



# REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

## Hacia un modelo de atención en salud para el siglo XXI: breve historia del modelo de atención integrada en Chile

*Towards a Health Care Model for the 21st Century: a brief history of the integrated care model in Chile*

Leonardo Soto<sup>a,b</sup>✉, Javier Soto<sup>c</sup>, Francisco Riquelme<sup>a</sup>.

<sup>a</sup> Departamento de Medicina Interna, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

<sup>c</sup> Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del Artículo:

Recibido: 16 04 2021.

Aceptado: 06 06 2021.

#### Palabras clave:

Historia; Medicina;  
Historia de la Medicina;  
Medicina Ambulatoria;  
Modelo de Atención  
Integral; Medicina  
Familiar; Chile.

#### Key words:

History; Medicine;  
History of Medicine;  
Ambulatory Medicine;  
Comprehensive Health  
Care Model; Family  
Medicine; Chile.

### RESUMEN

*El desarrollo y organización del sistema sanitario en Chile tuvo importantes cambios durante la segunda mitad del siglo pasado, los que permitieron al país mejorar sustantivamente algunos índices de salud poblacional. Por otra parte, tanto el cambio de paradigma biomédico que surgió en el mundo durante las últimas décadas del siglo XX y que se orientaba hacia un modelo biopsicosocial de salud, como la aparición del concepto de Atención Primaria de Salud (APS) como una estrategia de intervención social, se sumaron al cambio en el perfil epidemiológico y demográfico del país y a las expectativas de la población, para alzarse todos ellos como factores catalizadores de un nuevo cambio en la forma de organizar la atención de salud en Chile. Esto generó un espacio para el desarrollo y fortalecimiento del nivel primario de atención de salud y de la medicina ambulatoria, lo que impulsó también la aparición de una nueva generación de especialistas que fueran capaces de dar solución a la gran mayoría de los problemas de las personas y de las comunidades, los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Esta nueva forma de organización sanitaria, actualmente vigente en Chile, y que se enmarca dentro del Modelo de Atención Integral de Salud iniciado a comienzos del siglo XXI, está basado en un sistema de salud sustentado en el modelo biopsicosocial y en la APS; y su eje primordial son las personas, las familias y las comunidades.*

### SUMMARY

*The development and organization of the health system in Chile underwent important changes during the second half of the last century that allowed the country to substantially improve some population health indices. On the other hand, both the change in the biomedical paradigm that emerged in the world during the last decades of the 20th century and which was oriented towards a biopsychosocial model of health, as well as the appearance of the concept of Primary Health Care as a social intervention strategy, they added to the change in the epidemiological and demographic profile of the country and the expectations of the population, all of them rising as catalysts for a new change in the way of organizing health care in Chile. This created a space for the development and strengthening of the primary level of health care and outpatient medicine, which also promoted the emergence of a new generation of specialists who were capable of solving the vast majority of people's problems. and from the communities, specialists in Family and Community Medicine. This new form of health organization, currently in force in Chile, and which is part of the Comprehensive Health Care Model initiated at the beginning of the 21<sup>st</sup> century, is based on a health system based on the biopsychosocial model and PHC; and its main axis are people, families and communities.*

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: [lsotog@clinicalascondes.cl](mailto:lsotog@clinicalascondes.cl)

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.06.001>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



## MEDICINA Y ORGANIZACIÓN SANITARIA EN CHILE: DESDE SUS ORÍGENES HASTA EL SIGLO XX

La historia de la medicina en Chile se remonta a épocas precolombinas. Las diferentes culturas prehispánicas desarrollaron una medicina más bien primitiva, que se caracterizaba por entender la enfermedad como un fenómeno mágico, y en cuya aproximación terapéutica utilizaban una orientación empírica y mágica<sup>1</sup>. Con ello se lograron tratamientos basados principalmente en el uso de hierbas medicinales y prácticas quirúrgicas simples<sup>2</sup>.

En el período de la Conquista y la Colonia española, la medicina chilena se mantuvo dentro de un marco conceptual todavía primitivo. Predominaban los conocimientos médicos de la Europa medieval, basados más que nada en la atención religiosa, lo que llevó a la creación de los hospitales del socorro (actual San Juan de Dios) en Concepción y Santiago, instituciones administradas por los cabildos y cuyos ingresos dependían de las donaciones de hacendados y el diezmo de la Iglesia<sup>1</sup>.

No fue sino hasta los albores de la Independencia, y gracias a la influencia de la medicina y el positivismo imperante en Europa a comienzos del siglo XIX, que se lograron introducir en Chile, los conocimientos y progresos tecnológicos de manos de médicos migrantes desde países como Inglaterra, Francia y España. La creación de la primera Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 1842, marcó el hito fundacional de la nueva medicina chilena. Hasta ese entonces existían sólo dos hospitales en Santiago y tanto la atención hospitalaria como el control sanitario, eran muy deficientes. Las epidemias de la época (tifus, cólera, viruela) diezmaron a la población y todavía no existía una organización por parte del Estado chileno. Recién bien entrada la segunda mitad del siglo XIX se planificó la creación de nuevos hospitales, iniciándose en 1872 la construcción de los hospitales San Vicente de Paul, Salvador y San José; y en 1873 la maternidad del hospital San Borja. La creación del Consejo Superior de Higiene en 1889, logró centralizar las actividades del Estado en materias sanitarias<sup>1</sup>.

Durante las primeras décadas del siglo XX el poder político, hasta entonces en manos de la sociedad burguesa, fue transferido a los profesionales y militares. Se escribió una nueva Constitución Política (1924) y se comenzaron a discutir políticas de Estado que llevarían finalmente a la implementación de una legislación sanitaria (Código Sanitario, 1918) y social particular (Caja Seguro Obrero Obligatorio, 1924), donde el Estado comenzó a jugar un rol benefactor preponderante para toda la población. Durante la segunda mitad del siglo XX se estructuró un aparato asistencial nacional y se establecieron normas para su funcionamiento. Es así como en 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS), entidad pionera en el mundo, logrando con ello ampliar la cobertura y oferta de servicios de salud, que incluía a la población más vulnerable desde un punto de vista socioeconómico (obreros e

indigentes)<sup>3</sup>. En este período se lograron, entre otros: las leyes previsionales, las instituciones asistenciales, estímulos al desarrollo de la ciencia y la tecnología y la creación de los colegios profesionales.

La organización sanitaria hasta ese momento permitió notables avances en las políticas públicas que consecuentemente mejoraron la situación de salud del país y que continuaron consolidándose con el correr de los años. Así, por ejemplo, las intervenciones del SNS lograron mejorar la cobertura de atención de salud, la que se extendió a todos los habitantes del país, permitiendo, además, que la mortalidad infantil a principios de los años 70 se redujera en un 69% con respecto a la de 1939<sup>4</sup>. Esta tendencia en la mortalidad infantil ha continuado disminuyendo hasta llegar a 6 por 1000 nacidos vivos en el año 2019, cifra que actualmente permite a Chile estar dentro de la tasa promedio de los países de la OCDE y situarse como la segunda mejor tasa de mortalidad infantil de Latinoamérica, sólo por detrás de Cuba<sup>5</sup>.

Este modelo de organización y funcionamiento centralizado por el Estado, se mantuvo hasta 1979, año en el que se introdujo una reestructuración al sistema de salud nacional. El nuevo modelo resultante se consolidó durante la década del 80 con la nueva legislación destinada a reformar definitivamente el sistema sanitario y previsional del país. Como resultado de estas reformas, a partir de 1981 se inició el traspaso de los establecimientos del nivel primario a la administración municipal, lo que llevó a la descentralización del sistema, permitiéndole a las municipalidades la autonomía en la gestión de los recursos<sup>4</sup>.

En esta nueva organización del sistema sanitario nacional, el primer nivel, conocido como Nivel Primario de Atención, es el de menor complejidad, pero también el que ofrece mayor cobertura poblacional. Este nivel incluye en la práctica a toda la red de establecimientos de atención ambulatoria, es decir aquella atención que no exige la permanencia del enfermo en un centro hospitalario y está constituido por los consultorios generales, urbanos y rurales; las postas rurales y las estaciones médico-rurales y tiene como objetivo la resolución de los principales problemas de la comunidad a través de la integración de las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

## EL CAMBIO HACIA UN MODELO BIOPSIICOSOCIAL: EL DESPERTAR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

El modelo biomédico imperante en Chile y el mundo hasta las últimas décadas del siglo XX estaba centrado en la enfermedad, parecía separado de lo psicosocial y tenía un corte más bien paternalista. Todos estos preceptos comenzaron a ser discutidos a partir de los años 70, mezclándose con el surgimiento de la bioética<sup>6</sup> y ya hacia fines de esa misma década, con las críticas directas contra esta forma de entender la salud.

De este proceso crítico surgió un nuevo modelo biomédico denominado biopsicosocial<sup>7</sup>, que permitió orientar los esfuerzos hacia un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud (APS).

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye una estrategia de intervención social, definida en la Declaración de Alma Ata (URSS, 1978) como una forma de *"...asistencia sanitaria... puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar... con un espíritu de autorresponsabilidad y auto-determinación"*.

Este proceso de transformación paradigmática fue refrendado en la Conferencia de Promoción de la Salud de Ottawa en 1986, donde se enfatizó la importancia de las acciones que permitieran alcanzar "Salud para todos en el año 2000" y que también determinó compromisos de los gobiernos para generar los impactos sociales deseados<sup>8</sup>.

Nuestro país canalizó estas premisas y comenzó a desarrollar el nuevo Modelo de Atención Integrada de Salud (MAIS), considerando la obsolescencia del modelo antiguo, así como las expectativas de la población, además de algunos otros factores como el cambio en el perfil epidemiológico y demográfico del país<sup>9</sup>.

Este nuevo modelo, basado en un sistema de salud sustentado en el modelo biopsicosocial y en la APS, cuyo eje primordial son las personas, las familias y las comunidades, se transformó en el modelo vigente para nuestro país a partir de la reforma de salud del año 2001, y desde un comienzo sus principios generales irrenunciables han sido: estar centrado en el usuario, manteniendo la integralidad de la atención y la continuidad del cuidado.

### **EL ACTUAL MODELO EN CHILE: EL ADVENIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA PARA EL SIGLO XXI**

Con la municipalización de la APS a comienzos de los años 80 se permitió, por una parte, la autonomía en la gestión de los recursos, y se incorporaron por otra, las diversas variables sociales a esta gestión, intentando de esta forma, descentralizar la toma de decisiones y acercar las soluciones a la población beneficiaria.

En el mismo sentido, la enseñanza de la medicina comenzó a orientarse hacia la inclusión de este nuevo paradigma en el ámbito docente. Algunos centros universitarios realizaron reformas a sus planes de estudio y pusieron entre otros objetivos, la expansión de la enseñanza de la medicina ambulatoria, con especial énfasis en aspectos de medicina preventiva y medicina comunitaria<sup>10</sup>. En 1981 la Universidad de Chile desarrolló un programa de transformación de un consultorio en un centro de salud familiar (CESFAM) (docente-asistencial), para luego, entre los años 1982 y 1986 comenzar la formación de los primeros especialistas en Medicina

Familiar, constituyéndose esta casa de estudio en la impulsora de este modelo en el ámbito universitario nacional y sus especialistas en los promotores dentro del sistema sanitario chileno. En los años 1993-1994 se iniciaron también programas de formación en Medicina Familiar y Comunitaria en la Pontificia Universidad Católica de Chile y en la Universidad de la Frontera. A su vez, la Universidad Austral inició en 1995 la formación de enfermeras especialistas en Salud Familiar<sup>11,12</sup>.

A comienzos de los años 90 surgieron los primeros equipos de salud que implementaron el modelo en la práctica, y a principios del siglo XXI, con la Reforma de Salud del 2001, se establecieron las bases legales de un sistema que pretendió instalar al usuario y a su salud como ejes del desarrollo social.

Así, el Modelo de Atención Integral de Salud<sup>9</sup>, que ya vimos se centra en el usuario, asegurando la integralidad de la atención y la continuidad del cuidado, incorporó también otras actividades de suma importancia (Figura 1):

- Énfasis en la promoción y prevención
- Enfoque de salud familiar
- Énfasis ambulatorio
- Participación en salud
- Intersectorialidad
- Calidad
- Uso de tecnología apropiada
- Gestión de las personas trabajadoras de la salud

Todo lo anterior permitió que el sistema de atención ambulatoria, representado principalmente por el Nivel Primario de Atención, que es el que ofrece mayor cobertura poblacional en Chile, tomase un rol activo y preponderante en la solución de los principales problemas de salud del país, llevándolo a posicionarse como eje central del actual modelo sanitario nacional.

De este modo, el nuevo modelo de atención se apoya en la red de atención primaria, la que está constituida en Chile por cuatro tipos de establecimientos: 589 centros de salud familiar (CESFAM), 218 centros comunitarios de salud familiar (CECOSF), 1.166 postas rurales y 104 hospitales comunitarios, que independiente de su fuente de financiamiento, implementan las directrices entregadas por el Ministerio de Salud. La implementación del nuevo modelo de atención puede ser evaluada desde el año 2015 a través del Instrumento para la Evaluación y Certificación de Desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Establecimientos de Atención Primaria, que permite agrupar a los 72 indicadores aplicables en los nueve ejes de implementación del MAIS<sup>13</sup>. Al 2018, el MAIS había sido implementado en el 56,2% de los establecimientos del territorio nacional, siendo el eje de tecnología el con mayor implementación, mientras que el enfoque familiar el componente con menor implementación. Los CESFAM por su parte, y las postas

rurales por el otro, fueron el tipo de establecimiento con mayor y menor implementación del MAIS, respectivamente. También se sabe que la implementación del MAIS varía de forma sustantiva según la ubicación geográfica y las características de las comunas en que están ubicados. Así, por ejemplo, las comunas rurales muestran menor implementación del MAIS que las urbanas<sup>14</sup>.

**Figura 1. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario**



Ministerio de Salud, Subsecretaría de redes asistenciales (2005). Modelo de Atención Integral en Salud. Serie de cuadernos modelo de atención.

**ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO ACTUAL DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL NIVEL PRIMARIO: EL MODELO EN LA PRÁCTICA**

Para poner en práctica este modelo y hacer llegar a los pacientes y sus familias la atención de salud integral con todos los principios y elementos antes enunciados, el sistema sanitario actualmente se organiza a partir de una red de centros de salud y equipos bien definidos, donde el nivel primario de atención tiene el rol principal.

Como ya se describió, en este nuevo modelo de organización son las Municipalidades, a través de sus Departamentos de Salud o Corporaciones de Salud, quienes están encargadas de gestionar los distintos centros de salud y personal a cargo. Todo esto bajo las directrices técnicas de los Servicios de Salud respectivos.

Dentro de los Centros de Salud municipales existen variados tipos, entre ellos: Centro de Salud Familiar (CESFAM), Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), Postas Rurales y Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

Los CESFAM son los Centros de Salud encargados de brindar a la población a cargo, es decir a la población inscrita validada, las prestaciones de salud ambulatorias a lo largo de todo el ciclo vital, siendo la puerta de entrada a la atención en el sistema<sup>15</sup>.

Estos centros están a cargo de un director, quien debe trabajar en forma coordinada, en equipo y transversalmente, con todo el personal. Para organizar y poder elaborar planes y prestaciones de salud acordes a las necesidades de las personas y de la población inscrita, los CESFAM se distribuyen en “Sectores” o “Zonas”, a cargo de un equipo determinado, de modo de mantener continuidad en la atención. Esto es fundamental, ya que con ello se logra por un lado, que las personas conozcan a su equipo de salud y se identifiquen con él, y por el otro, que el equipo de salud conozca a las personas y los familiares de quienes atienden. Los equipos tienen instancias periódicas para revisar su gestión, discutir casos o situaciones de pacientes y familias y planificar y evaluar sus actividades y prestaciones. En la gran mayoría de los casos, estos sectores están determinados por “barrios” o zonas geográficas determinadas de la comuna. Cada sector o zona, está liderado por un encargado, que tiene a su cargo un equipo de trabajo multidisciplinario (compuesto por médicos/as generales y familiares, odontólogos/as, enfermeras/os, nutricionistas, matronas/es, kinesiólogos/as, psicólogos/as, técnicos en enfermería nivel superior/TENS, administrativos, entre otros).

Los CESFAM pueden contar también con encargados que transversalmente velan por el cumplimiento de las normas técnicas y la actualización de protocolos a nivel de la salud en la infancia, en la adolescencia, en el adulto y el adulto mayor, la mujer y salud mental, además de actividades de promoción y prevención en salud. La actividad en salud no sólo es importante “puertas adentro”, sino que un número importante de actividades se desarrollan en terreno, con salidas y atención de los equipos de salud a los domicilios de los pacientes, centros comunitarios de adulto mayor, juntas de vecinos, establecimientos educacionales, entre otros. La participación y ser parte de la comunidad es, como se mencionó antes, uno de los principios y elementos clave del modelo.

Las diferentes prestaciones de salud a lo largo del ciclo vital se definen a través de directrices como la “matriz de cuidados de salud a lo largo del curso de la vida” y las “orientaciones para la planificación y programación en red” que todos los años actualiza el Ministerio de Salud y que baja a través de los diferentes Servicios de Salud<sup>16,17</sup>. Cada una de ellas debe adecuarse a la realidad local, para lo cual cada una de la comunas desarrolla un plan de salud comunal que generalmente es quinquenal; plan de salud que debe llevarse a cabo, desarrollarse y consensuarse con la participación de la comunidad.

Las prestaciones de salud y actividades programadas a nivel de atención primaria son monitoreadas y evaluadas periódicamente

por los Servicios de Salud a través de diferentes indicadores de cumplimiento que están incluidos en las “Metas Sanitarias” y los Índices de actividad de la atención primaria de salud (IAAPS), los que son acordados anualmente entre dichos Servicios y las respectivas comunas.

Como centros satélites a los CESFAM, en muchas comunas existen los denominados CECOSFs, los que se encuentran acotados a un sector geográfico más reducido dentro de un sector o zona del CESFAM. Estos centros, tienen como objetivo principal acercar aún más la atención de salud a las personas, poniendo énfasis en actividades de promoción y prevención de la salud.

Las comunas pueden contar también con centros de salud mental, los denominados COSAM, los que también están formados por un equipo multidisciplinario compuesto por psiquiatras, psicólogos/as y terapeutas ocupacionales, entre otros, quienes trabajan directa y coordinadamente con el equipo de CESFAM para la atención de personas y familias que requieren un nivel de atención en salud mental ambulatoria más complejo.

Para las atenciones de urgencia, existen también a nivel de atención primaria los SAPUs, quienes son los responsables de la primera atención de urgencia de los pacientes. Estos establecimientos se encuentran a veces dentro del mismo terreno o adosados a los CESFAM, así como también pueden ubicarse en otro lugar distinto. En caso de presentarse casos de mayor complejidad, los pacientes son derivados a su hospital base o al servicio de urgencia de alta complejidad más cercano en caso de riesgo vital.

Desde la atención primaria, los pacientes tienen acceso al nivel secundario de atención (atenciones de especialidad) estable-

cido para cada comuna en caso de ser necesario. Esto a través de derivaciones a consultas ambulatorias presenciales como también a través del acceso a consultas a distancia desde los propios CESFAM, aprovechando las diferentes herramientas tecnológicas actualmente disponibles para ello (Telemedicina-Hospital Digital)<sup>18</sup>.

Desde otro punto de vista, podemos decir también que, en la actualidad, la atención primaria es un elemento central, y muy importante, en la actividad académica y docente de Universidades y Centros de Formación Técnica que la utilizan como campo clínico para la formación en distintas carreras de la salud (medicina, enfermería, nutrición y dietética, obstetricia y puericultura, kinesiología, odontología, formación para TENS, entre otros). Esto lleva a una importante sinergia no sólo en el desarrollo, capacitación e innovación de los establecimientos de salud y su personal, sino también para todos los estudiantes que allí convergen. A través de esta interacción también surgen nuevos programas y nuevas formas de organización, que permiten enfrentar de mejor manera las problemáticas sanitarias y sociales más frecuentes a las que el nivel primario de atención se ve expuesto, como son: la prevención de enfermedades prevalentes, los necesarios cambios en los estilos de vida, la atención de los pacientes con multimorbilidad, la atención de pacientes postrados, entre muchos otros.

La atención primaria además es el campo clínico principal para la formación de los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Estos profesionales tienen como objetivo central la atención integral del paciente y su familia, y están capacitados para orientar y educar no sólo al paciente y a su familia, sino también a toda la comunidad, en el desarrollo de herramientas para el autocuidado, para de esta forma, mantener a la población del país lo más sana posible.

---

*Declaración de conflicto de interés*

*No existe conflicto de interés por parte de ninguno de los autores.*

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz-Coke R. *Patrimonio histórico de la medicina chilena. Anales de la Universidad de Chile. VI serie: 12. 2000. Disponible en: [http://web.uchile.cl/vignette/anales/CDA/an\\_completa/0,1281,SCID%253D3631%2526SID%253D261%2526ACT%253D0%2526PRT%253D3625,00.html](http://web.uchile.cl/vignette/anales/CDA/an_completa/0,1281,SCID%253D3631%2526SID%253D261%2526ACT%253D0%2526PRT%253D3625,00.html)*
2. Silva O. *Civilizaciones prehispánicas de América. Editorial: Editorial Universitaria de Chile, 2011. ISBN 10: 9561118572. ISBN 13: 9789561118577*
3. Jiménez J. *Organización de la Atención Sanitaria Chilena. En J. Montero, Medicina Ambulatoria del Adulto. Santiago: Ediciones Universidad Católica. 2001. ISBN 9789561406217.*
4. Castillo C, Matute I, González C, Covarrubias T. *Capítulo III: Historia del Sistema de Salud Chileno (págs. 49-71). En: Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de Salud Poblacional N°2. Santiago, Chile: CEPS, Fac. de Medicina. CAS-UDD. 2019. ISBN 978-956-374-037-0.*
5. *Datos Banco Mundial. Obtenido de Banco Mundial. Tasa de Mortalidad, bebés: [https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN?name\\_desc=false](https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN?name_desc=false)*
6. Potter VR. *Bioethics, the Science of Survival. Perspectives in Biology and Medicine. 1970. 14 (1): 127-153. doi:10.1353/pbm.1970.0015.*
7. Engel GL. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460.*
8. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Obtenido de Pan American Health Organization (PAHO). 1986. Disponible en: <https://>*

[www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf)

9. MINSAL. Modelo de atención integral en salud. Subsecretaría de redes asistenciales división de gestión de la red asistencial. 2005. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
10. Vargas JE, Chuaqui B, Duarte I. Capítulo 8: La Escuela de Medicina hacia el siglo XXI. En *Médicos de Ciencia y de Conciencia. La escuela de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. págs. 565-602. 2005.
11. Bozzo G. Desarrollo de la Medicina Familiar En Chile (1999-2004). *Revista Chilena De Medicina Familiar* 5 (2), 62-64. Disponible en : <https://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/153>.
12. Bozzo, G. Desarrollo de la Medicina Familiar en Chile. *Medicina Familiar*. 1999. vol 1(1): 23-25.
13. MINSAL. Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria. División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales 2015. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/877/017.Instrumento-para-la-evaluaci%C3%B3n-y-certificaci%C3%B3n%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e160. doi:10.26633/RPSP.2018.160
15. Manual activo buen Uso de la Red, Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Disponible en: <https://www.saludorient.cl/websaludorient/wp-content/uploads/2019/08/Manual-Buen-Uso-de-la-Red-baja.pdf>
16. MINSAL. Matriz de cuidados a lo largo del curso de la vida. Intervenciones a través del curso de vida. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud de Chile. 2021. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908\\_MATRIZ-DE-CUIDADOS-A-LO-LARGO-DEL-CURSO-DE-VIDA.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_MATRIZ-DE-CUIDADOS-A-LO-LARGO-DEL-CURSO-DE-VIDA.pdf)
17. MINSAL. Orientaciones para la planificación y programación en red. Ministerio de Salud de Chile. 2021. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908\\_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf)
18. MINSAL. Programa Nacional de Telesalud en el contexto de redes integradas de Servicios de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud, Chile. 2018. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Programa-Nacional-de-Telesalud.pdf>