

Universalización de Atención Primaria en Chile: una política lamentablemente regresiva

Universalization of Primary Health Care in Chile:
regrettably regressive policy

Camilo Bass del Campo¹

RESUMEN

La Universalización de la Atención Primaria de Salud (APS-U) en Chile ha sido presentada como el “corazón” de una futura reforma. Sin embargo, contiene problemas estratégicos, tácticos y operativos que generan efectos regresivos, afectando principalmente a los sectores más vulnerados de la sociedad. **Objetivo:** Evaluar la APS-U, considerando financiamiento y administración, acceso e integralidad en la atención, talento humano y participación comunitaria. **Métodos:** Análisis documental basado en informes y datos oficiales acerca del desarrollo de la APS-U en comunas piloto. **Resultados:** El financiamiento de la APS-U establece un subsidio cruzado hacia las aseguradoras privadas, retrotrayendo a una situación que se había intentado superar hace décadas en nuestro país. Además, en medio de una regresividad impositiva, los sectores más pobres terminan subvencionando a quienes tienen mejor salud y previsión privada. En relación a la administración, se mantienen los vicios de la municipalización, generando disparidades territoriales y mala utilización de recursos. Por último, en un escenario de baja cobertura y siguiendo la ley de cuidados inversos, la instalación de esta política profundiza la desigualdad en la atención. **Conclusión:** Más que generar equidad, la APS-U perpetúa la exclusión sanitaria, disfrazando bajo un discurso progresista, mecanismos que refuerzan aporofobia, injusticia estructural y desentendimiento del sector privado. Se requieren cambios estructurales urgentes en esta política.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Equidad en Salud, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Financiamiento de la Salud, Desigualdades en Salud, Participación en Salud.

ABSTRACT

The Universalization of Primary Health Care (PHC-U) in Chile has been presented as the “heart” of a future reform. However, it contains strategic, tactical and operational problems that generate regressive effects, mainly affecting the most vulnerable sectors of society. **Objective:** To evaluate PHC-U, considering financing, administration, access, human talent and community participation. **Methods:** Documentary analysis based on official reports and data on the development of PHC-U in pilot communities. **Results:** The financing of PHC-U establishes a cross-subsidy towards private insurers, returning to a situation that had been attempted to be overcome decades ago in our country. Furthermore, in the midst of tax regressivity, the poorest sectors end up subsidizing those who have better health and private insurance. In relation to administration, the vices of municipalization continue, generating territorial disparities and misuse of resources. Finally, in a scenario of low coverage and following the law of care in reverse, the implementation of this policy deepens inequality in care. **Conclusion:** Rather than generating equity, the APS-U

¹ Médico de familia y comunidad. Escuela de Salud Pública (Universidad de Chile). Magister en administración de salud. Correspondencia a: camilobass@gmail.com

perpetuates exclusion in health, disguising under a progressive discourse mechanisms that reinforce aporophobia, structural injustice and the lack of understanding of the private sector. Urgent structural changes are required in this policy.

Keywords: Primary Health Care; Health Equity; Health Services Accessibility; Health Financing; Health Inequalities; Health Participation.

INTRODUCCIÓN

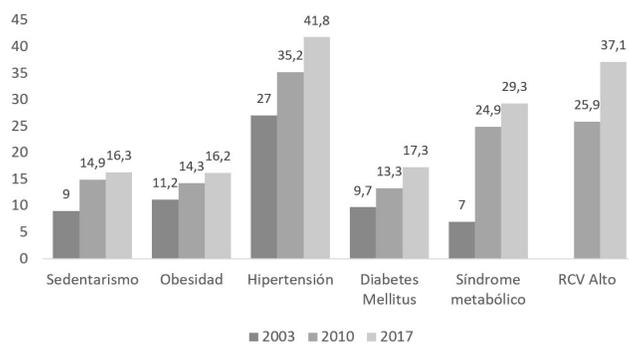
El sistema de salud chileno ha estado marcado desde hace décadas por una profunda segmentación, caracterizada por la coexistencia de un sector público (FONASA) y un sector privado (ISAPRE), lo que ha generado una distribución desigual de los recursos y una brecha significativa en la calidad y oportunidad de la atención. En la práctica, esta segregación ha resultado en un modelo donde los sectores de mayores ingresos acceden a servicios de salud con mayor resolutivez y menores tiempos de espera, mientras que la población con menos recursos enfrenta dificultades estructurales para acceder a una atención oportuna y de calidad. Esta discriminación ha llevado a una crisis estructural del sistema público, caracterizada por desfinanciamiento crónico, falta de inversión en infraestructura y un gasto público inferior a las recomendaciones de la OMS/OPS. Además, el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), implementado en 2005 para mejorar el acceso a prestaciones priorizadas, ha demostrado efectos limitados debido a su burocracia excesiva, discriminación en las coberturas de los paquetes de atenciones y la asignación de

recursos, generando además el desvío de gran cantidad de recursos públicos al sector privado (Bass, 2021).

Las consecuencias de esta crisis sanitaria son evidentes en la distribución desigual de la salud en la población. Chile exhibe una de las brechas más altas en esperanza de vida en América Latina, particularmente en su capital, Santiago. La diferencia en la esperanza de vida al nacer entre mujeres de sectores con mayor y menor nivel socioeconómico alcanza 17,7 años, mientras que en los hombres la brecha es de 8,9 años. Esta disparidad está fuertemente correlacionada con el nivel educativo, la segregación residencial y otros factores socioeconómicos, lo que subraya la urgencia de abordar estas inequidades a través de políticas públicas integrales (Bilal et al., 2019).

Otro problema estructural es la carga creciente de enfermedades crónicas en la población más pobre, lo que se observa en las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) (Ministerio de Salud, 2017). Estas mediciones reflejan la ineficacia de estrategias nacionales para reducir las brechas y pone de manifiesto la necesidad de enfoques intersectoriales que regulen los factores que perpetúan la enfermedad y transformen las condiciones de vida de la población más vulnerada. La falta de resultados de la Estrategia Nacional de Salud, el Plan nacional de Salud y los Objetivos Sanitarios, desde la década del 2000 en adelante, se evidencia en las diferencias de prevalencias de condiciones y enfermedades entre sectores poblacionales opuestos, medidos como nivel educacional (utilizado en las ENS como proxy de nivel socioeconómico), dichas brechas han ido aumentando en el tiempo, lo que refleja una cada vez mayor inequidad de salud en Chile. (Figura 1)

Figura 1. Aumento en el Tiempo de las Brechas de Prevalencias de Condiciones y Patologías Crónicas por Nivel Educativo/Socioeconómico (comparación entre NSE alto y bajo).



* Prevalencias de Nivel Educativo/Socioeconómico Alto llevadas a 0, para establecer comparación temporal.
Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) (Ministerio de Salud, 2017).

La crisis de la Atención Primaria (AP) en Chile no es nueva y responde a problemas estructurales que se arrastran por décadas. La municipalización de la AP, iniciada en 1981, ha generado una gestión heterogénea, con enormes diferencias en la calidad de los servicios según la capacidad financiera y de gestión de cada municipio (Bass, 2018). La reforma sanitaria de 2005, en lugar de fortalecer la APS, sobrecargó el nivel primario de atención (NPA) sin dotarlo de los recursos adecuados para responder a las nuevas demandas del sistema. Esta fragmentación administrativa ha resultado en inequidades en la asignación de recursos, con comunas de mayores ingresos ofreciendo servicios de mejor calidad, mientras que comunas más pobres enfrentan escasez de personal, problemas de infraestructura y falta de medicamentos esenciales (Montero et al., 2010).

Reflejo de lo anterior es la baja cobertura de la AP en Chile, que alcanza solo el 50% de la población, mientras que en países con sistemas más robustos la cobertura supera el 65%. A esto se suman problemas en la gestión de recursos y financiamiento, con una brecha de más de 25 puntos porcentuales entre el aporte per cápita basal y el gasto necesario para responder a las necesidades de la población. La falta de transparencia en la administración municipal del NPA ha sido una preocupación recurrente, con un número excesivo de indicadores de desempeño (hasta 80 en algunas comunas), lo que sobrecarga la burocracia y dificulta la implementación efectiva de políticas sanitarias. Además, la falta de evaluación del impacto de las intervenciones y la ausencia de un modelo basado en evidencia han impedido mejorar la eficiencia de la APS y asegurar su sostenibilidad a largo plazo (Comisión Nacional de Productividad, 2022).

A esto se agrega la falta de una política integral de desarrollo del talento humano en AP, lo que ha generado precarización laboral y rotación de personal. La mayoría de los/as médicos/as que trabajan en el NPA tienen condiciones subóptimas para la atención y contratos temporales, lo que afecta la calidad y la continuidad de la atención. El número de especialistas en medicina familiar y comunitaria sigue siendo insuficiente para responder a las necesidades del sistema, lo que afecta la resolutivez de la AP (Bass, 2012).

En este contexto, el Ministerio de Salud implementó en 2023 la propuesta de Atención Primaria de Salud Universal (APS-U), definida como el “corazón” de la reforma, con el objetivo de garantizar acceso equitativo a la salud mediante una

estrategia de cobertura ampliada, organizada territorialmente y centrada en la atención integral. La APS-U comenzó en siete comunas piloto y se expandió a catorce más en el 2024, con la promesa de fortalecer la atención desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos, integrando equipos multidisciplinarios y mecanismos de participación comunitaria.

Sin embargo, el diseño de la APS-U presenta contradicciones que cuestionan su capacidad para reducir las inequidades en salud. Uno de los problemas más críticos es el establecimiento de un subsidio cruzado hacia las aseguradoras privadas, una regresión a esquemas de financiamiento que se habían intentado superar hace décadas, consolidando el desvío de recursos públicos hacia el sector privado. Este modelo se sostiene en un sistema tributario altamente regresivo, donde el IVA, principal fuente de recaudación fiscal, impone una carga desproporcionada sobre los sectores más pobres, quienes terminan subvencionando la atención de quienes tienen mejor salud y previsión privada. A ello se suma la persistencia de la municipalización de la AP, un modelo que ha demostrado generar disparidades territoriales en la calidad de la atención y una gestión deficiente de los recursos según la capacidad administrativa de cada comuna. Por último, en un contexto de baja cobertura y en línea con lo planteado por la ley de cuidados inversos, el desarrollo de esta política puede profundizar las desigualdades existentes, afectando especialmente a quienes más necesitan atención de calidad.

Dado este escenario, el artículo analiza críticamente la implementación de la APS-U en Chile, examinando sus contradicciones estructurales e impactos en la equidad en salud. Se plantea la necesidad de revisar el modelo de financiamiento hacia un enfoque progresivo, fortalecer la gestión administrativa y del talento humano, y avanzar hacia un modelo de APS que no solo amplíe la inscripción de las personas en establecimientos del NPA, sino que garantice acceso y calidad de manera equitativa, con equipos de salud que puedan apoyar de manera más autónoma a sus poblaciones asignadas, con niveles mayores de participación en salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio adopta un enfoque mixto, por medio de un diseño concurrente. El componente cualitativo, mediante un análisis documental, con el fin de evaluar la planificación e implementación de la Universalización de la Atención Primaria de Salud (APS-U) en Chile, considerando los elementos

clave de financiamiento y administración, acceso e integralidad en la atención, talento humano y participación comunitaria. El objetivo es explorar los efectos de la APS-U sobre la equidad en el acceso y la calidad de la atención de salud, en particular, su impacto en las poblaciones más vulneradas.

Selección de fuentes documentales

Para realizar el análisis, se seleccionaron documentos oficiales y reportes institucionales, incluyendo los informes del Ministerio de Salud, evaluaciones de programas y políticas de salud, datos estadísticos sobre financiamiento y cobertura, así como análisis previos acerca de la implementación de la APS-U en las comunas piloto. Estos documentos fueron elegidos por su relevancia y por ser fuentes oficiales que proporcionan información detallada sobre los componentes de la APS-U. Además, se incorporaron documentos académicos y artículos que analizan la implementación de la reforma en el contexto chileno, con el fin de incorporar diversas perspectivas sobre los temas tratados.

Criterios de análisis

El análisis de datos se enfocó en cuatro dimensiones clave: financiamiento y administración, acceso a la salud, talento humano y participación comunitaria.

Financiamiento y administración: Se analizaron los recursos financieros asignados a las comunas piloto para la implementación de la APS-U. Se utilizaron datos del Informe de Análisis de la Implementación del Proyecto APS-U y del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM), evaluando la variación presupuestaria entre 2022 y 2023. Además, se examinó la estructura de gestión del nivel primario de atención, incluyendo los mecanismos de administración financiera, eficiencia del gasto, equidad en la distribución de recursos y transparencia.

Acceso e integralidad en la atención: Se comparó la población inscrita validada en los servicios de salud municipal de las comunas piloto, analizando la captación de nuevos/as usuarios/as y las brechas de cobertura. Se utilizaron datos de inscripción en FONASA y se evaluó la utilización efectiva de los servicios, contrastando las tasas de cobertura con estándares internacionales.

Talento humano: Se examinó la contratación y distribución del personal de salud en las comunas piloto, recopilando datos sobre médicos/as, enfermeros/as y técnicos/as en enfermería contratados

entre 2022 y 2023. Se analizó la relación entre la población inscrita validada y la cantidad de profesionales disponibles, evaluando la suficiencia del recurso humano para garantizar una atención adecuada.

Participación comunitaria: Se exploró el grado de involucramiento de la comunidad en la gestión de la APS, analizando la efectividad de los mecanismos de participación y cogestión en la planificación y evaluación de los servicios de salud.

Análisis de los datos

El estudio utilizó un enfoque mixto concurrente para analizar las discrepancias entre los objetivos declarados de la Atención Primaria de Salud Universal (APS-U) y sus resultados. Se llevó a cabo un análisis crítico de documentos para identificar tensiones relacionadas con financiamiento, administración, acceso y participación comunitaria. Simultáneamente, se recopilaron y analizaron datos estadísticos sobre indicadores clave de desempeño de la APS-U, como recursos, inscripciones, cobertura y gestión de recursos humanos. La integración de estos análisis permitió una comprensión más completa y validada de las discordancias observadas en la APS-U.

El estudio se llevó a cabo bajo principios éticos de respeto por la privacidad y confidencialidad de la información. Aunque el análisis se basa en documentos públicos, se respetaron las normas de citación adecuadas y se realizó un esfuerzo por interpretar los datos de manera objetiva y rigurosa. La investigación busca aportar al debate sobre la equidad en el acceso a la salud en Chile y contribuir a la mejora de las políticas de APS en el país.

RESULTADOS

Financiamiento y administración: el financiamiento del programa de APS-U se sustenta en los recursos asignados por la Ley de Presupuestos del Sector Público, con transferencias a los Servicios de Salud en dos cuotas anuales (Ministerio de Salud, 2023a). Se prioriza la cobertura de brechas en acceso, atención extramural y gestión administrativa. Además, se busca eliminar el gasto de bolsillo como barrera de acceso y asegurar una ejecución eficiente y transparente del financiamiento (Ministerio de Salud, 2023b). No obstante, el análisis de diversos informes revela importantes desafíos en

cuanto a la sostenibilidad y equidad de la distribución de recursos.

Subfinanciamiento y brechas en el financiamiento per cápita: Uno de los principales problemas identificados es el subfinanciamiento crónico del sistema público de salud. Aunque el documento del Ministerio de Salud (2023a) plantea la eliminación de barreras económicas, no se especifican mecanismos concretos para superar las deficiencias en la asignación de recursos. Según Castillo (2024), el financiamiento del nivel central representa aproximadamente el 90% del presupuesto de la APS municipal, mientras que los municipios solo aportan un 10%. Asimismo, existe una brecha de más de 25 puntos porcentuales entre el aporte per cápita basal y las estimaciones necesarias para un financiamiento adecuado de la APS (Comisión Nacional de Productividad, 2022). Esto se traduce en una distribución inequitativa de los recursos, lo que afecta especialmente a las comunas con menor capacidad de autofinanciamiento.

Disparidad en el gasto y equidad territorial: El financiamiento per cápita no solo es insuficiente, sino que también presenta una alta variabilidad entre comunas. Castillo (2024) evidencia que el gasto anual por persona en AP varía entre \$153.000 y \$347.000 pesos chilenos, lo que demuestra una distribución desigual de los recursos y la necesidad de un mecanismo de financiamiento más equitativo. Además, se han identificado brechas de hasta 50 puntos porcentuales en las remuneraciones de profesionales entre distintas comunas, lo que afecta la retención de talento en territorios más vulnerables (Comisión Nacional de Productividad, 2022). La falta de criterios claros en la asignación de recursos podría profundizar las desigualdades en la atención sanitaria a nivel local.

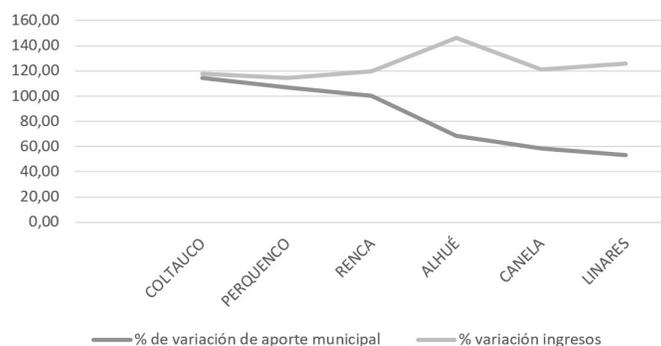
Falta de planificación financiera a largo plazo: Otro aspecto crítico es la falta de certezas sobre la asignación de recursos en los años siguientes para las comunas pioneras del programa de universalización de la APS (Castillo, 2024). Por otro lado, el uso de indexadores desactualizados para el financiamiento per cápita no refleja adecuadamente la morbilidad y el riesgo sanitario de la población (Comisión Nacional de Productividad, 2022). Esto compromete la capacidad de la AP para responder a las necesidades de los/as usuarios/as y garantizar el acceso universal a los servicios de salud.

Corrupción municipal y su impacto en la AP: La administración de la AP en Chile, a cargo mayoritariamente de los municipios (90%), ha sido gravemente afectada por casos de corrupción, en la actualidad hay más de 600 causas abiertas por el Ministerio Público en todas las regiones del país y que están vinculadas a algún delito de malversación y fraude al Fisco respecto a alcaldes/as y funcionarios/as de los gobiernos locales (Ayala, 2023), lo que ha comprometido el financiamiento y la eficiencia de los servicios de salud (Said, 2024). Con un desvío estimado de \$431 mil millones, evidenciando un aumento preocupante de irregularidades en la gestión local (Diario UChile, 2024). Uno de los casos más emblemáticos es el del alcalde de Linares, una de las primeras siete comunas piloto de APS-U, formalizado junto a otros funcionarios por fraude al fisco reiterado, exhibiendo la falta de fiscalización efectiva y la discrecionalidad en la gestión de recursos municipales (Ortiz, 2024). La corrupción en la administración local ha generado consecuencias devastadoras en la AP, afectando la ejecución de proyectos esenciales como la construcción de nuevos centros de salud y la provisión de insumos médicos. La ausencia de controles rigurosos permite prácticas como la compra irregular de terrenos y el pago de sobrepagos, profundizando la desigualdad en el acceso a la salud, especialmente en sectores vulnerados.

Además, se ha señalado la falta de claridad y transparencia en la formulación de los indicadores y metas sanitarias, como el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), por lo que es necesario mejorar estos indicadores, incluyendo, por ejemplo, la incorporación de hospitalizaciones evitables, para medir de manera más precisa el impacto de la estrategia (Comisión Nacional de Productividad, 2022).

Análisis de recursos económicos: El análisis de los recursos financieros destinados a la Atención Primaria de Salud Universal (APS-U) en comunas pioneras en Chile evidencia una paradoja en el compromiso municipal con la estrategia. En tres comunas se observa una disminución significativa de los aportes municipales en 2023 respecto de 2022, mientras que los ingresos totales del sector salud aumentaron en un 24,3%, debido principalmente al financiamiento del MINSAL a través del Programa de Reforzamientos de APS (PRAPS), el porcentaje del aporte municipal sobre los ingresos totales de salud disminuyó de un 4,49% en 2022 a un 3,41% en 2023, reflejando un menor compromiso de las autoridades comunales. Además,

Figura 2. Variación entre Aportes Municipales para Salud y Recursos MINSAL (2022 v/s 2023).



Fuente: Elaboración propia con información del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM).

la heterogeneidad en el gasto anual por persona revela desigualdades en la asignación de recursos. A esto se suma la falta de indicadores clave en el Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM) para los años 2023 y 2024, lo que dificulta evaluar el impacto de implementación de la APS-U de manera abierta. (Figura 2)

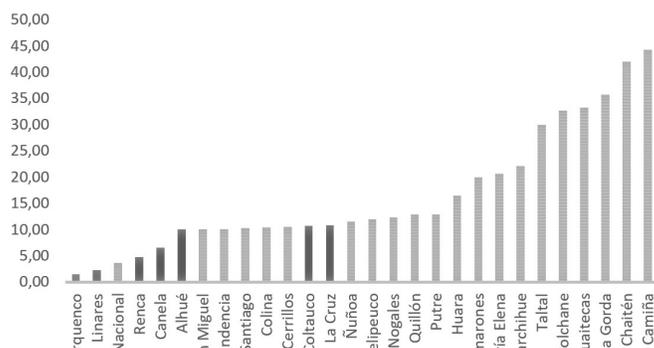
Acceso e integralidad en la atención:

El programa establece la cobertura universal mediante la inscripción de todas las personas en AP, sin distinción de seguro de salud (Ministerio de Salud, 2023a). La extensión horaria y la gestión remota de la demanda buscan reducir barreras organizacionales y mejorar la oportunidad en la atención (Ministerio de Salud, 2023b). No obstante, persisten barreras relacionadas con la aceptabilidad cultural y la disponibilidad de recursos, que requieren estrategias específicas de adaptación para garantizar una AP realmente inclusiva y equitativa. Por

otro lado, la APS-U integra programas previamente implementados en administraciones anteriores, como Telesalud, un sistema diseñado para mejorar y acercar la atención de salud a usuarios/as de los centros de atención primaria, y ECICEP (Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas). Ambos programas deberían seguir expandiéndose a nivel nacional sin restricciones presupuestarias limitadas a las comunas piloto.

Se ha destacado la inscripción de personas de FONASA a los establecimientos del NPA en las comunas piloto, sin embargo, al comparar estas con las demás comunas del país, ninguna de ellas se encuentra dentro de las primeras 15 comunas con mayor aumento de la inscripción entre 2022 y 2023. Incluso de las comunas APS-U hay algunas que se sitúan muy por debajo del promedio nacional, situación bien compleja considerando la utilización de recursos destinados activamente a la captación de personas FONASA no inscritas. (Figura 3)

Figura 3. Variación de Inscripción de Personas FONASA en Establecimientos de Atención Primaria (2022 vs 2023)



*En negrita las comunas piloto APS-U

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Fondo Nacional de Salud (FONASA, 2024).

Tabla 1: Utilización de Servicios en Comunas Piloto APS-U

Indicador	Alhué	Canela	Coltauco	La Cruz	Linares	Perquenco	Renca
Utilización de los servicios - Tasa de contacto con servicios de APS (a agosto 2023)	6343	4526	10476	s/d	42204	4126	73553
Población comunal FONASA	89,40%	46,70%	61,80%		47,70%	64,80%	54,50%

Fuente: Informe Análisis de la implementación del proyecto de Atención Primaria de Salud Universal en comunas pioneras en Chile (2024).

Otro punto crítico se relaciona con las personas que realmente están accediendo a atenciones de salud, cifra que no necesariamente se vincula con la cantidad de personas inscritas, ya que estas pueden tener problemas para acceder a las atenciones cuando lo requieran. Al respecto, la Comisión Nacional de Productividad (CNEP), en su análisis de la eficiencia en la gestión de atención primaria, evidenció una tasa de cobertura de aproximadamente 50% (referencias internacionales sugieren tasas por sobre el 65%). En el caso de las comunas piloto, la utilización de los servicios detecta que en algunas comunas se mantiene el problema reportado por la CNEP. (Tabla 1)

El programa contempla la contratación de personal y el fortalecimiento de sus competencias mediante capacitaciones continuas, enmarcadas en la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en las Personas (ECICEP) (Ministerio de Salud, 2023a). Sin embargo, el reto radica en la motivación y retención del talento humano, así como en la adecuación de la dotación a las necesidades de las comunidades.

Un factor clave para el adecuado funcionamiento de la atención en salud es la participación activa de los equipos de salud locales, quienes han sido excluidos del proceso de selección. Además, se ha identificado la urgente necesidad de fortalecer sus competencias, especialmente en el uso de tecnologías y en el trabajo multidisciplinario.

Junto con ello, es fundamental promover la motivación del personal, asegurando su compromiso y preparación para enfrentar de manera integral los desafíos de la AP (Comisión Nacional de Productividad, 2022).

En cuanto al número de médicos/as de familia y comunidad (MFyC), especialistas en atención primaria, fundamentales para el desarrollo del modelo. Al analizar su cantidad en las primeras siete comunas de APS-U, solamente 2 de éstas contaban con MFyC, representando un 0,5% del total de MFyC de la AP municipal del país (3 MFyC de 617). Lo que evidencia una nueva contradicción en la implementación de esta estrategia. (Ministerio de Salud, 2023b).

En relación a los efectos del aumento de recursos en las comunas piloto APS-U, se analiza la contratación de algunos/as integrantes de los equipos de salud, de acuerdo a la información disponible. La cantidad de personas por cada médico/a en las 6 comunas que disponen de datos, aumenta en 34 pacientes por profesional, lo que representa una sobrecarga de un 1,6%. En el caso de las/os enfermeras/os, que aumentan en 225 pacientes para cada enfermero/a, lo que representa de sobrecarga del 13,5%. Para técnicos en enfermería, se evidencia que aumentan en 98 pacientes por cada TENS, lo que refleja un aumento del 18,9% de sobrecarga con respecto al año anterior. (Tabla 2)

Tabla 2: Número de Personas por Profesional (año 2022 y 2023), Aumento de Personas por Profesional y Porcentaje de Sobrecarga por Profesional en Comunas APS-U.

	Personas por cada Profesional		Aumento de personas por profesional	Porcentaje de Sobrecarga
	2022	2023*		
Médico/a	2119	2153	34	1,6%
Enfermero/a	1659	1884	225	13,5%
Técnico/a en Enfermería	516	613	98	18,9%

*Considera del Población inscrita validada FONASA 2022 asociado a nuevos inscritos APS-U.

Fuente: Elaboración propia en base a información de Fondo Nacional de Salud, Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM), Informe de Análisis de la implementación del proyecto de Atención Primaria de Salud Universal.

Participación comunitaria:

La participación comunitaria es un eje central del programa, con estrategias como los diálogos ciudadanos para identificar barreras y mejorar la experiencia usuaria, y la cartografía de activos comunitarios para fortalecer el rol de las comunidades en el cuidado de su salud (Ministerio de Salud, 2023a). Se enfatiza la importancia de construir confianza entre los equipos de salud y la población (Ministerio de Salud, 2023b). La efectividad de estas estrategias dependerá de su institucionalización y del grado de participación real que se logre de las comunidades en la toma de decisiones sobre su salud.

No obstante, la implementación de la participación comunitaria en la APS-U ha presentado deficiencias, especialmente en la ausencia de mecanismos efectivos de participación ciudadana. La interacción entre la comunidad y los equipos de salud es clave para el éxito de las políticas sanitarias, ya que permite generar sinergias que fortalecen la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, por medio de instancias vinculantes para la toma de decisiones y de poder de fiscalización del uso de los recursos, facilitando una gestión triestamental dentro de la red de atención. Por otro lado, la Comisión Nacional de Productividad (2022) enfatiza la importancia de que el MINSAL transparente los procesos de elaboración de indicadores, metas y programas, incluyendo la participación de expertos/as, profesionales de AP y representantes de la comunidad. Asimismo, resalta la necesidad de un enfoque basado en evidencia, donde las decisiones en AP se fundamenten en evaluaciones rigurosas del impacto de las intervenciones, garantizando así políticas más efectivas y alineadas con las necesidades locales.

DISCUSIÓN

El problema más grave y contradictorio que enfrenta la APS-U es el subsidio cruzado que se genera hacia las aseguradoras privadas, afectando la equidad en salud. Esta situación rememora a la del subsidio del 2% de cotización adicional para las ISAPRES, creado en la década de los ochenta, que terminó ampliando su mercado y profundizando la privatización de la salud. Este modelo regresivo implica que el sistema público asuma la atención de afiliados/as al sistema privado, profundizando la inequidad en Chile. Esta situación se agrava en un sistema tributario altamente regresivo, donde el IVA, principal fuente de

recaudación fiscal, impone una carga desproporcionada sobre los sectores más pobres, quienes terminan subvencionando la atención de quienes tienen mejor salud y previsión privada. La Ley de Cuidados Inversos, propuesta por Julian Tudor Hart, refleja cómo quienes más necesitan atención sanitaria suelen recibir menos, perpetuando desigualdades. Combatir este fenómeno requiere fortalecer la atención primaria y distribuir los recursos de manera equitativa (Simó Miñana & Gervas Camacho, 2024).

Por otro lado, la corrupción en la administración municipal de la AP es otro desafío significativo. Este problema afecta a una cantidad relevante de municipios, con denuncias de fraude y mal utilización de recursos destinados a la salud pública, lo que ha resultado en la desviación de miles de millones de pesos. Es fundamental corregir esta falta de fiscalización y repensar la administración del NPA, especialmente considerando que una de las siete primeras comunas piloto también enfrentó estos problemas, lo que pone en evidencia la necesidad de reformas estructurales en la gestión pública de salud.

Además, la propuesta de Atención Primaria de Salud Universal (APS-U) presenta una omisión significativa al no incorporar la longitudinalidad como eje central de la atención. La evidencia respalda los beneficios de la continuidad del cuidado con un profesional de salud, demostrando su impacto en la reducción de la morbilidad, hospitalizaciones evitables y mortalidad (Pereira Gray et al., 2018; Barker, Steventon & Deeny, 2017; Sandvik et al., 2021). Si bien la APS-U enfatiza el acceso y la cobertura universal, su diseño fragmentado y centrado en la demanda espontánea debilita la relación longitudinal entre pacientes y profesionales de salud. Esta falta de medidas que aseguren la continuidad en la atención perpetúa un modelo fragmentado y de baja resolución, afectando tanto la calidad asistencial y los costos del sistema, como señalan Añel Rodríguez y Astier Peña (2022).

La falta de incorporación de los equipos de salud locales en la selección de comunas piloto limita la apropiación y adecuada implementación de la estrategia. Además, el desarrollo de la Atención Primaria de Salud Universal (APS-U) enfrenta serias deficiencias en la planificación del talento humano, evidenciándose un aumento de sobrecarga para los equipos, ya sobredemandados, lo que compromete el impacto en

la salud de la población. Para garantizar una Atención Primaria resolutoria y sostenible, es fundamental establecer la asignación estable de pacientes a profesionales de salud, limitando el número de personas atendidas por cada uno/a. Se recomienda un máximo de 5.000 personas por equipo de salud y 2.000 por cada médico/a, permitiendo así el desarrollo efectivo de la longitudinalidad y la mejora en la calidad del cuidado.

La desprofesionalización de la AP, junto con la precariedad laboral, la alta rotación y la falta de incentivos, profundiza la crisis del sector (Torell, 2024). Este panorama se ve reflejado en la escasez de médicos de familia en las comunas de APS-U, lo que revela una falta de políticas efectivas para la formación y retención de especialistas. En este contexto, la municipalización de la salud ha intensificado las inequidades, y la APS-U, al no abordar los problemas estructurales del sistema, corre el riesgo de reproducir las deficiencias preexistentes sin avanzar hacia una atención equitativa y eficaz.

La APS-U enfrenta un desafío significativo en cuanto a la desconexión entre los servicios de salud y la determinación social de la salud, lo que impide una respuesta integral a las necesidades de las poblaciones más vulneradas. Para lograr políticas más efectivas y alineadas con las realidades locales, es necesario promover la autogestión y garantizar una asignación equitativa de los recursos. Además, como refiere Feo Istúriz et al. (2012), urge transformar la participación meramente consultiva en un proceso auténticamente empoderador. Que permita a las comunidades no solo ser representadas, sino tener un poder real en la toma de decisiones, lo cual es clave para superar las deficiencias del modelo actual y avanzar hacia una atención más equitativa y efectiva.

Una de las principales limitaciones de este estudio ha sido el acceso restringido a datos oficiales, lo que ha dificultado una evaluación más profunda de la APS-U. La falta de una política robusta de datos abiertos impide que la información esté disponible para la ciudadanía de manera libre y sin restricciones, lo que limita la capacidad de participar activamente en la gestión de las políticas públicas. Esta ausencia de transparencia es un obstáculo fundamental para asegurar una mayor rendición de cuentas y fortalecer la confianza entre los gobiernos y la población.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

La formulación actual de la APS-U, tanto en su concepción como en su implementación, no se presenta como una alternativa robusta para reducir las inequidades en salud. Es crucial adoptar un modelo de financiamiento que elimine el subsidio al sector privado y que se enfoque en priorizar a la población con mayores necesidades de atención. Hasta el momento, la APS-U no aborda de manera efectiva las demandas de los sectores más vulnerados, y su capacidad para disminuir las desigualdades en salud se encuentra limitada.

A diferencia de las medidas de salud pública, como el Programa Nacional de Inmunizaciones, que garantiza acceso sin barreras a las vacunas, la atención primaria requiere acceso sostenido a servicios y seguimiento continuo, siendo hoy insuficiente para una parte importante de la población, especialmente en los sectores más pobres. En lugar de priorizar a quienes enfrentan mayores barreras para acceder a la salud, la implementación actual de la APS-U podría terminar beneficiando principalmente a personas con mejores condiciones de salud y que cuentan con otros seguros, lo que profundiza las inequidades en lugar de reducirlas. Este fenómeno es consistente con la ley de cuidados inversos, donde los recursos de salud tienden a distribuirse de manera desproporcionada a quienes menos lo requieren, en detrimento de personas que enfrentan mayores necesidades.

El trasfondo del asunto no es si los derechos sociales deberían ser universales, que por cierto deberían serlo, sino que, como advierte Fleury (1998), las políticas sociales en América Latina han estado marcadas por una contradicción estructural: aunque el marco legal proclama la igualdad de derechos, en la práctica el acceso a los bienes públicos sigue siendo profundamente desigual. La APS-U no escapa a esta contradicción, ya que, a pesar de ampliar formalmente la cobertura, no resuelve las desigualdades estructurales del sistema de salud. En lugar de transformar las condiciones de acceso, la política tiende a beneficiar a aquellos con menores necesidades de atención, funcionando como un reaseguro, mientras refuerza un modelo regresivo que subsidia indirectamente a los grupos que menos lo requieren. De esta forma, lejos de fortalecer el acceso de los sectores más vulnerados, termina consolidando un sistema que perpetúa la exclusión y la inequidad.

Tabla 3: Tabla Comparativa y Análisis de Reformas APS en Chile.

Propuesta	Reforma APS 2005	APS Universal 2023	Comentario Crítico
Modelo de Atención	Promoción y prevención como ejes principales.	Modelo de cuidados integrales centrados en las personas (ECICEP), con enfoque sociosanitario.	Cambio de enfoque teórico, pero sin garantizar su implementación efectiva.
Financiamiento	Incremento de per cápita, sin mejoras significativas.	Aumento del financiamiento y eliminación del gasto de bolsillo como barrera de acceso.	No se especifican mecanismos para garantizar que los recursos lleguen realmente a las personas que se atienden en AP.
Gestión y Gobernanza	Indicadores de desempeño y metas sanitarias.	Actualización de indicadores y fortalecimiento de la gobernanza local.	Falta una propuesta robusta que conduzca a un impacto real en la calidad y efectividad de la atención.
Cobertura	AP como puerta de entrada al sistema.	Inscripción Universal para toda la población, independientemente de su seguro de salud.	Promesas sin una estrategia concreta para evitar sobrecarga en los servicios, ni la ley de cuidados inversos.
Equipos de Salud	Equipos de salud familiar y comunitaria con población definida a cargo.	Implementación de la Estrategia ECICEP y fortalecimiento de equipos multidisciplinarios	No se detallan medidas concretas para fortalecer la dotación y estabilidad laboral de los equipos.
Resolutividad AP	Equipos altamente resolutivos para emergencias y patologías prevalentes.	Expansión de servicios, inclusión de telemedicina, atención extramuro y extensión horaria.	Se enfatiza en telesalud sin resolver problemas previos de falta de infraestructura y profesionales.
Atención Extramuro	No contemplada como estrategia central.	Servicios móviles en zonas de difícil acceso y operativos sanitarios.	Sin un plan logístico sólido.
Infraestructura y Tecnología	Mejora en equipamiento y tecnología.	Expansión de infraestructura, equipamiento y teleconsultas.	No hay certeza de financiamiento sostenido para modernizar la infraestructura en AP.
Coordinación con Especialidades	Integración con atención de especialidad y urgencia.	Rediseño de Consejos de Integración de la Red Asistencial (CIRA) y oficinas de referencia.	La falta de integración efectiva sigue siendo una barrera no resuelta.
Participación Comunitaria	Fomento de la participación en salud comunitaria.	Diálogos ciudadanos y cartografía de activos comunitarios.	No hay claridad sobre cómo estos diálogos influirán en la toma de decisiones reales.

Fuente: Elaboración propia en base a textos oficiales de los procesos de reforma en Chile.

Por otro lado, la propuesta de APS-U incorpora elementos que ya estaban presentes en la Reforma de 2005 (AUGE-GES), considerada en su momento como el “pilar fundamental” de esa reforma, pero sin hacerse cargo de las falencias previas ni asegurar cambios estructurales reales. Se enfatiza en la cobertura universal, el financiamiento y la integración con otros niveles, pero sin garantizar la dotación de recursos ni la sostenibilidad del modelo. La falta de planificación concreta y mecanismos de implementación efectivos hace que esta reforma repita la experiencia de la anterior, incumpliendo muchas de las propuestas planteadas. Por lo que, si no se introducen cambios estructurales urgentes en esta política, el resultado

llevará al mismo fracaso a largo plazo. (Tabla 3)

Para fortalecer la APS, es crucial adoptar un enfoque crítico que considere las realidades locales y desarrolle estrategias innovadoras. Es necesario priorizar la atención accesible, integral y longitudinal, garantizando que los servicios sean de calidad y estén coordinados. Además, se debe avanzar hacia un sistema único e integrado de salud que elimine la fragmentación y evite que los actores privados sigan beneficiándose a costa de la inequidad en salud. Asimismo, se debe garantizar una participación efectiva de las comunidades en la planificación de la APS. (Tabla 4: resumen con principales recomendaciones)

Tabla 4: Tabla resumen con principales recomendaciones.

Eje Temático	Recomendaciones
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar el subsidio cruzado a las aseguradoras privadas: en caso que alguna persona afiliada a un seguro privado se inscriba en un centro del NPA, se debe generar un traspaso equivalente al per cápita de AP desde la aseguradora a FONASA. - Corregir el subfinanciamiento crónico de la AP: establecer un per cápita que refleje el costo real de la atención y las necesidades sanitarias del territorio. - Revertir la Ley de Cuidados Inversos y garantizar que la distribución de recursos favorezca a las poblaciones más vulneradas. - Terminar con la fragmentación del financiamiento, avanzando hacia un fondo único de salud que garantice equidad en la asignación de recursos.
Administración de la atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> - Transparentar el uso de los recursos municipales destinados a salud y prohibir su desvío hacia otros fines. - Crear un sistema de fiscalización con participación ciudadana que audite la correcta ejecución de los fondos de salud en los municipios. - Reasignar la administración de los centros de AP a entidades públicas con rendición de cuentas efectiva cuando existan irregularidades graves en la gestión municipal.
Modelo de Atención	<ul style="list-style-type: none"> - Revertir la lógica de AP focalizada y asistencialista que refuerza la desigualdad en salud, implementando un modelo basado en la estrategia de APS integral con enfoque de derechos. - Garantizar que el NPA no solo se traduzca en cobertura, sino en una transformación real del modelo de salud, con enfoque territorial y comunitario. - Permitir mayor autonomía de los equipos de salud para que puedan trabajar con la población asignada sin restricciones burocráticas. - Incorporar de manera vinculante los saberes ancestrales y populares en la formulación de políticas y estrategias de AP. - Modificar los mecanismos de evaluación por otros que aseguren resultados sanitarios y no indicadores de productividad.
Acceso y Atención Longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar un límite máximo en la asignación de pacientes a los equipos de salud para fortalecer la atención longitudinal y prevenir la fragmentación en la AP. La población a cargo de cada equipo no debería superar las 5.000 personas, y 2.000 por cada médico/a, permitiendo así el desarrollo efectivo de la longitudinalidad y la mejora en la calidad del cuidado. - Reforzar el acceso oportuno a la AP, asegurando tiempos adecuados de consulta y continuidad del cuidado. - Aumentar el número de médicos/as de familia en atención primaria, garantizando formación suficiente y financiamiento estable para su contratación. - Priorizar la expansión de Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) en lugar de la construcción de nuevos CESFAM, ya que los CECOSF tienen menores costos, se implementan de manera más rápida y permiten acercar la atención a las comunidades.
Condiciones Laborales y Formación	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación del talento humano en salud, asegurando la formación y distribución adecuada de profesionales según necesidades territoriales. - Mejorar las condiciones laborales en AP: garantizar estabilidad y mejores condiciones para los/as trabajadores/as de salud. - Implementar un sistema de incentivos que garantice la permanencia de profesionales, incluyendo condiciones salariales dignas y desarrollo profesional. - Reformular la formación de profesionales de APS para priorizar un enfoque en salud colectiva, determinación social y trabajo comunitario.
Participación y Gestión Comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Desmontar el modelo de participación funcional y consultiva, estableciendo mecanismos de cogestión real de los centros de AP con las comunidades. - Asegurar financiamiento y recursos para fortalecer organizaciones comunitarias en salud y su incidencia en la planificación de la AP. - Establecer mecanismos efectivos de control social sobre la implementación y financiamiento del NPA.
Redes de Atención	<ul style="list-style-type: none"> - Rediseñar la integración de niveles de atención con un enfoque que garantice continuidad de cuidados. - Mejorar la coordinación entre los servicios de salud y la determinación social de salud, asegurando políticas intersectoriales efectivas.
Transparencia y Datos Abiertos	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar una política de datos abiertos en los procesos relacionados con la APS-U, garantizando acceso público a información relevante sobre financiamiento, asignación de recursos, metas sanitarias y evaluación de impacto. - Facilitar plataformas de monitoreo ciudadano, donde las comunidades puedan acceder a información actualizada sobre la implementación y desempeño de la APS-U. - Garantizar la trazabilidad de decisiones en la APS-U, asegurando que los cambios en la estrategia sean informados y fundamentados en evidencia disponible para la ciudadanía.

Fuente: *Elaboración propia.*

REFERENCIAS

- Añel Rodríguez, R. M., & Astier Peña, P. (2022). Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(2), 75-76. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v15n2/1699-695X-albacete-15-02-75.pdf>
- Ayala, L. (2023, diciembre 22). El balance de la corrupción en el seno de los municipios. *La Tercera*. <https://www.latercera.com/nacional/noticia/el-balance-de-la-corrupcion-en-el-seno-de-los-municipios/>
- Bass, C. (2012). Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*, 12(11), e5571. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.11.5571>
- Bass, C. (2018). Atención Primaria Fuerte, historia, diagnóstico actual y propuestas para Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(3), 137-141.
- Bass, C. (2021). La crisis neoliberal del sistema de salud de Chile. CLACSO. Bass del Campo, Camilo. La crisis neoliberal del Sistema de Salud de Chile. En libro: *Refundación de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: descolonizar las teorías y políticas* (pp.99-121). CLACSO, 2021. Libro digital, PDF - (Grupos de trabajo de CLACSO). Archivo Digital: descarga y online. ISBN 978-987-813-016-3.
- Barker, I., Steventon, A., & Deeny, S. R. (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care-sensitive conditions: cross-sectional study of routinely collected, person-level data. *BMJ*, 356, j84. <https://doi.org/10.1136/bmj.j84>
- Bilal, U., Alazraqi, M., Caiaffa, W. T., et al. (2019). Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. *Lancet Planetary Health*, 3(12), e503–e510. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30235-9](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30235-9) *Lancet Planet Health* 2019; 3: e503–10 Published Online December 10, 2019 [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30235-9](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30235-9)
- Castillo, C. (2024). Atención primaria de salud universal en Chile: Un análisis de la implementación inicial del proyecto en comunas pioneras, Documentos de Proyectos (LC/TS.2024/92), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2024.
- Comisión Nacional de Productividad. (2022). Eficiencia en la gestión de atención primaria de salud (APS). Santiago, Chile.
- Diario UChile. (2024, agosto 28). Revelan que 67 municipios mantienen denuncias por corrupción. <https://radio.uchile.cl/2024/08/28/revelan-que-67-municipios-mantienen-denuncias-por-corrupcion/>
- Feo Istúriz, O., Feo Acevedo, C., & Jiménez, P. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 602-614.
- Fleury, S. (1998). Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90. *Nueva Sociedad*, (156), 72-94.
- Fondo Nacional de Salud (FONASA). (2024). Tableros interactivos con información de población beneficiaria y coberturas entregadas por FONASA. Recuperado el 11 de febrero de 2025, de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos>
- Ministerio de Salud de Chile. (2017). Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Departamento de Epidemiología. Recuperado el 10 de febrero de 2025, de <https://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>
- Ministerio de Salud de Chile. (2023.a). Resolución Exenta N°112. Aprueba Programa Universalización de APS.
- Ministerio de Salud de Chile. (2023.b). Orientaciones Técnicas para la Universalización de la Atención Primaria de Salud: Marco Operativo para el primer año de implementación de comunas pioneras en atención primaria universal.
- Ministerio de Salud de Chile. (2023 c). Determina especialidad de la medicina con derecho a la asignación mensual de estímulo por competencias profesionales en atención primaria de salud para el año 2023 [Decreto Exento N° 128]. Ministerio de Salud de Chile.
- Ministerio de Salud de Chile. (en construcción). Reforma al sistema de salud: Una agenda de transformaciones. Recuperado de <https://www.minsal.cl/documentos-aps-universal/>
- Montero, J., Téllez, A., & Herrera, C. (2010). Reforma sanitaria chilena y la atención

- primaria de salud: Algunos aspectos críticos. Escuela de Medicina, Chile.
- Ortiz, F. (2024, septiembre 26). Formalizan a alcalde de Linares por presunto fraude al fisco: investigan contratos irregulares. Diario El Centro. <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-del-maule/2024/09/26/Formalizan-a-alcalde-de-linares-por-presunto-fraude-al-fisco-investigacion-contratos-irregulares.shtml>
 - Pereira Gray, D. J., Sidaway-Lee, K., White, E., et al. (2018). Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8, e021161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>
 - Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018;8:e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161
 - Said, J. C., & Lyon, J. J. (2024, junio 20). Corrupción municipal: un problema de salud. El Mostrador. <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/columnas/2024/06/20/corrupcion-municipal-un-problema-de-salud/>
 - Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., & Hunskaar, S. (2021). Continuity in general practice as predictor of mortality. *British Journal of General Practice*. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>
 - Simó Miñana, J., & Gervas Camacho, J. (2024). Cómo combatir la “Ley de Cuidados Inversos” en la consulta de atención primaria. *FMC*, 31(6), 305-306. <https://www.fmc.es/es-como-combatir-la-ley-de-cuidados-inverso-articulo-S1134207224000756>
 - Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM). (2024). Datos Municipales. SUBDERE, Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Recuperado el 10 de febrero de 2025, de <http://www.sinim.gov.cl>
 - Torell, G. (2024, marzo 3). El maravilloso e increíble proceso de morirse por dentro también conocido como desprofesionalización. NoGracias. <https://www.nogracias.org/2024/03/03/el-maravilloso-e-increible-proceso-de-morirse-por-dentro-tambien-conocido-como-desprofesionalizacion-por-gemma-torell/>