

Desafíos de la Actualización del Plan de Salud Familiar en Chile, año 2024

Dino Sepúlveda^{1,2,*}, María José Guzmán¹, Vania Zarzar^{1,a}, Maite González^{1,b}, Juan Pablo Rubio^{3,4}, Rafael Araos¹, Johanna Acevedo^{1,2,c}.

¹Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

²Centro para la Prevención y Control del Cáncer (CECAN). Temuco, Chile.

³Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

⁴Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

^aEnfermera, Magíster en Gestión en Salud.

^bSocióloga, Magíster en Epidemiología.

^cEnfermera matrona, Magíster en Epidemiología, MBA.

Challenges of Updating the Family Health Plan in Chile (2024)

RESUMEN

El Plan de Salud Familiar (PSF) establece intervenciones sanitarias a ser realizadas en atención primaria (APS) y sirve de plan base para el cálculo de las transferencias del financiamiento para este nivel de atención. Su actualización responde a las orientaciones técnicas y programáticas vigentes del Ministerio de Salud (MINSAL), sin guardar necesariamente un vínculo explícito con los instrumentos normativos de cobertura establecidos por MINSAL, presentando diferencias importantes entre estos y su propia definición. De esta forma, el PSF plantea dificultades particulares para su actualización coordinada con los otros sistemas de cobertura. **Objetivo:** Desarrollar una clasificación estructural y de origen normativo de las intervenciones sanitarias del PSF. **Métodos:** A partir de una lista desagregada de las intervenciones incorporadas dentro del último decreto vigente del PSF, clasificamos aquellas correspondientes a cada sistema de cobertura existente. De igual forma identificamos aquellas a ser ejecutadas en APS y que no están contenidas en el PSF. Finalmente, clasificamos las prestaciones según fueran un bien público en salud, una prestación parte del régimen general de garantías, una prestación parte de un sistema de garantías explícitas, una prestación mínima de la APS. **Resultados:** Se identificaron 220 intervenciones a ser realizadas en APS, de las cuales solo 176 se encontraban registradas en el PSF. La gran mayoría de las intervenciones (80) no tenían una relación explícita con algún sistema de cobertura. De las 44 intervenciones que debiendo prestarse en APS no están incorporadas en el PSF, once correspondieron a intervenciones GES. **Conclusiones:** Las intervenciones incorporadas en el PSF tienen un origen normativo diverso, lo que facilita la existencia de divergencias de intervenciones entre algunos de estos regímenes de cobertura con el PSF.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Administración en Salud Pública; Política de Salud.

*Correspondencia: Dino Sepúlveda /
dinosepulveda@udd.cl /
dj_sepulveda@med.uchile.cl

Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Universidad del Desarrollo.
Av. Plaza 680, Las Condes, Santiago, Chile.

Financiamiento: Consultoría sobre Plan de Salud Familiar, Banco Mundial.

Declaración de conflicto de intereses:
Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 15 de octubre de 2024.
Aceptado: 19 de mayo de 2025.

ABSTRACT

*The Family Health Plan (FHP) outlines healthcare interventions to be implemented at the primary healthcare level (PHC) and serves as a basis plan for calculating transfers to this level of care. Its updates align with the current technical and programmatic guidelines from the Ministry of Health (MINSAL), although they are not necessarily explicitly linked to the regulatory coverage instruments established by MINSAL, showing significant differences between these and its own definitions. As such, the FHP presents particular challenges for its coordinated updating alongside other coverage systems. **Aim:** To develop a structural and normative classification of the healthcare interventions included in the FHP. **Methods:** From a disaggregated list of interventions included in the latest FHP decree, we classified those corresponding to each coverage system. We also identified those interventions to be carried out in PHC that are not included in the FHP. Finally, we classified the services according to whether they constituted a public health good, a service within the general guarantee system, a service within a system of explicit guarantees (GES), or a minimum PHC service. **Results:** A total of 220 interventions to be carried out in PHC were identified, of which only 176 were recorded in the FHP. The majority of interventions in the FHP (80) did not have an explicit relationship with any coverage system. Of the 44 interventions that should be provided in PHC but are not included in the FHP, eleven corresponded to GES interventions. **Conclusions:** The interventions included in the FHP originate from diverse regulatory frameworks, which facilitates discrepancies between some of these coverage regimes and the FHP.*

Keywords: Health Policy; Health Services Accessibility; Public Health Administration.

El Plan de Salud Familiar (PSF) es un instrumento normativo emitido por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, con el objeto de establecer las prestaciones e intervenciones en salud a ser realizadas por los distintos dispositivos de atención primaria (APS) a lo largo del país. Sirve de plan base para el cálculo de las transferencias del financiamiento para este nivel de atención¹ y constituye el paquete de beneficios esenciales para la APS². El PSF se encuentra asociado a un sistema de pago por población a cargo (pago per cápita que corresponde al pago por población inscrita

validada), y contempla el uso de determinados coeficientes técnicos (concentración, incidencia/prevalencia, población beneficiaria, rendimiento, tipo de prestador que la otorga) para cada una de las prestaciones enunciadas. El PSF responde a las orientaciones técnicas y programáticas vigentes del Ministerio de Salud (MINSAL) y debe ser modificado de acuerdo con los Objetivos Sanitarios del país y los cambios demográficos y epidemiológicos de la población, de forma tal que respondan a la necesidad de atención de la población según la disponibilidad presupuesta-

ria³. Si bien se han planteado ejercicios para la armonización del listado de intervenciones del PSF⁴, éstas tienen diverso origen normativo, y son principalmente aquellas pertenecientes al Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES)⁵, y al Régimen General de Prestaciones (RGP)⁶. El RGP incluye particularmente acciones de promoción de la salud, examen de medicina preventiva, y prestaciones constitutivas de bienes públicos. Con todo, la selección de las intervenciones para el PSF no guarda un vínculo explícito con los instrumentos normativos señalados u otros de los cuales se origina, y presenta diferencias importantes entre estos y su propia definición. Estas diferencias son relevantes en cuanto pueden alterar la base para el cálculo del financiamiento del per cápita en la APS¹.

Debido al diverso origen de las intervenciones en este contenidas, el PSF plantea dificultades particulares para su actualización coordinada con los otros sistemas de cobertura (GES, RGP, Régimen General de Garantías (RGG)), entendiendo por sistema de cobertura, aquel arreglo normativo o institucional que permite el financiamiento y entrega de intervenciones en el sistema de salud. Por lo anterior, se requiere contar con una herramienta que permita clasificar las intervenciones sanitarias dentro del PSF, de forma tal que cambios en algunos de los diversos orígenes normativos de éste puedan ser fácilmente identificados e incorporados en las nuevas versiones o modificaciones del PSF.

En este artículo reportamos un proceso de análisis de las características principales de las intervenciones incorporadas dentro del PSF, clasificándolas según su origen normativo y regulación técnica. De igual forma, identificamos las intervenciones destinadas a la APS, incorporadas como parte de los sistemas de cobertura existentes, que no se encuentran listadas dentro del decreto de PSF. Respecto a ambos grupos de prestaciones realizamos una clasificación taxonómica de su origen que facilitará su incorporación o modificación en futuras versión del PSF.

Materiales y Métodos

Desagregamos de forma detallada las inter-

venciones incorporadas dentro del último decreto vigente del PSF³. Posteriormente, elaboramos un listado de intervenciones pertenecientes al RGP y al RGG/GES a partir de los textos vigentes para cada uno^{5,6}. Para ello, identificamos las intervenciones incorporadas dentro del texto vigente y luego las clasificamos de forma conjunta por tres revisores (VZ, MJG, DSV) para identificar aquellas susceptibles de ser realizadas en el nivel de APS. Finalmente, a partir de la base de datos del Estudio de Verificación de Costos 2021⁷ del Régimen GES, seleccionamos aquellas intervenciones catalogadas por parte del Ministerio de Salud como de resolución en APS; esta selección la corroboró un revisor (DSV) para verificar la concordancia de cada prestación con el nivel de atención. Los casos discrepantes fueron concordados con el MINSAL vía correo electrónico. De igual forma, identificamos aquellas intervenciones a ser desarrolladas dentro de la APS, incorporadas dentro de otros sistemas de cobertura universales o generales, a saber: Plan Nacional de Inmunizaciones⁸ y Ley 20.850 (Ley Ricarte Soto)⁹.

Adicionalmente, listamos las prestaciones y exámenes a ser desarrolladas en APS que son parte del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS), establecido a través del artículo 56 de la Ley 19.378¹⁰, e identificamos aquellas que no eran parte del PSF. Las prestaciones PRAPS son financiadas vía transferencias desde nivel central (MINSAL), pero para un subconjunto de establecimientos específicos, y su pago no es parte del per cápita del PSF, sino que a través de pago por prestaciones.

De forma adicional, para cada intervención incorporada dentro del PSF asociamos la intervención específica correspondiente, contenida en los sistemas de cobertura señalados. De esta forma, clasificamos las intervenciones contenidas en el PSF en (Figura 1). A) Bien público en salud: Intervenciones destinadas a promover y proteger la salud de las personas, sin diferenciar su adscripción a un régimen previsional. B) Prestación parte del régimen general de garantías: Comprende a las prestaciones asegurables contenidas en el régimen general de garantías en salud, los correspondientes al examen de medicina preventiva, y

los medicamentos incorporados en el Formulario Nacional de Medicamentos y atención odontológica, más el control del embarazo y puerperio. C) Prestación parte de un sistema de garantías explícitas: Prestaciones garantizadas en el régimen GES creado en la Ley 19.966, o del Fondo de Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, de la Ley 20.850. D) Cartera de prestaciones mínimas para la atención primaria: Corresponde a las prestaciones ya incluidas en el Plan de Salud Familiar, pero que no responden a un sistema de cobertura específico, y que, por su naturaleza, no requieren un aseguramiento explícito. E) Cartera de exámenes mínimos para la atención primaria: Corresponde a los exámenes ya incluidos en el Plan de Salud Familiar, pero que no responden a un sistema de cobertura específico. De igual forma, identificamos las intervenciones que, estando incorporadas en alguno de los sistemas de cobertura señalados, no se encontraban listadas en el Decreto del Plan de Salud Familiar.

Finalmente, para cada intervención realizamos una búsqueda en el sitio web del Ministerio de Salud, con el fin de identificar el instrumento normativo (Ley, Decreto, Resolución) o técnico (Guía de Práctica Clínica, Orientación Técnica u otro) que da sustento a esta intervención.

Debido a la naturaleza del trabajo realizado, no se requirió la aprobación por parte de un comité de ética científico.

Resultados

Sobre la base del total de sistemas analizados, identificamos un total de 220 intervenciones para ser realizadas en APS, de las cuales 176 están incorporadas en el PSF. De éstas últimas, 49 correspondieron a exámenes de laboratorio. La clasificación de las intervenciones provenientes del PSF se expone en la tabla 1.

La gran mayoría de las intervenciones contenidas en el PSF correspondieron, bien a prestaciones parte de la atención ambulatoria habitual, sin una relación específica con algún sistema de cobertura, bien a exámenes de laboratorio e intervenciones parte del sistema GES.

Adicionalmente, identificamos 44 acciones o programas que, debiendo prestarse en APS, no se encuentran incorporadas dentro del PSF. De estas, destacan las provenientes de los programas definidos en otros instrumentos normativos: Programa de Salud Cardiovascular, el Programa de Actividad Física y Ejercicio, el Programa de Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención de Salud (NANEAS), programa de atención domiciliaria a atención personas con Dependencia Severa, Programas de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), Programa de salud mental en APS y Programa Salud Respiratoria no IRA/ERA, con un total de siete acciones. De igual forma, encontramos once problemas de

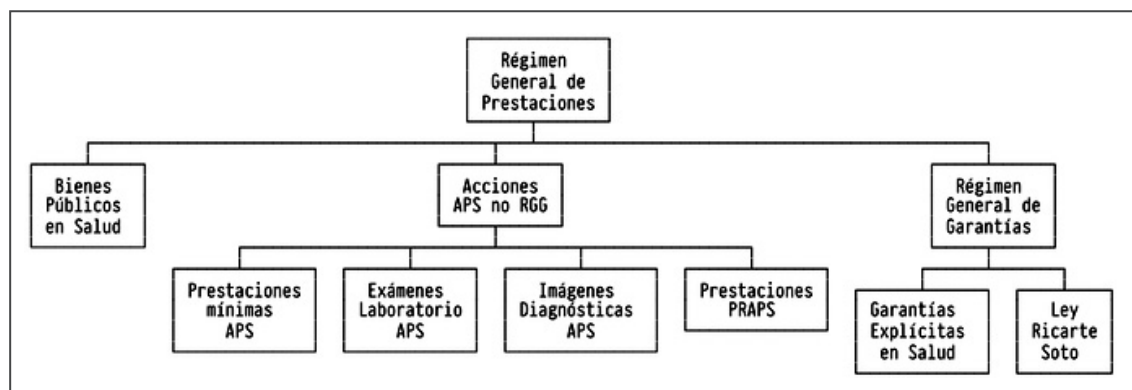


Figura 1: Clasificación taxonómica de las intervenciones a ser realizadas en APS.

APS: Atención Primaria en Salud. RGG: Régimen General de Garantías. PRAPS: Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud.

Tabla 1. Intervenciones a ser realizadas en atención primaria, según se encuentren o no incorporadas en el Plan de Salud Familiar 2023, según su origen.

Clasificación	Incorporadas en decreto PSF* N (%)		No incorporadas en decreto PSF* N (%)		Total N (%)
Bien público en salud	7	(4)	0	(0)	7 (3,2)
Prestación parte del régimen general de garantías	5	(2,8)	2	(4,5)	7 (3,2)
Prestación parte de un sistema de garantías explícitas	29	(16,5)	11	(25)	40 (18,2)
Cartera de prestaciones mínimas de APS	80	(45,5)	7	(15,9)	87 (39,5)
Imágenes diagnósticas en APS	6	(3,4)	0	(0)	6 (2,7)
Exámenes de laboratorio	49	(27,8)	0	(0)	49 (22,3)
Prestaciones u exámenes asociados a PRAPS	0	(0)	24	(54,5)	24 (10,9)
Total	176	(100)	44	(100)	220 (100)

Abreviaturas: PSF: Plan de Salud Familiar; APS: Atención Primaria en Salud; PRAPS: Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud.

salud parte del régimen GES con prestaciones a ser desarrolladas en APS y no listadas en el decreto del PSF, a saber: Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más*, hepatitis crónica por virus de la hepatitis C, enfermedad de Parkinson, prevención secundaria de enfermedad renal crónica terminal, rehabilitación posterior a la infección por SARS-CoV-2, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, enfermedad luxante de caderas y consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas, con un total de diez acciones. Adicionalmente, el problema de salud ayudas técnicas para personas de 65 años o más, contiene intervenciones que pueden ser desarrolladas en Atención Primaria, pero cuyo financiamiento depende del nivel secundario por lo que no requiere ser incorporado en el PSF. De igual forma, la Ley 20.850, en su problema de salud nutrición enteral domiciliaria, realiza la

entrega de insumos en atención primaria, para los Centros de Salud Familiar acreditados para este problema de salud, encontrándose también su financiamiento a nivel secundario, sin necesidad de ser incorporado en el PSF. Finalmente, dos grupos de prestaciones o programas parte del régimen general de garantías en salud no incorporados en el PSF fueron los cuidados paliativos universales (actualmente financiados progresivamente vía PRAPS) y el examen medicina preventiva, el que solo se encuentra definido para la población infantil como Control de niño sano (1 acción). Todas estas prestaciones (20 en total) corresponden a prestaciones universales. Cabe hacer mención que algunas de estas intervenciones, como lo son el Plan de Salud Cardiovascular, la Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, los Programas de IRA y de Salud Mental, pudieran estar incorporados en el cálculo del per cápita,

*El problema de salud N° 22, "Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años", sí se encuentra contemplado.

aunque no están reflejadas en el Decreto del Plan de Salud Familiar. Finalmente, 24 acciones correspondieron a PRAPS que, no siendo parte del pago del per cápita, no es necesario listarlas dentro del PSF.

Respecto de la etapa del curso de vida en los que se enmarca cada prestación, independiente de haber sido o no listada en el Decreto del PSF, estos corresponden a las descritas en la tabla 2. Se excluyen de este análisis los exámenes de laboratorio. Muchas de las intervenciones se sobreponen entre distintos programas y etapas del curso de vida, y algunas de ellas son transversales a todo el ciclo vital.

Respecto a la identificación de instrumentos técnicos que dieran cuenta del proceso de atención asociado a cada prestación parte del PSF observamos que todas las intervenciones correspondientes a programas, o problemas de salud GES/LRS contaban con algún instrumento de regulación, en el caso particular del GES, guías de práctica clínica (40 intervenciones), y normas u orientaciones técnicas para el resto de las prestaciones. En el caso de aquellas intervenciones que correspondían a un bien público, encontramos una norma u orientación técnicas que regula su implementación. Aquellas intervenciones denominadas “Cartera de prestaciones mínimas de APS” que no correspondieran a un programa específico fueron 54, para 33 de las cuales no nos fue posible identificar un documento técnico que regulara su ejecución, aunque corresponden principalmente a actividades habituales de la APS (atención de morbilidad, control crónico, educación grupal, atención a domicilio). Con todo, observamos heterogeneidad en los documentos emanados por el MINSAL para efectos de la regulación técnica de las prestaciones entregadas, superponiéndose algunos de ellos entre sí.

Discusión

En el presente análisis mostramos que las intervenciones incorporadas en el PSF tienen un origen normativo diverso, proviniendo la mayoría de ellas del propio PSF, y el resto principalmente del RGP, del RGG y de las GES. Además, señalamos la existencia de divergencias de intervenciones

entre algunos de estos regímenes de cobertura con el PSF. Finalmente, identificamos la heterogeneidad de los instrumentos de regulación técnica emanados por el MINSAL, respecto a las prestaciones a ser realizadas en APS.

La principal limitación de nuestro artículo corresponde a la falta de una evaluación sistemática y desagregada de la ejecución efectiva de las intervenciones listadas en el PSF, así como del resto de sistemas de cobertura en la APS. Un seguimiento de este tipo facilitaría identificar qué intervenciones de los sistemas de cobertura (GES, RGG, RGP) se ejecutan efectivamente en la APS, aunque no se encuentren listados en el PSF, así como evidenciar la existencia de intervenciones pertenecientes al PSF que no se ejecuten usualmente. Esto se realiza, parcial e indirectamente, a través de las mediciones del Índice de Actividad de la Atención Primaria (IAAPS). Una segunda limitación parte de la diversa granularidad existente en la descripción de las intervenciones del PSF: en algunos casos se describen intervenciones sumamente específicas y operacionalizables, pero con poca articulación con el resto del proceso de atención clínica (e.g. Consulta odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes)), a otras intervenciones más amplias y articuladas, pero con poca capacidad de ser implementadas de una forma consistente (control de niño sano). Lo anterior redundo en la dificultad para asignar adecuadamente algunas intervenciones del PSF a los sistemas de cobertura descritos. Una tercera limitación de nuestro estudio fue la falta de información respecto a la existencia de estándares de calidad verificables para la ejecución de cada una de las prestaciones señaladas en el PSF, lo que puede originar heterogeneidad respecto a la forma en cómo se desarrollan estas acciones en distintos centros asistenciales. Futuros estudios respecto al PSF debieran abordar estas limitaciones.

Debido a su característica principalmente administrativa, el PSF ha sido escasamente analizado por la literatura nacional, más allá de la descripción de su estructura¹ y propuestas de mejora⁴. Lo anterior es relevante por cuanto la

Tabla 2. clasificación de las intervenciones a ser realizadas en Atención Primaria, según programas de salud del curso de vida, Plan de Salud Familiar 2023 y otros sistemas de cobertura.

Niños y Niñas	Adolescentes	Adultos	Adultos mayores	Mujer	Intervenciones N (%)
X					30 (17,5)
	X				26 (15,2)
		X			17 (9,9)
			X		21 (12,3)
				X	25 (14,6)
X	X				4 (2,3)
X	X	X			1 (0,6)
	X	X	X		11 (6,4)
	X	X	X	X	1 (0,6)
		X	X		10 (5,8)
X	X	X	X	X	25 (14,6)
TOTAL					171 (100)

literatura nacional ha señalado la falta de financiamiento de la atención primaria¹¹, sin identificar el mecanismo de construcción del PSF como un potencial aspecto a mejorar para incrementar la asignación de recursos a este nivel de atención. Si bien se menciona en la literatura nacional la importancia fundamental de la APS dentro del modelo de atención^{4,11,12}, no se identifica dentro de esta al PSF como la herramienta para definir cartera de prestaciones que permita dar respuesta a los desafíos epidemiológicos presentes y futuros para el país (multimorbilidad, detección precoz de cáncer, pesquisa temprana de condiciones de salud, preparación para emergencias y desastres, entre otros). De igual forma, no existe una clara vinculación entre la determinación de las inter-

venciones a incorporar en el PSF con procesos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA), los que se encuentran circunscritos principalmente al sistema de la Ley 20.850. Finalmente, la existencia de un sistema de financiamiento complementario de intervenciones (PRAPS), flexibiliza la posibilidad de incorporar nuevas intervenciones según las necesidades locales, pero sin una vinculación clara con procesos de definición de coberturas más estructurados, limitándose en la mayoría de las ocasiones a la estimación del costo y demanda potencial o expresada.

Este análisis permitirá replantear la necesidad de la existencia de un PSF explícito por separado de otros sistemas de cobertura, así como la vinculación efectiva entre proyecciones de gasto

realizado por las distintas intervenciones y transferencias directas a los prestadores de atención primaria para la cobertura de tales intervenciones. De igual forma releva la necesidad de incorporar procesos de ETESA formales para la identificación del valor sanitario y social de las prestaciones incorporadas en el PSF. En términos de seguimiento de las actividades realizadas, se debe avanzar en la evaluación de la ejecución específica de las intervenciones, a través por ejemplo de las actividades incorporadas dentro de los Registros Estadísticos Mensuales (REM) a través de indicadores de actividad que permitan medir el impacto de las intervenciones dependiendo del contexto local. Finalmente, se debe expandir la evaluación ex ante de intervenciones a ser incorporadas y que usarán recursos públicos incluso en programas específicos no necesariamente financiados en toda la red (por ejemplo, atenciones de medicina tradicional o complementaria).

Referencias

1. Duarte Q D. *Asignación de recursos per cápita en la atención primaria*. Cuad Econ. 1995; 32(95): 117-124.
2. Lassi ZS, Kumar R, Mansoor T, Salam RA, Das JK, Bhutta ZA. *Essential interventions: Implementation strategies and proposed packages of care*. Reprod Health. 2014; 11(1): S5.
3. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Decreto N° 54 del 27 de diciembre de 2022. *Determina aporte estatal a municipalidades que indica, para sus entidades administradoras de salud municipal, por el período que señala*. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://bcn.cl/3cudo>
4. Paula Bedregal G, G PB, Nick Bosanquet, Bosanquet N, Rifat Atun, Rifat Atun, et al. *Paquete básico de prestaciones basados en evidencia para el nivel primario de atención: Una propuesta*. Rev Med Chil. 2000; 128(9): 1031-1038.
5. Ministerio de Salud, Chile, Ministerio de Hacienda, Chile. Decreto N° 72, *aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud*. 2022.
6. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Decreto N° 369 del 22 de noviembre de 1985. *Aprueba reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud*. 2022. Disponible en: <https://bcn.cl/2gx3v>
7. Departamento de Economía de la Salud, Ministerio de Salud. *Base de Datos Maestro EVC Vigente, Estudio de verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con Garantías Explícitas*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2022. Disponible en: <http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/02/Bases-de-datos-EVC-2021.zip>
8. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Decreto Exento N° 50 del 16 de septiembre de 2021. *Dispone vacunación obligatoria contra enfermedades inmunoprevenibles de la población del país*. 2022. Disponible en: <https://bcn.cl/3hm9r>
9. Ministerio de Salud, Chile, Ministerio de Hacienda, Chile. Decreto N° 2 *Determina los diagnósticos y tratamientos de alto costo con Sistema de Protección Financiera de la Ley N° 20.850*. 2019.
10. Ley 19.378. *Establece estatuto de atención primaria de salud municipal*. 2016. Disponible en: <https://bcn.cl/3a0rs>
11. Montero Labbé J, Tellez A, Herrera Riquelme CA. *Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud: Algunos aspectos críticos*. 2010.
12. Bass del Campo C. *Family health model in Chile and greater resoluteness of primary health care: Contradictory or complementary?* Medwave. 2012; 12(11): e5571-e5571.