

Atención Primaria Universal: de programa pionero a política de Estado

Universal Primary Care: from Pioneering Program to State Policy

Oswaldo Artaza Barrios¹
Juan Pablo Rubio Schweizer²

RESUMEN

Hay consenso en que la Atención Primaria de Salud es la piedra angular para lograr la salud universal, ya que es la principal herramienta para mejorar el acceso a los servicios de salud, contribuir a la equidad, a la eficiencia, al fomento y la prevención, a un abordaje integral e intersectorial de las diversas necesidades de salud con la participación de las personas y sus comunidades. Por lo anterior, el Gobierno de Chile ha iniciado en 28 comunas un programa pionero de Universalización de la Atención Primaria, con el fin de que todas las personas, independiente del subsector al que pertenecen puedan acceder a dicha estrategia. El artículo presenta diversos aspectos de dicha iniciativa, sus primeros resultados y señala la importancia de generar los acuerdos políticos para hacer de esta suerte de piloto una política de Estado que más allá de los ciclos políticos logre constituirse en el cimiento universal de un sistema mixto en la prestación de servicios.

Palabras clave: Sistemas de Salud, Políticas Públicas de Salud, Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

There is consensus that Primary Health Care is the cornerstone for achieving universal health, as it is the primary tool for improving access to health services, contributing to equity, efficiency, promotion, and prevention, as well as providing a comprehensive and intersectoral approach to diverse health needs with the involvement of individuals and their communities. For this reason, the Government of Chile has launched a pioneering program for the Universalization of Primary Health Care in 28 municipalities, aiming to ensure that all individuals, regardless of the subsector to which they belong, can access this strategy. This article presents various aspects of the initiative and its initial results. It highlights the importance of establishing political agreements to transform this pilot program into a state policy that, beyond political cycles, can become the universal foundation of a mixed system for service delivery.

Keywords: Health Systems, Public Health Policies, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

Chile tiene una larga historia de salud pública, que permitieron notables avances en la salud materna, la salud infantil y en la expectativa de vida de la población. Muchos de estos avances se atribuyen a la creación (1952) del Servicio Nacional de Salud (SNS), con presencia de equipos de salud en el primer nivel

1 Decano facultad de Salud y Ciencias Sociales Universidad de Las Américas. Secretario Ejecutivo Consejo Asesor Atención Primaria Universal. oartaza@udla.cl

2 Profesional asesor Comisión Reforma Ministerio de Salud. Médico familiar CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, San Joaquín. Profesor Adjunto Departamento de Atención primaria y salud familiar. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

de atención desarrollando programas preventivos en todo el territorio. Las reformas en dictadura militar (1973- 1990), incluyeron normas constitucionales y leyes que segmentan el sistema de salud en dos subsectores que no se complementan adecuadamente (público y privado), fragmenta el SNS en varios servicios descentralizados y entrega el primer nivel de atención a los municipios. De esta realidad, recuperada la democracia, se ha intentado con grandes dificultades alcanzar acuerdos políticos (Artaza y Méndez 2020), para gradualmente avanzar hacia un sistema de salud integrado, centrado en las personas y sus comunidades (Pérez Hernández y cols, 2022) que logre contribuir más efectivamente al bienestar de las personas.

La transición demográfica y epidemiológica, acompañada del incremento de factores de riesgo asociados a los determinantes sociales de la salud, evidencia que gran parte de la población adulta no está accediendo a servicios integrales que los apoyen en mantenerse saludables. El incremento de patologías crónicas alcanza niveles muy superiores a los de los países de la OECD. Esto ocurre tanto en el sector público donde los programas preventivos mantienen un foco materno infantil, como en el sector privado, donde no existen incentivos a la prevención. Nuestro país ha alcanzado una alta expectativa de vida (81,6 años), pero dicha cifra esconde dos grandes desafíos. El primero guarda relación con las diferencias según estrato socioeconómico, género y etnia y el segundo, con la alta carga de enfermedad y poli morbilidad asociada a los años ganados (Albala, 2020; Bilal, Usama, 2019).

Por lo anterior, el Gobierno de Chile ha planteado la necesidad de Universalizar la Atención Primaria (APS), con el fin de que todas las personas, independiente del subsector al que pertenecen, accedan a un sistema cuyo foco sea salutogénico y preventivo a lo largo del curso de vida. Lograr esto, requiere cambios legales y culturales, en el modo como funcionan ambos subsistemas. Por tanto, un importante acuerdo entre los diversos actores incumbentes que participan de la gobernanza del Sector salud. Los primeros pasos en este proceso de transformación han consistido en la generación de un programa pionero de universalización en algunos territorios (municipios) del país, que se ha iniciado con la conformación de un Consejo Asesor Político Social para la universalización de la APS (APS-U). El consejo asesor

está compuesto por exministros de salud de los gobiernos democráticos, que pertenecen a variadas corrientes políticas representativas de todo el espectro, por los representantes de las comisiones de salud del poder legislativo, los alcaldes, los gobernadores, los principales sindicatos de la APS, el colegio médico y la federación de colegios profesionales, la academia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y organizaciones de usuarios. Se espera que este consejo contribuya a generar acuerdos que permitan hacer de esta iniciativa una política de Estado que supere los ciclos políticos. Las comunas pioneras han sido seleccionadas en base a un conjunto de criterios que permitan aprendizajes en distintas realidades urbanas y rurales con el fin de que sirvan para generar aprendizaje que facilite la expansión y sostenibilidad de la política. Se espera que producto de los acuerdos y recomendaciones del consejo asesor y de los aprendizajes de las lecciones aprendidas desde las experiencias pioneras, se pueda iniciar un proceso gradual de escalamiento que universalice la APS en los 345 municipios del país en un periodo no superior a una década (Fábrega y cols., 2023).

ANTECEDENTES SOBRE APS

Entre los principales hitos del sistema de salud sobre el desarrollo de la APS en Chile, destacan la conformación del Servicio Nacional de Salud (SNS, 1952-1979), la reforma que dio origen al Sistema Nacional de Servicios de Salud en 1979, la modalidad de administración municipal de APS desde 1981; la recuperación de la democracia en 1990 y los esfuerzos desarrollados hacia fortalecer el subsector público, y la reforma sanitaria de 2004 (Gattini, 2019). Desde el desarrollo inicial de la seguridad social en salud y el desarrollo del SNS como organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias: fomento de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación se fueron instalando capacidades relacionadas con lo que posteriormente sería definido como APS (Bass, 2019) (Illanes, 2003) (Oficina Central de Planificación de la Candidatura Presidencial del Dr. Salvador Allende, 1964) (Castañeda y cols., 2019).

La APS fue internacionalmente formulada por los líderes políticos, en un momento histórico en el cual el escenario mundial estaba bajo un mundo polar y en guerra fría. La discusión,

propuestas y expectativas de Alma Ata (OPS, 1978), se centraron principalmente sobre los ejes políticos y técnicos de la APS, con la expectativa de que se lograría contar en el mundo con “Salud para Todos para el año 2000”, siendo la APS considerada una herramienta esencial para alcanzar esa meta, la que evidentemente no se cumplió por múltiples razones políticas y económicas, obligando a que el concepto de APS debiera ser revisitado en diversos momentos (OPS, 2007) (Tejada de Rivero 2003) (OPS, 2018) (OPS, 2019). Según la OPS, la APS se desempeña como enfoque estratégico y piedra angular para lograr la salud universal (OPS, 2024) (OPS, 2022). La APS no solo garantiza un mejor acceso a los servicios de salud, sino que también fortalece la resiliencia de los sistemas de salud (OPS, 2022) (OPS, 2021) y fomenta la equidad al abordar integral e intersectorialmente las diversas necesidades de salud de las personas y sus comunidades en todo el curso de la vida, abordando territorialmente los determinantes sociales de la salud (OPS, 2020), adaptando las intervenciones a las realidades locales y aprovechando las fortalezas de las comunidades y la participación social. La consecución de la salud universal está vinculada fundamentalmente con el fortalecimiento de los sistemas basados en la APS (OMS, UNICEF, 2019). El enfoque operacional de la APS (Figura 1), hace hincapié en el primer nivel de atención como núcleo de los servicios de salud integrados, de las políticas y acciones multisectoriales, y del

empoderamiento de la comunidad para promover y desarrollar las funciones esenciales de salud pública (OPS, 2024), el bienestar, la equidad y la eficiencia (Sacks y cols., 2020) (OMS, UNICEF, 2021) (Artaza y cols. 2020).

APS UNIVERSAL (APS-U) EN CHILE

El desarrollo de las comunas pioneras (piloto)

El gobierno decidió iniciar un programa pionero de APS-U, bajo un modelo de atención, cuyos principios rectores son la integralidad, continuidad del cuidado y centrado en las personas, familias y comunidades, que mediante equipos multidisciplinarios de cabecera provee una cartera de prestaciones a partir de un Plan de Salud Familiar complementada con programas de reforzamiento (PRAPS), a toda una población a cargo que se encuentra circunscrita en un espacio territorial específico. La cartera de prestaciones considera acciones sanitarias promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación que aborda todo el ciclo vital de los individuos, familias y comunidades (Figura 2).

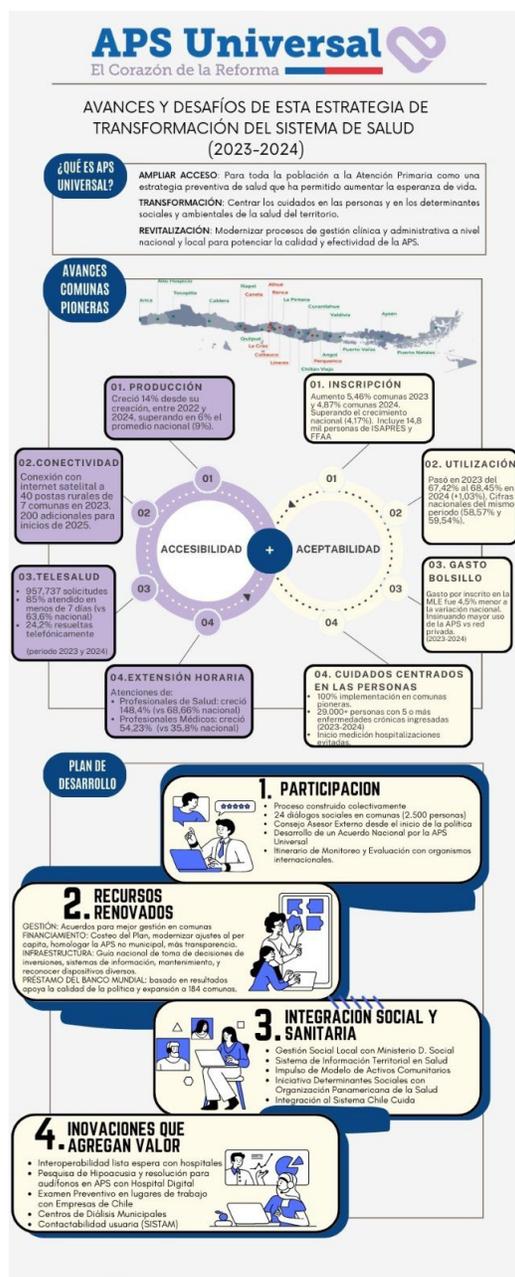
Las comunas pioneras han sido seleccionadas a propósito de su desempeño en indicadores sanitarios, financieros y de representación de la diversidad geográfica de nuestro país (Figura 3), lo cual asegura que estas podrán ser un ejemplo para la escalabilidad del proyecto a lo largo del país. Una vez que la comuna se incorpora al plan progresivo de implementación de APS-U, lo que

Figura 1. Marco operacional para la atención primaria de salud.



Fuente: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción. Ginebra: OMS y UNICEF; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351718/9789240023383-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Figura 2. Infografía APS-U.



Fuente: Minsal, 2025.

se concreta tras la aceptación por parte de la alcaldía, estas pasan a disponer de financiamiento para ampliar la cobertura a toda la población que estudia, vive o trabaja en el territorio. Además, se

planifica la ejecución de estrategias y acciones dirigidas a mejorar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios y se fortalecen aspectos de equipamiento, infraestructura y conectividad (como disponer internet satelital en las postas rurales de modo puedan usar el registro clínico electrónico, revisar exámenes en línea, acceder a las prestaciones del hospital digital, por ejemplo, el hospital digital rural) y trabajar con la gestión remota de la demanda (Telesalud)³ cuyo origen fue el proyecto *teletriage* de OPS. A partir de una habilitación normativa y reforzamiento vía financiamiento desde el Ministerio de Salud, se promueve la inscripción de nuevas personas independiente de su condición de seguridad social de manera que todos los habitantes de un territorio puedan acceder a la cartera de prestaciones habituales de este nivel de atención. Para lo anterior se requiere que las comunas pioneras caractericen a su población a cargo en términos epidemiológicos, trabajen la gestión de la demanda asistencial para avanzar en eficiencia en el manejo de la oferta de servicios e instalen nuevas capacidades como Telesalud, ampliación de la extensión horaria y la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas (ECICEP), clínicas móviles, atenciones extramurales, estrategias de comunicación social, trabajo intersectorial y participación social, entre otras medidas y herramientas.

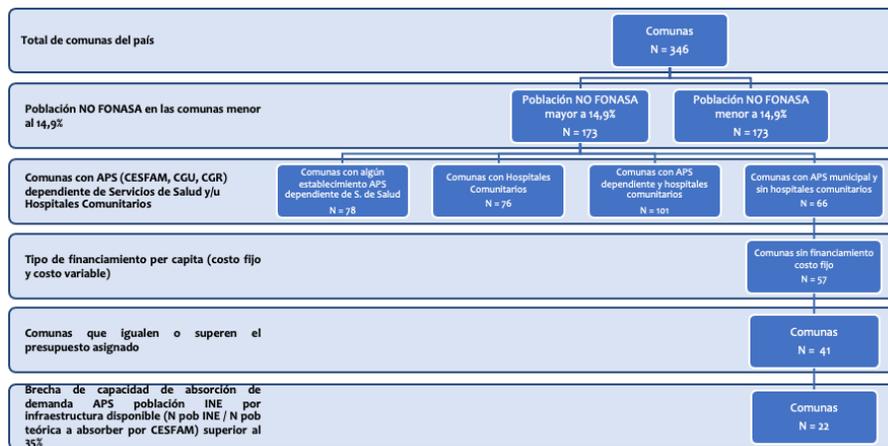
Las 7 primeras comunas pioneras (Canela, La Cruz, Renca, Alhué, Coltauco, Linares, Perquenco), comenzaron a trabajar en la universalización desde Febrero 2023. Estas comunas (actualmente son 28⁴) enfrentaron los desafíos de ser las primeras, ya que el proceso de aprendizaje nos señalaba lo que no se había considerado y que se debía corregir (por ejemplo, todo lo que implicaba la atención en el régimen de garantías explícitas (GES para personas ISAPRE y de las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad). Al inicio, las comunas marcaron algunos hitos comunicacionales como al momento “del primer inscrito” de una persona no beneficiaria del Fondo Nacional de Salud⁵. Otros hitos fueron contar con la conexión satelital a postas de salud rural de las comunas pioneras y el comenzar a usar la plataforma de gestión remota de

3 <https://telesalud.gob.cl/>

4 Arica, Alto Hospicio, Tocopilla, Caldera, Illapel, Quilpué, Chillán Viejo, Curanilahue, Angol, Valdivia, Puerto Varas, Aysén, Natales, La Pintana, Canela, La Cruz, Coltauco, Linares, Perquenco, Alhué, Renca, Chiguayante, Constitución, Quellón, Putaendo, La Cisterna, Quillota y Conchalí.

5 <https://www.latercera.com/nacional/noticia/aps-universal-siete-comunas-inician-proceso-de-inscripcion-de-usuarios-no-fo-nasa-en-la-atencion-primaria-de-salud-municipal/FML3C6KC5VDJBNZGM4TV5XLSJM/>

Figura 3. Diagrama de preselección de comunas pioneras.



Fuente: Minsal, 2022.

la demanda Telesalud (que viene del proyecto *teletriage* de OPS), lo que permite a las personas realizar solicitudes a distancia y solicitar hora de atención de manera remota.

El consejo asesor comienza sus sesiones el 12 de julio 2022. Su primer secretario ejecutivo fue el exsubsecretario Ricardo Fábrega, luego la exministra María Soledad Barría y actualmente dicha función la cumple el exministro Osvaldo Artaza. Durante su funcionamiento ha tenido 15 sesiones ordinarias y 2 sesiones extraordinarias. De manera participativa validó los criterios de selección de comunas el año 2023 y 2024, desarrolló 5 documentos técnicos sobre temas muy importantes para la APS (modelo de cuidados, financiamiento, formación del RRHH, resolutivez y participación social) y a partir de eso formuló un documento de síntesis con 32 propuestas para fortalecer la APS universal⁶.

La principal innovación del programa piloto fue materializar el modelo de cuidados centrado en las personas (ECICEP) (Ponce y cols., 2024) (Figura 4), que busca hacer realidad los principios del modelo de atención integral (MAIS). El centrar la atención en las necesidades de la persona, permite un seguimiento más eficiente y personalizado, contribuyendo al objetivo de mejorar los resultados en salud, particularmente en las personas con mayor complejidad biopsicosocial. Las personas ya no son evaluadas por órganos o programas, sino que fundamentalmente en base a una estratificación de riesgo, colocando énfasis en el principio de estar centrado en la persona, la toma

de decisiones compartidas, la gestión de casos y el seguimiento a distancia. La estrategia de cuidados integrales centrada en la persona (ECICEP) surge como una solución ante el desafío de la multimorbilidad. Previamente las personas eran tratadas de manera fragmentada (de acuerdo con los programas en los que ingresaba), asistiendo sin una visión integral a numerosos controles por sus enfermedades (u órganos del cuerpo afectada) de manera muy ineficiente. La estrategia ECICEP tiene distintos pilares: 1) Categorización: se estratifica a las personas según su nivel de riesgo, desde G0 (sin condiciones crónicas) hasta G3 (con cinco o más condiciones crónicas ponderadas). Existe un agendamiento según su riesgo, y enfoques de cuidado distinto según el riesgo de las personas; 2) Decisiones compartidas: se está capacitando a los equipos en técnicas comunicacionales y de negociación, para apoyar en la toma de decisiones a las personas sobre su propia salud, cambiando el paradigma biomédico clásico en que se impone verticalmente lo que se debe hacer, dando a las personas más autonomía y responsabilidad sobre lo que quieren para su salud; 3) Plan de cuidados integral: que implica una toma de decisiones consensuada entre el equipo de salud y la persona. Este se realiza al final del ingreso y se monitoriza y refuerza en todos los contactos que se tiene con la persona; 4) Gestión de casos: las personas que requieren de una mayor intensidad de los cuidados de la salud, se dispone de una dupla gestora de casos (habitualmente compuesta por una enfermera y una técnico de

6 <https://www.minsal.cl/consejo-asesor-aps-universal/>

Figura 4. Diagrama Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en las Personas.



Fuente: Minsal. 2024.

nivel superior) para realizar un seguimiento más estricto de las personas que requieren más cuidados (diabetes descompensada, diabéticos con úlceras, hipertensos descompensados, personas sin red de apoyo, personas con baja escolaridad, etc.); 5) Continuidad de cuidado en la red de atención: el cual se ha constituido en el principal desafío a mejorar. Para ello se está implementando la estrategia de “navegadores en red” como un proceso de cuidados interniveles, para que existan referentes en los hospitales que ayuden a las personas en su tránsito en los procesos asistenciales en toda la red asistencial, en comunicación con las duplas gestoras de casos de los establecimientos de APS para contribuir a la continuidad de la atención para las personas de más riesgo (G3).

Esencial para las comunas pioneras ha sido también contar con herramientas tecnológicas tales como telesalud y el sistema de información territorial en salud (SITS)⁷, donde se ha georreferenciado todas las comunas pioneras para que los equipos de salud tengan información territorial de las brechas de acceso a establecimientos, riesgos de emergencias y desastres, problemas de salud frecuentes con falta de acceso, coberturas de vacunación, retrasos GES, etc.

Algunos resultados preliminares

Desde el inicio del programa se han podido constatar avances⁸. Según datos del MINSAL, en el año 2024 la producción total en APS superó los 52 millones de atenciones (controles,

atenciones de urgencia y consultas de morbilidad) efectuadas por profesionales clínicos multidisciplinarios, superando la producción histórica y recuperando niveles de actividad por sobre lo perdido en la pandemia durante los años 2020 y 2021. La Tabla 1 muestra un análisis de la producción de APS-U y la variación porcentual en la producción de servicios de salud para todo el país entre 2022 y 2024. En las “Comunas Pioneras” se logra un incremento del 14% en su producción superando el promedio nacional en el mismo periodo, lo que refleja un crecimiento significativo en estas comunas. A nivel nacional, la variación es menor, con un incremento del 9%. Esto sugiere que, aunque hay una tendencia positiva en todo el país, las comunas pioneras experimentarán un avance más marcado en la mejora de la producción de servicios de salud durante este período.

Tabla 1. Producción de APS Universal Variación porcentual basado en el incremento de la producción de servicios de salud (%) 2022-2024.

21 Comunas pioneras	14%
Nacional (excluyendo pioneras)	9%

Fuente DEIS 2024.

El número de beneficiarios de FONASA ha aumentado, de 15.142.528 en 2021 a 16.229.898 en 2024, lo que representa un crecimiento del 7,2%

⁷ <https://sits-esri-minsal.hub.arcgis.com/>

⁸ https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/20241002_panel_minsal.pdf

en el periodo 2021-2024. La población afiliada a la APS en 2024 superó los 15 millones de personas. Si consideramos la proyección INE con base en 2017 para los años 2021 a 2024, la proporción de población inscrita y adscrita a la APS en relación con la población nacional ha aumentado progresivamente, desde un 71,6% en 2021 hasta un 75,4% en 2024, lo que refleja un incremento en la adscripción al sistema público de salud⁹. Las comunas pioneras incorporadas el año 2024 presentan el mayor incremento porcentual en 2024 (5.46%), seguidas por las comunas pioneras del año 2023 (4.87%) y el promedio nacional (4.17%). Esto indica que las estrategias implementadas en las comunas pioneras tienen un impacto positivo, especialmente en las que participaron más recientemente.

La Universalización de la APS ha innovado con la medición de la utilización de servicios, como también, con la ampliación significativa de servicio disponibles en horarios mejor adaptados a las necesidades de diferentes grupos de la población, como son la población laboralmente activa con la atención en horarios extendidos. Un indicador nuevo, que se encuentra en implementación por parte del proyecto de Universalización de la Atención Primaria, y que fue destacada por la Comisión Nacional de Productividad en su informe 2022 (Comisión Nacional de la productividad, 2022), es la utilización de los servicios. Esta se refiere a la cuantificación del uso de servicios de salud al menos en una ocasión por parte de las personas afiliadas a un establecimiento en un ciclo

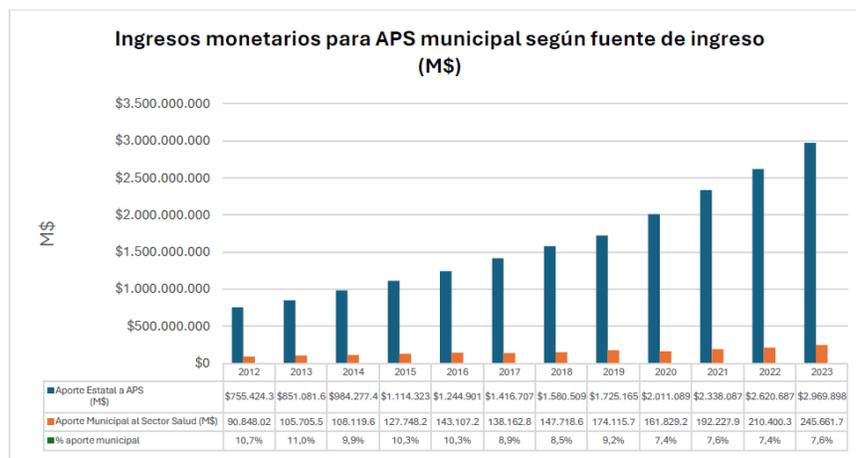
anual, si bien, la frecuencia y el tipo de servicios a los cuales acceden deben ser determinados según sus necesidades. Las comunas pioneras presentan una tendencia al alza, pasando de un 65,36% en 2022 a un 68,45% en 2024, reflejando un aumento en la utilización de servicios. A nivel nacional, el porcentaje es menor, con un valor de 59,54% en 2024, mostrando una brecha constante respecto a las comunas pioneras. Esto sugiere que las comunas pioneras tienen un mejor desempeño en el acceso o uso de servicios en comparación con el promedio nacional.

Desde el punto de vista del financiamiento, durante la última década se observa un aumento gradual en la proporción del aporte estatal a través de las transferencias corrientes, en paralelo se observa una baja global del aporte municipal expresado como porcentaje del total de los ingresos (Figura 5). Este aumento sostenido en el tiempo aún no nos permite alcanzar el umbral de 30% del gasto público hacia la APS señalado en el pacto 30,30,30: APS para la Salud Universal (OPS, 2020) y así generar un claro incremento financiero para las comunas que se van incorporando a APS-U.

DISCUSIÓN Y PERSPECTIVAS

La Atención Primaria de Salud (APS) en Chile es una estrategia nacional basada en cuidados integrales que abarcan todo el curso de vida, desde cuidados prenatales hasta paliativos. Con más de 2.200 puntos de atención y más de 100.000 trabajadores de 10 disciplinas que llega a zonas rurales

Figura 5. Ingresos monetarios para APS municipal, según fuente de ingreso (M\$).



Fuente: EMINSAL 2024, en base a datos obtenidos en www.sinim.cl. Cifras corresponden a valores nominales de cada año.

9 Fuente: INE; FONASA.

y aisladas. La administración es principalmente municipal, aunque también incluye Servicios de Salud y ONGs. Su financiamiento se basa en la per-capitación según la ley 19.378. La APS cubre a más de 15 millones de personas, con más de 52 millones de atenciones clínicas anuales en 2024, resolviendo más del 90% de las consultas médicas sin derivación al nivel secundario.

Desde el año 2022, en Chile se está llevando a cabo la implementación de la APS-U. Esto significa que todas las personas, sin importar el tipo de seguro de salud que tengan, puedan acceder a servicios de salud de calidad cuando lo necesiten. En el corto plazo, el objetivo es facilitar el acceso a consultas de salud, eliminando barreras como la falta de horas disponibles o lugares de atención, para que más personas puedan prevenir enfermedades y anticiparse al daño. A mediano plazo, se busca ofrecer una atención centrada en las necesidades reales de cada persona, considerando tanto sus enfermedades como sus condiciones de vida (lo social), lo que ayudará a prevenir el agravamiento de su condición de salud y hospitalizaciones innecesarias. A largo plazo, se quiere construir un sistema de salud inclusivo, eficiente y resiliente, mejorando la calidad de vida de las comunidades.

El proyecto de APS-U, financiado por el presupuesto nacional y apoyado parcialmente con un préstamo del Banco Mundial de 200 millones de USD¹⁰, se ha estado implementando en 28 comunas pioneras con estrategias que optimizan el acceso y la calidad de los servicios de salud. Estas incluyen mejoras en financiamiento, infraestructura, formación del personal, y la integración de redes asistenciales y multisectoriales. Además, busca articularse con otros ministerios para poder brindar cuidados sociosanitarios. Las 28 comunas pioneras con APS Universal a la fecha representan la diversidad de Chile, la mayoría con altos índices de pobreza, alta dependencia del Fondo Común Municipal y una marcada ruralidad, con desafíos propios de zonas extremas que limitan el acceso a servicios básicos, también las hay con los desafíos propios de los sectores urbanos. Además, cuentan con una población envejecida y empobrecida que requiere resolver sus necesidades sociales y de salud en sistemas de salud y de cuidados robustos y equitativos.

Hasta la fecha, el proyecto piloto ha mostrado resultados prometedores en términos de personas inscritas, accesibilidad y aumento de

productividad. Sin duda serán necesarias mayores investigaciones en ámbitos cuantitativos ligados al impacto sanitario de esta iniciativa, así como evaluaciones cualitativas sobre la percepción de las propias personas y sus comunidades.

Más que nada, será necesario que este proyecto transite de ser un programa piloto para constituirse en una política de Estado que supere los ciclos políticos y cambios de gobierno. Para lo anterior, será clave generar consenso en torno a que en un sistema mixto de prestación de servicios público privado, puede y debe tener como cimiento la estrategia de APS. Para ello es clave distinguir lo que es dicha estrategia de iniciativas de salud administrada o equipos porteros que se han venido explorando en el sector privado para reducir costos. Sin confundir ni reducir lo que es APS, complementariamente a APS-U pueden explorarse distintas prácticas que aumenten efectividad, calidad y eficiencia, teniendo como piso común para toda la población chilena a una APS-U que disponga a través de un financiamiento adecuado, de infraestructura, equipos interdisciplinarios y tecnologías sanitarias para realizar acciones integrales e intersectoriales que contribuyan a sostener y mejorar la calidad de la vida a la población.

REFERENCIAS

- Albala C. (2020). El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31 (1): 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.rm-clc.2019.12.001>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019301191>
- Artaza O., Méndez CA. (2020). Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal de salud. *Rev Panam Salud Pública*, 44:e16. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.16>. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51916/v44e162020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Artaza O, Santacruz J, Girard JE, Álvarez D, Barria S, Tetelboin C, et al. (2020). Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. *Rev Panam Salud Pública*, 44:e83. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.83>

10 <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2023/12/06/chile-moves-towards-universal-and-resilient-primary-health-coverage-with-support-from-the-world-bank>

- Bass, C. (2018). Atención Primaria Fuerte, historia, diagnóstico actual y propuestas para Chile. Artículo de opinión y análisis. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(3), 137–141. Recuperado a partir de <https://cuadernos-ms.cl/index.php/cms/article/view/317>
- Bilal U, Alazraqui M., Caiaffa W., Lopez-Olmedo N, Martinez-Folgar K., Miranda J. (2019). Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. *The Lancet Planetary Health*, 3 (12):e503 - e510. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(19\)30235-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(19)30235-9/fulltext)
- Castañeda, P., Cazorla, K., & Cuevas, K. (2019). A 40 años de la Declaración de Alma Ata. Salud para todos en la Atención Primaria Chilena. *Revista Chilena De Salud Pública*, 22(2), p. 171–178. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2018.53248>
- Comisión Nacional de la productividad (2022). Eficiencia en la gestión de atención primaria de salud. Informe 2022. Disponible en: <https://cnepl.cl/estudios-finalizados/eficiencia-en-gestion-de-atencion-primaria-de-la-salud/>
- Fábrega R, Rubio JP, Artaza O. (2023). Universalización de la atención primaria en Chile. *International Journal of Integrated Care* 23(S1):140 DOI: doi.org/10.5334/ijic.ICIC23140. Disponible en: <https://ijic.org/articles/7950/files/655de0088fee7.pdf>
- Gattini. C. (2019). “Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional Vigencia, experiencia y desafíos”. *Serie Técnica del Observatorio Chileno de Salud Pública*. Escuela de Salud Pública Facultad de Medicina Universidad de Chile. Disponible en: https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/APS_en_Chile_e_Internacional_Gattini_OCHISAP_2019.pdf
- Illanes, M. A., (2003). La revolución solidaria. Las Sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840-1887. *POLIS, Revista Latinoamericana*, 1(5), 0. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500514>
- Oficina Central de Planificación de la Candidatura Presidencial del Dr. Salvador Allende. (2006). Plan de salud, atención médica y medicina social - Chile 1964. 2ª edición. *Cuadernos Médico Sociales*, 46(supl. 1): p.34. Disponible en: <https://www.socialismo-chileno.org/PS/sag/Biblioteca/2/SALUD.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1978). Atención primaria de salud : informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/39244>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Declaración de Astaná. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019). Declaración de Astaná: Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Astaná, Kazajstán: OMS y UNICEF. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328128/WHO-HISSDS-2018.61-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021). Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción. Ginebra: OMS y UNICEF. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351718/9789240023383-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). “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, 2007. Disponible en http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [resolución CD53.R14]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. OPS. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/60812>.
- Organización Panamericana de la Salud (2019). “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición

- revisada. OPS. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud (2020). Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud. OPS. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52717>.
 - Organización Panamericana de la Salud (2020). Pacto 30 • 30 • 30: APS para la Salud Universal. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53926/pacto30_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 - Organización Panamericana de la Salud (2021). Estrategia para el establecimiento de sistemas de salud resilientes y la recuperación en la etapa posterior a la pandemia de COVID-19 a fin de mantener y proteger los logros de la salud pública [resolución CD59.R12]. 59.º Consejo Directivo de la OPS, 73.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 20 al 24 de septiembre del 2021. OPS. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55859>.
 - Organización Panamericana de la Salud (2022). Construir sistemas de salud resilientes para avanzar hacia la salud universal en la Región de las Américas: Enseñanzas de la COVID-19. OPS. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56475>.
 - Organización Panamericana de la Salud (2024). Avances hacia la salud universal en la Región de las Américas: Abordar las necesidades insatisfechas de atención de salud, las brechas en la cobertura y la falta de protección financiera mediante la atención primaria de salud. OPS. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275329474>.
 - Organización Panamericana de la Salud (2024). Estrategia para fortalecer las funciones esenciales de salud pública a fin de acelerar la transformación de los sistemas de salud 2024-2034 [documento CD61/9]. 61.º Consejo Directivo de la OPS, 76.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2024.
 - OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd619-estrategia-para-fortalecer-funciones-esenciales-salud-publica-fin-acelerar>
 - Pérez-Hernández G, Ehrenberg N, Gómez-Duarte I, Artaza O, Cruz D, Leyns C, et al. (2022). Pilares y líneas de acción para los sistemas de salud integrados y centrados en las personas y las comunidades. *Rev Panam Salud Publica*, 46:e48. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.48>. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56068/v46e482022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 - Ponce S., Burgess V., Ganchozo N., Vega M., Mesa D., & León B. (2024). Estrategia de cuidado integral centrado en las personas en un centro familiar de Chile. *Revista Chilena de Atención Primaria y Salud Familiar*, 3. <https://doi.org/10.5354/2735-7805.2024.76604>. Disponible en: <https://rchapsf.uchile.cl/index.php/RCHAPSF/article/view/76604>
 - Sacks, E., Schleiff, M., Were, M., Chowdhury, A. M., & Perry, H. B. (2020). Communities, universal health coverage and primary health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(11), 773–780. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.252445>
 - Tejada de Rivero D. (2003) Alma-Ata: 25 años después. *Revista de la Organización Panamericana de la Salud*, 8. (3). Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/matbiblio/tejada.pdf>