de los médicos. William Osler señalaba: "para que el don de humanidad sea efectivo en la práctica

médica, no solo se requiere de la comprensión del paciente y el intento de servirlo, se necesita técnicas específicas para la expresión. El don de humanidad es ampliamente un arte de palabras y actitudes". El médico debe tener por esencia un sentido humano, impregnado de la técnica exquisita. En consecuencia, para ser un buen médico se requiere de una calidad muy excelsa de vocación ligada a la ética. La medicina no debe ser jamás objeto de lucro, precepto que deriva de la necesidad de vocación. Por lo cual si el médico es un ser social con derecho a recobrar un honorario por su servicio prestado, este debe ser prudente y concertado y sin el objetivo de lucrar. Esto debe aprenderse en el pregrado y reforzarse en el postgrado.

Se necesita que la currícula universitaria de pregrado forme esencialmente personal para el primer nivel de atención, dado que este representa el 100% del modo de contacto inicial con el sistema de salud, atiende el 87.3% de los problemas de salud simples y complejos y detenta el 92% del total de establecimientos de salud del país.

#### **Algunas propuestas de acción sobre el tema.**

- Los establecimientos de los tres niveles de atención deben contar con mecanismos de escucha al usuario (buzón de quejas, atención directa al usuario o módulos de consulta, etc.) y elementos de retroalimentación de información con respecto a la satisfacción del usuario (encuestas) para evaluar la percepción de éste hacia la calidad de atención.
- Los estándares de calidad en salud de los establecimientos de salud precisan para cumplirse de medios de comunicación de fácil acceso al usuario y así transmitir la información completa que requiera para su atención o resolución de dudas así como de cambios en el modelo administrativo del centro de atención. Los estándares para una calidad óptima dependen del equipo de salud y del usuario.
- Los estándares van enfocados a buscar que los establecimientos se articulen y organicen teniendo en cuenta la complementariedad de los recursos humanos para brindar atención integral a la

persona, familia y comunidad. A su vez se requiere la participación activa de las autoridades y los miembros de la comunidad con el fin de establecer mejores planes de gestión.

- En cada establecimiento de salud se debe contar con el desarrollo de un plan operativo y plan estratégico institucional en busca de sensibilizar a la organización para la mejora continua de la calidad de sus servicios y del clima organizacional. Los miembros de los establecimientos de salud deben crear proyectos de mejora continua de la calidad y realizar análisis críticos de la situación de salud de su comunidad con el fin de desarrollar y aplicar estrategias para el mejoramiento de la misma.
- Es necesario realizar esfuerzos para optimizar al personal de salud que ya está laborando con el sector, y también impulsar a través de las universidades la formación de personal de salud con base ética, humanística, científica y cultural. Este proceso de formación de profesionales idóneos debe iniciarse desde la selección de los mismos, no solo con el criterio de conocimientos, sino también el reconocimiento de sus aptitudes y actitudes, su vocación y cualidades innatas susceptibles de desarrollarse durante su formación; no solo deberá desarrollarse conocimientos o impulsar la investigación también es necesario cultivar durante toda su formación los aspectos éticos humanísticos así como una gran sensibilidad social y transversalizar el respeto al usuario y su familia, el trabajo en equipo multidisciplinario, la integralidad, la interculturalidad y la interculturalidad. Las universidades deben impregnar en sus currículas de carrera de salud el enfoque humanístico en salud, entendido como una condición innata que debe tener una base ética y deontológica, para que se conduzca instintivamente por la senda adecuada el ejercicio de su misión.

El Ministerio de Salud como ente rector, no debe otorgar el uso de campos clínicos a instituciones que no acrediten las más altas condiciones, en especial de plana docente, para la formación de personal de salud.

### Referencias bibliográficas:

- Aguirre-Gas H. "Evaluación y Garantía de la Calidad de la Atención Médica". Salud Pública, México 1991; 33:623-629.
- Calandria, Kallpa, Medicus Mundi Navarra. Salud Sin Limites. "Cerrando Brechas, Aproximando Culturas". 2009.
- Freyre ZJ. "Marketing para Médicos". Como fortalecer la relación médico-paciente, humanizando más la práctica médica. 1999. P: 33-38.
- INEI- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000, 2005, 2007, 2009 y 1er Semestre 2010.
- INEI. Consultas por encuestas: Encuesta Nacional de Hogares Lima: INEI; 2010. Disponible en: <http://www1.inei.gov.pe/srienaho/enaho220.htm>
- Cabieses Fernando. "Curar y cuidar en el acto médico". Diagnóstico 1999; 38:188.
- León Barúa Raúl. "La esencia real del diagnóstico". Diagnóstico 1999; 38: 141.
- León Barúa Raúl. "Medicina centrada en la persona: Perspectivas clínicas". Revista Medica Herediana. Volumen XXI, N° 3, 2010.
- Medicus Mundi Navarra. "Cerrando Brechas, Aproximando Culturas". 2009.
- Medicus Mundi Navarra. "Claves para la Transformación de los Sistemas de Salud de América Latina". 2013.
- MINSA. "Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud". 2002.
- MINSA. "Carga de Enfermedad del País". 2010.
- MINSA. DGSP. Documento Técnico. "Política Nacional de Calidad de Salud", 2009.
- Ramírez Ramos A. "La Faceta Humana del Médico". Diagnóstico 1995; 34:38
- Ramírez-Sánchez TJ. "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectivas de los usuarios". Salud Pública México 1998; 40:3
- Rocca ED. "Ética y Praxis Médica". Diagnóstico 1995; 34:26-28.
- USAID. Informe del Proyecto 2000.
- Zlatar M. "Espíritu y Doctrina en las Instituciones Hospitalarias". III Simposio sobre Filosofía de la Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Diciembre de 1998.