



Teoría, práctica y desafíos de la atención primaria de salud en Chile, 1978-2023

César Gattini¹
OCHISAP
Mayo de 2024

Resumen

La estrategia internacional de Atención Primaria de Salud (APS) ha sido asumida en Chile desde 1978, país que ya cumplía funciones similares desde la década de 1950. El progreso socioeconómico de la población y la APS han contribuido a un importante avance sanitario. Su práctica se realiza principalmente en el nivel primario de atención del público Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), en general bajo administración municipal. El nivel primario cumple los principales objetivos de la APS, aunque mantiene limitaciones de recursos, gestión y desempeño, debido a limitaciones estructurales del SNSS. Hay insuficiente disponibilidad y distribución de recursos, con fragmentación e inequidad asistencial, afectando la gestión y desempeño local. El programa gubernamental 2022-2026 procura una reforma de APS hacia cobertura universal, en línea con una fallida propuesta constitucional que en 2022 planteaba crear un sistema universal de salud esencialmente estatal. La APS cubre a asegurados públicos que se inscriben en los establecimientos de ese nivel (66,4% de la población en 2020), pero quedan fuera de esa cobertura los asegurados públicos y privados que acuden a la atención privada que tiene mejores condiciones asistenciales y donde no rige la APS. Las actuales condiciones del sistema de salud y su contexto no permiten sustentar un escenario razonable para planear una efectiva reforma de APS hacia cobertura universal. Entre los desafíos prioritarios, destaca la necesidad de monitorear, adecuar y fortalecer la estructura y desempeño de APS, complementado por la atención privada, y también fortalecer la participación comunitaria y el trabajo intersectorial.

La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) ya cuenta con 45 años de experiencia en Chile luego de ser adoptada en 1978, en línea con la Declaración de la Conferencia Mundial de Alma-Ata sobre APS formulada ese año. Ese modelo se mantiene vigente hasta la actualidad, aún bajo gobiernos de muy distinto signo ideológico. El progreso socioeconómico del país y la APS han contribuido a mejorar de modo significativo la salud de la población. Sus acciones se realizan principalmente en el nivel primario de atención del público Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Sin embargo, ese nivel mantiene persistentes limitaciones y aspectos críticos relacionados con restricciones estructurales de ese sistema público, lo que repercute en la gestión y desempeño local (1-4). El programa gubernamental de salud 2022-2026 procura iniciar una reforma de APS hacia una cobertura universal (5-7).

¹ Director Ejecutivo Observatorio Chileno de Salud Pública. Instituto de Salud Poblacional. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Email: cesargattini@uchile.cl

Dado que la positiva experiencia de APS coexiste con persistentes limitaciones estructurales y funcionales del sistema de salud, ha sido útil estudiar los aspectos relevantes del modelo y la experiencia nacional. Particular foco ha sido puesto en la coherencia del enfoque teórico con el marco normativo y la práctica del sistema de salud; los aspectos críticos y desafíos prioritarios; el progreso sanitario ocurrido; y la pertinencia y factibilidad de una eventual reforma hacia una APS universal.

El modelo conceptual y normativo de la APS en Chile

Los principios y objetivos de la Declaración de Alma-Ata sobre APS son coherentes con aquellos que ya se cumplían en Chile desde la década de 1950, cuando se creó el público Servicio Nacional de Salud. La APS se adoptó en una época de radicales reformas de tipo político, económico y sanitario bajo enfoque neoliberal. El SNSS fue creado en 1979 y su estructura esencial se mantiene hasta la actualidad. Destaca que el concepto de APS no se remite a un simple rol asistencial que corresponde asumir al sistema de salud, sino que compromete a toda la sociedad organizada (1-4).

La persistencia de APS bajo gobiernos de muy distinto signo ideológico, con énfasis tan contrapuestos como privatización o estatización del sistema, se relaciona con el hecho de que sus principios son muy generales, está sujeta a confusión y puede ser adaptada a múltiples contextos nacionales. Por ello, se cuenta con diversa documentación que busca contribuir a una mayor claridad conceptual y a precisar los componentes nacionales de APS que requieren ser evaluados (8-12). Se mantiene una divergencia y tensión entre el enfoque teórico idealista e integral de la APS para cumplir la meta de “salud para todos” y la “cobertura universal de salud” por un lado, y el necesario pragmatismo que cabe aplicar en el desempeño del concreto sistema de salud, bajo las específicas limitaciones de cobertura, recursos y desempeño, con objetivos a nivel nacional que sean factibles (13-15).

El modelo normativo de APS es determinado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y está principalmente reflejado en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria de MINSAL, que plantea un enfoque integral de planificación, programación y funcionamiento de APS. El marco normativo chileno utiliza el término APS para referirse al nivel primario de atención de la red asistencial del SNSS, cuyos centros son denominados Establecimientos de APS (EAPS). En 2019, el 90,5% de ellos estaba bajo administración municipal, modalidad que además busca contribuir al desarrollo comunal, a través de planes intersectoriales como el Plan de Desarrollo Comunal (2-4).

La normativa ministerial sobre APS aplica al SNSS y no a las otras entidades del sistema de salud chileno, especialmente privadas, con diversos tipos de modalidad asistencial. Los diversos tipos de seguro de salud influyen en la modalidad de atención pública y privada, con distintas condiciones de atención y paquetes de servicios asistenciales. Aunque el sector asistencial privado está abierto al mercado, sin población objetivo ni responsabilidades a nivel colectivo, también contribuye al cumplimiento de los objetivos de APS cuando realiza actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación o cuidados paliativos concentrados en el nivel individual (2,15).

El seguro público es de tipo seguridad social (tipo Bismark), el SNSS provee atención gratis a la población objetivo (tipo Beveridge) y los seguros y proveedores asistenciales privados tienen una modalidad de mercado. Esa heterogeneidad dificulta planear y realizar reformas hacia un sistema universal de salud esencialmente estatal y una APS de cobertura universal (2,15).

La normativa ministerial incluye una serie de requisitos esenciales de calidad de estructura y desempeño, para lo cual existen normas técnicas, protocolos y guías de buena práctica, incluyendo la necesidad de

acreditar los establecimientos asistenciales. Los Servicios de Salud y municipios deben proveer las condiciones institucionales y estructurales básicas para que cada centro tenga las condiciones adecuadas para poder realizar un eficiente y efectivo desempeño de la APS (2, 16,17).

Según esa normativa, el nivel primario requiere tener una cobertura directa de su población objetivo, atención continua, función de puerta permanente de acceso para la población y responsabilidad continua sobre la salud de las personas. Debe funcionar como un filtro del sistema, con una apropiada tecnología y capacidad resolutive, y coordinar el acceso de la persona al rango de servicios que ofrece el sistema. Los establecimientos de ese nivel ejecutan programas básicos de salud de las personas, con acciones de promoción y prevención tanto individual como colectiva. Incluye la coordinación intersectorial local y promueve la organización comunitaria en salud. (2-4,16,17).

Cuadro 1. Aplicabilidad de componentes del modelo de APS en el SNSS y en los otros sistemas asistenciales (Extrasistema) en Chile

Componente del modelo de APS	SNSS (público)	Extra-sistema
Asistencia organizada y desempeñada en línea con modelo global de APS	Sí	No
Participa equipo multidisciplinario con tecnología y capacidad resolutive simple y esencial	Sí	No
Métodos y tecnología apropiado al recurso y capacidad resolutive necesario	Sí	Sí
Promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos a nivel individual.	Sí	Sí
Promoción, educación y prevención a nivel colectivo.	Sí	No
Cobertura continua y de acceso universal de la población objetivo	Parcial	No
Responsabilidad continua sobre la salud de las personas (a través del ciclo vital)	Parcial	No
Asistencia apropiada para cubrir mosaico cultural, bajo criterios y aceptabilidad de la comunidad	Parcial	No
Participación de la comunidad en salud y en APS, incluyendo control social	Parcial	No
Desempeño eficiente, coherente con necesidades, recursos disponibles y sustentables en el tiempo	Sí	Sí
Rol de filtro del sistema y determina necesidades asistenciales de salud	Sí	Parcial
Coordinación del acceso de la persona al rango de servicios que ofrece el sistema	Sí	No
Núcleo (entidad esencial) del sistema de salud	No	No
Énfasis y prioridad en necesidades y problemas locales de salud	Parcial	No
Promueve participación y responsabilidad de la comunidad en salud	Parcial	No
Liderazgo y colaboración en trabajo intersectorial, en torno a salud y desarrollo	Parcial	No
APS vista como estrategia de desarrollo sanitario y global	Si	No

Fuente: Elaboración propia (basada en 2-4)

La práctica de APS en el SNSS

Los centros de nivel primario del SNSS se ubican y proveen atención sanitaria a través de todos los lugares poblados del país. Su cobertura temporal, con acceso gratuito a la APS es apoyada además por una permanente red nacional de atención de urgencia. Las diversas comunas de país, independiente del

nivel socio-económico de su población y cobertura de la población inscrita en APS, tienden a alcanzar alta cobertura de acciones prioritarias de la APS como son las vacunas programáticas, control y atención maternal e infantil y cobertura del parto. Hay programas de prevención y control en los distintos grupos de la población, incluyendo personas portadoras de enfermedades crónicas. En esa alta cobertura contribuye tanto la atención pública como privada de salud, aunque la asistencia privada obedece a criterios clínicos técnicos y no a normas ministeriales. En la mayoría de sus componentes, el modelo conceptual de la APS no es aplicable a otros sistemas asistenciales fuera del SNSS, especialmente privados, que MINSAL denomina informalmente como “Extrasistema”. La aplicabilidad de los principales componentes se sintetiza en el Cuadro 1 (2-4).

Cuadro 2. Atención de salud provista en últimos tres meses por cada 100 habitantes según quintil de ingreso per cápita del hogar, 2017

Tipo de atención	Participación del SNSS o Extrasistema	Quintil de ingreso per cápita del hogar (%)					Total	
		I	II	III	IV	V		
Consulta Medicina General	Participación SNSS	%	88,8	79,3	70,2	53,9	26,2	66,8
	Participación Extrasistema	%	11,2	20,7	29,8	46,1	73,8	33,2
	% de personas que reciben atención		14,4	13,7	14,1	15,1	16,0	14,5
Consulta de Urgencia	Participación SNSS	%	96,6	94,1	87,3	78,1	46,3	85,7
	Participación Extrasistema	%	3,4	5,9	12,7	21,9	53,7	14,3
	% de personas que reciben atención		11,3	10,1	9,7	8,8	7,4	9,7
Consulta de Salud Mental	Participación SNSS	%	87,3	78,1	69,9	54,5	19,0	64,0
	Participación Extrasistema	%	12,7	21,9	30,1	45,5	81,0	36,0
	% de personas que reciben atención		2,0	2,0	1,9	1,9	2,7	2,1
Consulta de Especialidad	Participación SNSS	%	71,7	58,8	47,1	33,2	12,4	42,5
	Participación Extrasistema	%	28,3	41,2	52,9	66,8	87,6	57,5
	% de personas que reciben atención		7,1	7,8	8,7	10,8	16,4	9,5
Consulta Dental	Participación SNSS	%	81,6	70,0	55,4	37,3	13,1	50,7
	Participación Extrasistema	%	18,4	30,0	44,6	62,7	86,9	49,3
	% de personas que reciben atención		5,4	5,6	5,9	6,7	10,4	6,5
Exámenes de Laboratorio	Participación SNSS	%	88,2	80,4	70,7	54,6	24,6	65,7
	Participación Extrasistema	%	11,8	19,6	29,3	45,4	75,4	34,3
	% de personas que reciben atención		15,2	14,4	15,1	16,7	19,9	15,9
Exámenes de Rayos X o Ecografías	Participación SNSS	%	73,2	62,8	51,1	37,2	16,7	48,2
	Participación Extrasistema	%	26,8	37,2	48,9	62,8	83,3	51,8
	% de personas que reciben atención		6,6	6,6	7,4	8,5	11,4	7,8
Control de Salud	Participación SNSS	%	94,3	89,5	81,4	68,3	34,3	78,9
	Participación Extrasistema	%	5,7	10,5	18,6	31,7	65,7	21,1
	% de personas que reciben atención		26,4	23,0	22,2	20,9	20,4	22,9

Fuente: Observatorio Social. 2017. Salud: Síntesis de Resultados 2017 (18).

La cobertura asistencial relacionada con APS que provee el SNSS tiende a ser mayor en los grupos de menor ingreso económico, a diferencia de la atención provista por otros sistemas asistenciales que tiende a ser mayor en los grupos de población con mayor nivel económico (2,18). La atención provista por el nivel primario del SNSS, como consultas de medicina general, controles de salud, atención de urgencia o consulta dental, tiende a predominar en el grupo del Quintil I de menor ingreso per cápita, pero resulta minoritaria en la atención del Quintil V. Según la Encuesta Nacional Socioeconómica de Hogares (CASEN) de 2017, el 89% de la atención de consultas de medicina general fue provista por el SNSS en

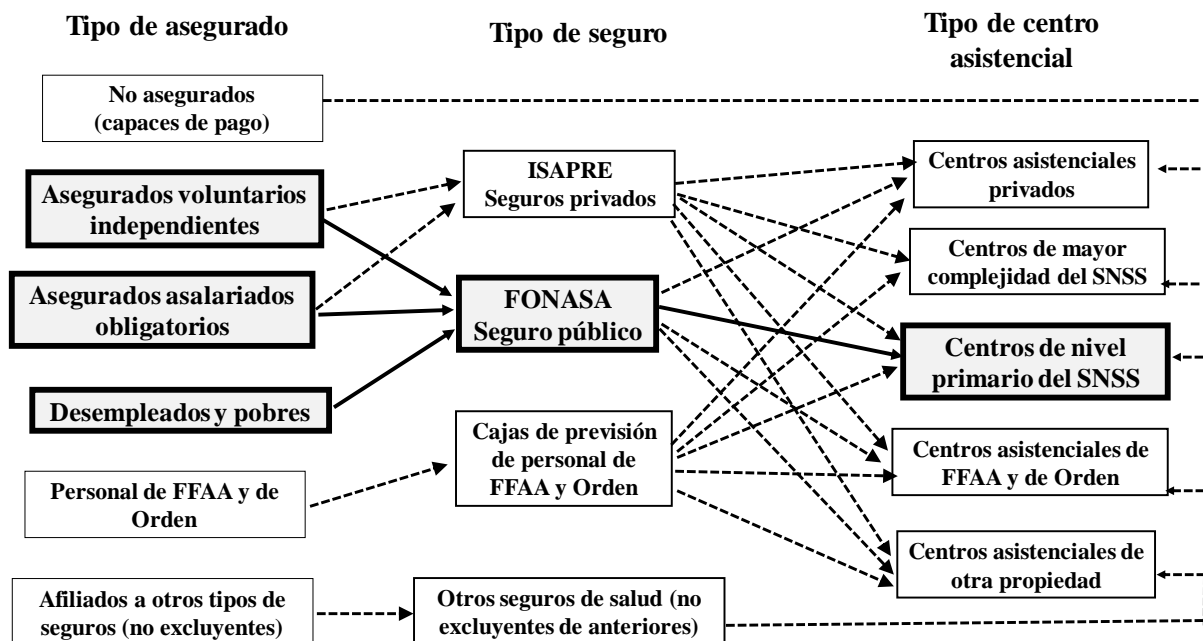
el Quintil I, pero el SNSS solo participó en el 26% del Quintil V. Los controles de salud del SNSS alcanzaban a 94% de lo provisto al Quintil I, pero solo 34% en el Quintil V. Las consultas de urgencia del SNSS alcanzaban a 82% de lo provisto al Quintil I, pero solo 13% en el Quintil V. Los asegurados públicos que acceden a la atención privada especializada (bajo una modalidad de libre elección) y los asegurados privados no necesitan acudir primero a un centro de nivel primario, pues pueden acceder directamente a un médico especialista para recibir una atención que incluso podría ser realizada en el nivel primario del SNSS. (Cuadro 2) (18).

Cobertura de la APS

La APS del nivel primario en el SNSS cubre formalmente a los asegurados del público Fondo Nacional de Salud (FONASA) que se inscriben en centros del nivel primario del SNSS (66,4% de la población en 2020). Esos centros también pueden recibir potencialmente otro tipo de usuarios. Los asegurados de FONASA y los asegurados de instituciones privadas, especialmente de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) pueden acceder a otros tipos de centros asistenciales (Figura 1) (2,19,20).

La cobertura comunal de personas inscritas en establecimientos de APS es mayor en las comunas más pobres y con menor nivel de salud. Al comparar deciles de comunas según pobreza de ingreso per cápita, destaca que la cobertura de inscritos en APS en el decil comunal más pobre (con 18,4% de pobreza) alcanzaba a 76,6% en 2020, mientras que el decil de mayor ingreso (con solo 3,4% de pobreza) tenía una cobertura de sólo 32,8% de inscritos en APS. En el período 2018-2020, la mortalidad infantil fue 7,3 muertes por mil nacidos vivos en el decil más pobre, mientras que fue solo 4,1 por mil nacidos vivo en el decil de menor pobreza. La tasa de Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP) antes de 80 años registraba 78,3 años por mil habitantes en el decil de mayor pobreza y solo 49,9 años por mil habitantes en el decil de menor pobreza (21-23).

Figura 1. Usuarios principales de centros de nivel primario del SNSS en Chile



Fuente: Gattini C. (2)

La cobertura comunal de personas inscritas en establecimientos de APS es mayor en las comunas más pobres y con menor nivel de salud. Al comparar deciles de comunas según pobreza de ingreso per cápita, destaca que la cobertura de inscritos en APS en el decil comunal más pobre (con 18,4% de pobreza) alcanzaba a 76,6% en 2020, mientras que el decil de mayor ingreso (con solo 3,4% de pobreza) tenía una cobertura de sólo 32,8% de inscritos en APS. En el período 2018-2020, la mortalidad infantil fue 7,3 muertes por mil nacidos vivos en el decil más pobre, mientras que fue solo 4,1 por mil nacidos vivo en el decil de menor pobreza. La tasa de Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP) antes de 80 años registraba 78,3 años por mil habitantes en el decil de mayor pobreza y solo 49,9 años por mil habitantes en el decil de menor pobreza (21-23).

Cuadro 3. Evolución de algunos indicadores básicos de salud en Chile, 1950 a 2020

Año	Población (miles)	Cobertura		Mortalidad			Esperanza de vida al nacer (años)
		Parto Hosp. %	materna *100mil NV	infantil *1000 NV	Tuberculosis *100 mil h.	general *1000 h.	
1950	6,081	*	317,6	136,2	221,5	15,0	54,8
1955	6,764	*	272,6	119,2	*	13,0	56,2
1960	7,643	66,9	294,0	126,2	53,2	12,3	60,6
1965	8,647	74,3	283,1	97,3	*	10,7	63,6
1970	9,570	81,1	160,8	82,2	27,4	8,8	67,2
1975	10,413	87,4	114,6	57,6	*	7,2	71,0
1980	11,174	91,4	74,9	33,0	12,2	6,6	71,5
1985	12,102	97,4	50,0	19,6	*	6,1	71,8
1990	13,179	99,1	39,9	16,0	6,8	6,0	74,3
1995	14,395	99,5	30,7	11,1	3,4	5,5	75,7
2000	15,398	99,7	18,7	8,9	2,3	5,4	77,7
2005	16,165	99,8	18,5	7,9	1,7	5,2	78,5
2010	17,066	99,8	19,7	7,4	1,4	4,9	79,1
2015	18,006	99,8	22,8	6,9	1,4	5,7	79,1
2020	19,604	99,8	21,0	5,6	0,9	6,5	79,4

Fuente: Elaboración propia, basada en 2,19,23

Progreso del nivel de salud de la población

Desde 1978 e incluso siguiendo una tendencia previa, el nivel de salud de la población chilena ha continuado con un notorio avance en relación con el desarrollo global del país. Destaca el crecimiento productivo y económico del país, la mejor calidad de vida, reducción de pobreza en la población, las políticas sociales con protección y seguridad social, la acción subsidiaria focalizada (concentrada en los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad social), el rol complementario de la atención privada de salud y la contribución de otros sectores del quehacer nacional, como obras públicas, saneamiento, educación, empleo, vivienda, obras públicas y seguridad, entre otros (2,19,24).

En el bienio 1955-1956, un tercio de las muertes del país (32,2%) ocurrían en los niños menores de un año y solo el 29,1% de ellas ocurría en personas de 60 y más años. En contraste, sólo el 0,9% del total de muertes producidas en el bienio 2019-2020 ocurrió en menores de un año, mientras que el 80,4% de

las defunciones ocurrió en el grupo mayor de 60 años y el 53,5% de las defunciones totales ocurrió en el grupo de 75 y más años (2,23).

Entre 1950 y 2020, la mortalidad materna disminuyó de 317,6 a solo 21,0 muertes por 100 000 nacidos vivos, mientras que la mortalidad infantil disminuyó de 136,2 a 5,6 muertes por mil nacidos vivos. La mortalidad por tuberculosis disminuyó de 221,5 a 0,9 por 100 000 habitantes, mientras que la esperanza de vida al nacer aumentó de 54,8 a 79,4 años. Un factor relevante para mejor salud materno infantil fue el aumento de la cobertura hospitalaria del parto, que aumentó desde 66,9% de los partos en 1960 hasta hacerse universal, con 99,8% en 2020 (Cuadro 3) (2,19,23).

El desarrollo socioeconómico y la mejoría del nivel de salud se ha producido en todos los niveles socioeconómicos de la población, aunque a diversos niveles. El rol de APS en los sectores más vulnerables ha contribuido a disminuir enfermedades evitables de mayor nivel en esos grupos, con efectivos mecanismos de prevención y control, como las inmunizaciones y la atención materno infantil y de enfermedades crónicas. Dado que la APS cubre también lugares rurales, aislados, y de grupos de población más pobre, contribuye a una mayor equidad a través de evitar una “ley de cuidado inverso” que indica que, si no existiera la modalidad del SNSS, los lugares más pobres tenderían a tener aún menos recursos y más sobrecarga asistencial local frente a una población con mayor vulnerabilidad y necesidades de salud. Sin embargo y bajo la influencia de diversos determinantes sociales, persiste una disparidad en la vulnerabilidad y necesidades de salud entre los distintos grupos y áreas del país, en detrimento de los sectores con menores condiciones socioeconómicas y mayor vulnerabilidad social (2,19,25).

Entre los períodos 1990-1994 y 2018-2020, la pobreza se redujo en todos los deciles comunales agrupados por pobreza según ingreso per cápita. La pobreza se redujo en 72,6% en el decil comunal más pobre y 50,4% del decil de mayor ingreso. La mortalidad infantil disminuyó en todos los deciles, en torno al 50% respecto al nivel que existía en período 1990-1994 (Cuadro 4) (21,22,25).

Cuadro 4. Reducción de pobreza y mortalidad infantil en deciles de comunas según pobreza por ingreso económico, entre períodos 1990-1994 y 2018-2020

Decil comunal	Pobreza			Mortalidad neonatal			Mortalidad infantil		
	1990-1994 %	2017-2020 %	Reducción %	1990-1994 *1.000 NV	2018-2020 *1.000 NV	Reducción %	1990-1994 *1.000 NV	2018-2020 *1.000 NV	Reducción %
Decil 1	55,1	15,1	72,6	7,9	5,7	27,8	15,0	7,3	51,6
Decil 2	44,6	13,1	70,7	7,9	5,2	34,4	15,2	6,6	57,0
Decil 3	36,6	9,4	74,2	7,2	5,2	27,8	13,3	6,6	50,4
Decil 4	34,0	10,1	70,2	6,6	4,7	27,9	12,6	6,4	49,2
Decil 5	30,5	9,1	70,0	6,6	5,2	22,0	13,3	6,6	50,0
Decil 6	28,9	7,8	73,0	8,1	5,9	27,6	14,0	7,3	48,3
Decil 7	24,7	7,3	70,5	6,5	4,4	31,1	11,7	5,9	49,6
Decil 8	22,6	8,2	63,7	5,7	3,7	35,0	11,0	5,2	52,7
Decil 9	20,0	6,5	67,4	5,9	4,3	27,2	10,7	6,0	44,3
Decil 10	6,8	3,4	50,4	5,5	2,8	48,1	9,4	4,1	56,6
Total	29,8	8,8	70,4	6,8	4,7	30,7	12,6	6,2	51,0

Nota: Decil 1 agrupa a comunas con mayor nivel de pobreza. Para mayor estabilidad de indicadores, se ha estimado pobreza en 2017 y 2020, trienio 2018-2020 para mortalidad infantil.

Fuente: Elaboración propia (basada en 21,22,25)

Propuesta gubernamental de reforma hacia una APS Universal

El actual programa gubernamental 2022-2026 plantea una reforma de APS hacia una cobertura universal, en línea con una fallida propuesta de Constitución Política que en 2022 planteaba crear un sistema universal de salud esencialmente estatal. Coincide con principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) e incluye cinco líneas estratégicas: aumento de cobertura y acceso más equitativo; fortalecimiento de la rectoría y gobernanza; aumento del financiamiento de la APS; coordinación de una labor intersectorial; y aseguramiento de la disponibilidad de recursos sanitarios (5-7,26,27).

El avance del sistema de salud hacia una cobertura universal está en línea con objetivos de OMS (26-28). Ello ha sido planteado respecto a una reforma gubernamental que habría sido respaldada por una fallida reforma constitucional que no prosperó en 2022. La reforma propuesta de APS Universal es parte del mismo enfoque programático gubernamental que incluía una reforma hacia un del sistema universal de salud (5-7).

Como fase inicial, la propuesta gubernamental está realizando una prueba piloto en 7 de las 346 comunas del país. Una eventual reforma sobre APS en el complejo sistema mixto público/privado existente, con parcial cobertura formal de la población, requeriría considerar en debida cuenta, si es que existen razonables posibilidades de lograr los cambios legislativos y de mayores recursos globales que se necesitarían para realizar dicha reforma, en el ámbito del complejo contexto político y económico del país (5-7).

La propuesta de reforma asume teóricamente que cada comuna sería el universo de una determinada población objetivo donde cada persona vive, estudia o labora cotidianamente y que está cautiva para efectos de acceso al sistema de salud a través de la APS local. El conjunto de comunas no es homogéneo pues hay gran disparidad de tamaño y condiciones socioeconómicas de la población entre ellas. Los recursos y la capacidad de gestión y desempeño local son muy dispares entre los municipios con distinto tamaño de población y el nivel socioeconómico comunal. Esa disparidad contribuye a la fragmentación, segmentación y desigualdad asistencial de la APS que en parte es influida por la heterogénea administración municipal no aparece considerada en la actual propuesta de reforma (2,3,7,19).

La posibilidad actual de lograr una reforma para cobertura universal de APS, en línea con las expectativas teóricas, se dificulta en la práctica por la limitada oferta nacional que dispone el SNSS incluso frente a su cobertura actual, la proporción de habitantes que tienen otros seguros de salud, y el acceso de asegurados públicos y privados a la atención privada de salud. Se requeriría lograr cambios jurídicos, políticos y económicos que permitan aportar la base organizacional y financiera de una eventual APS universal (2,15,28).

Transcurrida ya la mitad del breve gobierno que propone esa reforma, ella todavía conserva su condición inicial de propuesta con algunos estudios piloto. Aún no se cuenta con estudios difundidos de factibilidad técnica, política y económica, que incluyan el desarrollo de escenarios razonables y factibles para estimar si esa reforma se pudiera realizar en forma efectiva. Aún no se cuenta con la presentación de algún plan de reforma formal al parlamento. Un activo proceso de reforma requeriría abordar y negociar el necesario apoyo político y económico para su aprobación y ejecución, considerando que ese tipo de reforma tiene un alto componente político que requeriría de la participación de muchos grupos y entidades (6,7,15,28).

En contraste, el actual gobierno tiene representación minoritaria en el Congreso y aún no presenta ningún plan concreto de reforma al parlamento Mientras que no se pueda contar con alguna reforma efectiva en

curso, es prioritario abordar el escenario actual seguir buscando mecanismos de mayor coordinación entre el SNSS y el sector asistencial privado, considerando que, si bien este último realiza algunas funciones de nivel primario, tiene una lógica de mercado abierto, no tiene población objetivo y no está sometido a la normativa ni a los programas ministeriales de salud (2,7,28).

Aspectos críticos y desafíos prioritarios

Respecto a los principios y objetivos esenciales de Alma-Ata y renovaciones posteriores, la APS en Chile cumple con una serie de condiciones positivas, favorecida por la amplia cobertura nacional del mixto sistema de salud. Sin embargo, también comparte limitaciones similares a aquellas frecuentemente encontradas en sistemas públicos de entornos de menor desarrollo económico. Esas limitaciones representan desafíos prioritarios de abordar en el caso chileno (2,17,31,32).

A pesar de importantes esfuerzos de apoyo financiero y otros recursos que han realizado los distintos gobiernos, especialmente desde 1990, el nivel primario del SNSS continúa con insuficiente y dispar distribución de recursos, gestión y desempeño, segmentación e inequidad asistencial. Ello ocurre en desmedro de las comunas de población más pobre y con mayor vulnerabilidad sanitaria. El SNSS es financiado por FONASA, cuyos fondos resultan insuficientes para financiar adecuadamente al SNSS, repercutiendo en el desempeño de la APS (29-31). También persiste la priorización de servicios curativos, la atención fragmentada por programas verticales de salud, y dispares condiciones de recursos y gestión entre los muy distintos municipios (2,19). La priorización selectiva de algunos programas verticales de salud, como el Programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) y el Programa de Reforzamiento de la APS, resulta contradictoria con el enfoque original de APS que buscaba terminar con los programas selectivos verticales de salud (32,33).

Ante la necesidad de mejorar la calidad asistencial y capacidad resolutive local, cabe fortalecer los mecanismos apropiados y suficientes que contribuyan a resguardar la eficiencia, efectividad y equidad asistencial. Se requiere asegurar una práctica de APS que sea apropiada a las necesidades de la realidad local y en línea con el modelo de APS y con los requerimientos de la normativa y programas ministeriales (17,29-31).

La administración municipal del nivel primario ha demostrado una serie de ventajas y desventajas, con distinto desempeño según el nivel económico y capacidad administrativa de cada municipio. Se requiere revisar y resolver el dilema de la heterogénea administración municipal, considerando sus objetivos, ventajas y desventajas (2,3,17,29-31)

Es crucial fortalecer la integración de las redes asistenciales y la acción comunitaria y multisectorial local. SE requiere considerar la debida pertinencia y factibilidad de cambios respecto a la concreta realidad chilena nacional, regional y local. Ello incluye procurar eventuales reformas de APS que sean factibles y pertinentes con el marco normativo, la oferta disponible y la capacidad concreta que tiene el sistema de salud (17,29-31).

El compromiso de acción intersectorial global en torno a los objetivos de la APS implica asumir políticas y estrategias en torno a la salud en todas las políticas, la búsqueda de mayor equidad, el trabajo intersectorial bajo el liderazgo de salud y el fortalecimiento del rol de la comunidad (a distintos niveles de agregación) en la planificación, gestión y control social de la APS. Para ello, es preciso continuar en forma dinámica y oportuna, con la elaboración de políticas, asumir planes, estrategias y acciones que sean coherentes con el modelo de APS (2,17,29-31).

Conclusiones

Luego de una exitosa experiencia sanitaria de 45 años de la APS en Chile, su modelo sigue inmerso en la normativa ministerial, aunque centrado en la asistencia del nivel primario del SNSS, alcanzando una cobertura inscrita de solo dos tercios de la población. Ese nivel cumple los principios y objetivos esenciales de APS y ha contribuido al notorio avance de salud de la población, junto al gran desarrollo socioeconómico de la población y una efectiva labor intersectorial nacional. Las complejas condiciones del amplio y mixto sistema de salud y de su contexto jurídico, político y económico no permiten asumir un escenario razonable de que existan las suficientes condiciones para poder planear y ejecutar una reforma factible y efectiva, tendiente a lograr una cobertura universal de APS. En su defecto, el escenario más probable es la continuación y fortalecimiento del del actual sistema de salud, donde tanto el SNSS como el sector privado tienen aportes, ventajas y desventajas que deben ser consideradas. Ambos sectores necesitan seguir siendo mutuamente complementados en torno al cumplimiento de los objetivos esenciales de la APS. Es necesario monitorear, resguardar y mejorar las condiciones de estructura y desempeño de la APS, procurando una más adecuada disponibilidad y distribución de recursos, favoreciendo una más equitativa gestión y desempeño local. En forma prioritaria, cabe monitorear y fortalecer el rol asistencial de APS, resolver el dilema de la heterogénea administración municipal, asegurar la integración de las redes asistenciales y fortalecer la acción comunitaria y multisectorial local.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, Alma-Ata URSS, 6-12 de septiembre de 1978, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra: 2008. http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
2. Gattini C. Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional. Vigencia, experiencia y desafíos. Santiago de Chile: Observatorio Chileno de Salud Pública; 2022. https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/APS_en_Chile_e_Internacional_Gattini_OCHISAP_2019.pdf
3. Cardemil Winkler M. Estado de la Atención Primaria de Salud en Chile. Serie Minutas N° 34-22, 22/06/2022. Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones - Biblioteca del Congreso Nacional. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33350/1/N_34_22_Estado_de_la_Atencion Primaria_de_Salud_en_Chile.pdf
4. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
5. CEPAL. Programa de Gobierno 2022-2026 de Chile. Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo de América Latina y el Caribe, 2021. <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/programa-de-gobierno-2022-2026-de-chile>
6. Ministerio de Salud. Universalización de la Atención Primaria de Salud. Acceso 12 de diciembre, 2023. Disponible en: <https://www.minsal.cl/universalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud/>
7. Fábrega R. Hacia la APS Universal. Consejo Asesor de la Reforma Ministerio de Salud. 2023 <https://www.achm.cl/wp-content/uploads/2023/04/HACIA-LA-APS-UNIVERSAL.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. “La atención primaria de salud, más necesaria que nunca” Ginebra: 2008. http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

9. Tejada de Rivero DA. Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(2):283-7.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36328562020>
10. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS; 2007.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49660>
11. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(5):377–84
12. Giovanella L., Fidelis de Almeida P., Román Vega Romero R. et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *SAÚDE DEBATE* | rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.300-322, ABR-JUN 2015.
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00300.pdf>
13. Laurell AEC. Competing health policies: insurance against universal public systems. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2668. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1074.2668>
14. Gattini C. “Teoría constitucional y viabilidad de mejor salud en Chile, según la propuesta convencional de 2022”. Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP), agosto de 2022.
<https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/08/Doc.-Teoria-constitucional-y-Viabilidad-Salud-Gattini-2022.pdf>
15. Gattini C, Morales JP. Pertinencia y factibilidad de reforma para crear un sistema universal de salud en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e123. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.123>
16. Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 19.378. Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, 1997. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30745&idVersion=1995-04-13>
17. Montero J. y Majluf N. Capítulo VII. Elementos claves para la implementación de un modelo de gestión en la salud municipal Pág. 207-229, en *Propuestas para Chile. Concurso Políticas Públicas / 2011*. Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile
18. Observatorio Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2017. Salud: Síntesis de Resultados 2017. Santiago de Chile: MDS; 2017.
http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Salud_casen_2017.pdf
19. Gattini C., et al. “Panorama y tendencias de la salud en Chile. Edición 2013”. OCHISAP Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile: 2014.
<http://www.ochisap.cl/images/Panorama%20y%20Tendencias%20de%20la%20Salud%20en%20Chile%20Revision%202013.pdf>
20. FONASA. Población Inscrita en Establecimientos de APS, Diciembre de 2020.
<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos/estadisticas-anuales>
21. Observatorio Social. Estimaciones de Pobreza Comunal 2017 y 2020, Ministerio de Desarrollo Social. Acceso 21.12.23: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pobreza-comunal-2017>

22. Biblioteca del Congreso Nacional. SIIT Estadísticas Territoriales. Mortalidad Infantil y Neonatal en Comunas de Chile. Acceso 21.12.23 en: www.bcn.cl/siit/estadisticasterritoriales//resultados-consulta?id=289871
23. Ministerio de Salud. Estadísticas de mortalidad. DEIS MINSAL. Acceso 17 de diciembre, 2023. https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F4013de47-a3c2-47b8-8547-075525e4f819§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false
24. Forascepi Crespo C. Chile: nuevos desafíos sanitarios e institucionales en un país en transición. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e137. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.13>
25. Gattini C. Analysing variation in needs, resources and use in the National System of Health Services in Chile, PhD Thesis U. of London, 2004
26. Organización Mundial de la Salud. “Conferencia Mundial Sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible” Ginebra: 2018. http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
27. Organización Panamericana de la Salud. Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel [Internet]. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
28. Gonzalez-Rossetti A, Chuaqui T., Espinosa C. Enhancing the political feasibility of health reform: the Chile case. Santiago de Chile: Health Sector Reform Initiative; 2000. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/40-Enhancing_Political_Feasibility_Health_Reform-Chile.pdf
29. Goldstein E. El sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud municipal. Marco para un debate sobre desmunicipalización. Asesoría Técnico parlamentaria Biblioteca del Congreso nacional. 2018. https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26811/2/BCN_Gobernanza_salud_y_demunicip_para_reposit_final.pdf
30. Montero J., Téllez A. y Herrera C. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos, Centro de Políticas Públicas y Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica Temas No. 5, No. 38, Septiembre 2010
31. Centro de Políticas Públicas UC. Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno Centro de Políticas Públicas y Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica Temas No. 5, No. 38, septiembre 2010
32. Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 19 966. Establece un Régimen de Garantías en Salud. Septiembre de 2004. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>
33. Ministerio de Hacienda. Síntesis Ejecutiva. Programa De Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud. Ministerio De Salud. Dirección de Presupuestos. Agosto de 2005 https://www.dipres.gob.cl/597/articles-141038_r_ejecutivo_institucional.pdf