

INDICADORES PARA EVALUAR LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CHILE DESDE UN MARCO DE BIENESTAR: UNA PROPUESTA PRELIMINAR.¹

Rafael Urriola U.² – Julio Sarmiento M.^{3 4}

Indicators for Evaluating Primary Health Care in Chile from a Well-being Framework: A Preliminary Proposal.

RESUMEN EJECUTIVO

Este artículo propone y aplica un marco metodológico para evaluar el desempeño de la Atención Primaria de Salud (APS) en Chile desde la perspectiva del bienestar poblacional. Partiendo de una revisión conceptual que integra las dimensiones de universalidad, calidad, derechos garantizados, satisfacción usuaria y protección financiera, se desarrolla un enfoque inductivo. Esta metodología construye un tablero de indicadores al mapear y reorganizar las métricas operativas existentes del sistema (como las del IAAPS, SIGGES y PRAPS) bajo el marco de bienestar, sin inventar nuevos datos. La aplicación del modelo con información de 2021 revela un desempeño heterogéneo: mientras la satisfacción usuaria con el GES alcanza un 81% y la calidad proxy un 89%, persisten desafíos críticos en la cobertura real (50%), la efectividad en derechos garantizados (55,8%) y la protección financiera (68%). Estos resultados evidencian una paradoja: los usuarios que acceden al sistema reportan buena experiencia, pero las barreras de acceso masivas y las bajas coberturas efectivas constituyen un cuello de botella estructural. Esto genera un círculo vicioso que impacta la eficiencia, reflejándose en un 11% de hospitalizaciones evitables. Se concluye que mejorar el acceso es la palanca fundamental para desbloquear mejoras sistémicas. La viabilidad de este avance depende de una gobernanza robusta que priorice la transparencia, la generación de información pública homogénea y la adopción de instrumentos como la encuesta PaRIS de la OCDE, los cuales permitirían complementar los indicadores administrativos con la perspectiva de los pacientes y orientar las políticas hacia la maximización del bienestar.

ABSTRACT

This article proposes and applies a methodological framework to evaluate the performance of Primary Health Care (PHC) in Chile from a population well-being perspective. Based on a conceptual

¹ Este artículo forma parte de la revista Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB). Revista Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo No 8. Santiago, enero de 2026. En [Revista Sistema de Salud y Bienestar Colectivo N°8 Enero – Abril 2026 – ASOCIACION PARA LA PROMOCION DEL BIENESTAR](#)

² Master en Economía Pública y Planificación U de Paris. Presidente APROB.

³ Médico. Magister en Salud Pública. U. d Chile,

⁴ Los autores agradecen los valiosos comentarios de Nicolás Larraín quien, en todo caso, no es responsable de los errores que pudiese tener este texto.

review integrating the dimensions of universality, quality, guaranteed rights, user satisfaction, and financial protection, an inductive approach is developed. This methodology builds an indicator dashboard by mapping and reorganizing the system's existing operational metrics (such as those from IAAPS, SIGGES, and PRAPS) under the well-being framework, without inventing new data. Applying the model with 2021 information reveals heterogeneous performance: while user satisfaction with the GES reaches 81% and proxy quality 89%, critical challenges persist in real coverage (50%), effectiveness in guaranteed rights (55.8%), and financial protection (68%). These results show a paradox: users who access the system report a good experience, but massive access barriers and low effective coverage constitute a structural bottleneck. This creates a vicious cycle impacting efficiency, reflected in an 11% rate of avoidable hospitalizations. It is concluded that improving access is the fundamental lever for unlocking systemic improvements. The feasibility of this progress depends on robust governance that prioritizes transparency, the generation of homogeneous public information, and the adoption of instruments such as the OECD's PaRIS survey, which would allow complementing administrative indicators with the patient's perspective and steering policies toward maximizing well-being.

I. INTRODUCCIÓN

Hace algunos años que se ha enfatizado la necesidad de evaluar el desempeño de los sistemas de salud en los países producto de las necesidades crecientes y recursos escasos; la destinación de un alto porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) para su financiamiento; exigencias para priorizar áreas o patologías en la asignación de recursos; así como mejorar la gestión general de los sistemas de salud locales o nacionales. Las metodologías propuestas para estas evaluaciones también han sido numerosas y, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tienen un historial de documentos que han contribuido a medir mejor los sistemas de saludⁱ. Con el tiempo se han acumulado conocimientos y conceptos que hoy confluyen en una definición holística de calidad en la provisión de servicios de salud.

A las ideas ya generalizadas de universalidad definidas por acceso, protección financiera y completitud (el cubo difundido por OMS en 2010ⁱⁱ), se agrega un énfasis para calcular cuánto de la carga de enfermedad cubre el sistema o la llamada cobertura vertical (Urriola 2007ⁱⁱⁱ 47-53), así como algunas dimensiones adicionales como satisfacción usuaria (Urriola 2016^{iv}); derechos garantizados en la ley 19.966 de 2005 en Chile y más recientemente, de manera sistemática se ha incorporado un ampliado concepto de calidad.

En efecto, el concepto de calidad empleado en Chile en la reforma de 2005 se refería esencialmente a la acreditación y certificación de los proveedores (ley 19.966). Esto se sostenía en las definiciones que prevalecían en la época (por ejemplo, LAC RSS 1997)^v pero actualmente, el propio concepto tiene una multidimensionalidad más compleja. La OMS^{vi} en 2025 define la calidad de la atención sanitaria (CAS) como: “...el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual”. Asimismo, estableció siete principales factores de medida para la CAS: Efectividad; Seguridad; Centrada en las personas; Oportunidad; Equidad; Integralidad y Eficiencia^{vii}. Estos factores, en todo caso, están presentes en otras dimensiones de la evaluación de la APS.

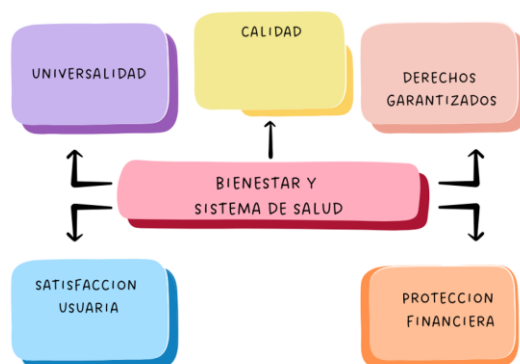
En cuanto a bienestar si bien, no hay una definición única y simple se ha optado por usar la siguiente^{viii}: el bienestar se refiere al estado general de salud y felicidad física, mental y emocional experimentado por un individuo. Implica una interacción dinámica entre factores físicos, psicológicos y

sociales, contribuyendo al sentido general de prosperidad y florecimiento de los individuos en tanto entes sociales. La métrica que relaciona bienestar con salud, entonces, se refiere a los determinantes que, de una parte, favorecen (entorpecen) o aceleran (retardan) el aumento de la esperanza de vida y, de otra parte, que hacen más (menos) saludables los años ganados por la (in) eficiencia en: atención, soporte financiero o social.

En consecuencia, si se especifica, además, la universalidad como el acceso para todos a [todos] los servicios de salud, el sistema “ideal” (de máximo bienestar, aunque restringido al ámbito de la salud) quedaría definido por: un sistema universal⁵, con provisiones de calidad, derechos garantizados⁶, satisfacción usuaria y protección financiera. Este sistema incluiría todas las variables para medir el impacto en bienestar en la población (figura 1). Esta definición es aplicable, tanto para el sistema general de salud como para los niveles que lo componen. En consecuencia, las dimensiones son válidas para examinar desempeño en la APS, en una perspectiva de bienestar. Vale destacar que el Programa de Garantías Explícitas de Salud de Chile (GES) que hasta 2025 cubriría -gratuitamente en el sector público- a 87 problemas de salud cumple con la mayoría de estas características⁷.

El objetivo de este trabajo es desarrollar y demostrar la aplicabilidad de un marco evaluativo basado en el bienestar para la APS en Chile, mediante la construcción inductiva de un tablero de indicadores que reorganice las métricas existentes en cinco dimensiones clave. El anclaje dimensional es el mayor valor de este trabajo porque permite leer la APS no solo por insumos y volúmenes, sino por su contribución concreta al bienestar de la población y a la garantía de los derechos. Todo esto queda explicitado en la figura 1 a continuación.

Figura 1. Dimensiones para medir desempeño de los sistemas de salud en una perspectiva de bienestar.



Elaboración propia.

II) MARCO CONCEPTUAL Y DIMENSIONES DEL BIENESTAR EN LA APS

⁵ Que incluye promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

⁶ Los usuarios pueden exigir respuestas al poder público para satisfacer sus demandas de salud incluidas en las garantías explícitas.

⁷ Cabe, por cierto, precisar que cubre solo parcialmente incluso algunas de las 87 patologías.

Realidad Operativa de la Atención Primaria de Salud en Chile

La APS no tiene un límite único y permanente de prestaciones de salud, sino constituye un “*perímetro incremental*” que depende tanto del progreso científico como de la estructura del sistema y los recursos disponibles en cada país o territorio. En los hechos, la APS comenzó organizándose como atención ambulatoria no quirúrgica basada en controles o atenciones generales, que fue ampliándose con atenciones quirúrgicas ambulatorias (por ejemplo, cataratas o cirugía dental). Prueba de ello es como los sistemas de salud de América Latina y el Caribe (ALC) en cuanto a universalidad han comenzado por priorizar la APS y, en particular (al interior de ésta), la salud reproductiva materno-infantil para luego continuar con la salud a través de todo el ciclo de vida que ha incluido, paulatina y persistentemente, a las personas mayores⁸ y sus demandas específicas de salud que aumentan por su creciente proporción en la población global de cada país.

La OPS (2024) ha creado un tablero de indicadores^{ix} para los sistemas de salud basados en la APS subdivididos en capacidad, desempeño e impacto que, por lo demás, es compatible con el marco de Donabedian (1997)^x que propone tres componentes para evaluar la CAS, a saber: el de estructuras (inputs); el de procesos y el de resultados (outcomes). Un ejercicio similar y complementario ha desarrollado la OCDE (2024)^{xi}. Más recientemente se ha conocido el WHO-5 Well-Being Index^{xii} que es un cuestionario breve desarrollado por la OMS para evaluar el bienestar psicológico. (tiene 5 ítems o preguntas que miden aspectos positivos del estado de ánimo y el bienestar en las últimas dos semanas los cuales se responden en una escala tipo Likert). Recordar la existencia de estos modelos tiene por propósito mostrar que los indicadores resultantes en este documento han sido cotejados con abundante bibliografía previa.

La principal vía de financiamiento público que sostiene el perímetro APS en Chile en una proporción del 75% aproximadamente, se basa en la canasta descrita en el Plan de Salud Familiar (PSF) que integra un conjunto de prestaciones y/o acciones de salud para diversas necesidades de las personas en el curso de sus vidas, las cuales pueden agruparse en los siguientes programas: salud de niñas/os, salud de adolescentes, salud de adultas/os, salud de adultas/os mayores, salud de la mujer, actividades con garantías explícitas en salud (GES) y, finalmente, un conjunto de exámenes y actividades generales. Estos programas, junto a los de reforzamiento, que aportan con un 25% adicional del financiamiento estatal, incluyen actividades diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, así como de promoción, educación y prevención en materia de salud. También puede atender ciertas urgencias. Por ejemplo, en 24 de los problemas GES de Chile, las garantías son de ejecución mayoritariamente en atención primaria. Los problemas de salud GES tratados en APS incluyen:

1. **Enfermedades crónicas no transmisibles:** Diabetes Mellitus tipo 2 (control y seguimiento); Hipertensión arterial (diagnóstico y manejo)⁹; Epilepsia no refractaria (control en adultos y niños); Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (estabilización y seguimiento); asma bronquial.

⁸ Mayores de 60 años en ALC y mayores de 65 años en el marco OCDE. La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, fue declarada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre del 2020

⁹ Como se verá en la sección siguiente, los indicadores IAPPS que se exigen en los establecimientos de APS distan bastante del 100% que exige el sistema de garantías GES.

2. **Salud mental:** Depresión en personas de 15 años y más (detección y tratamiento); Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas (intervención breve y derivación); epilepsia no refractaria en menores de 15 años.
3. **Salud infantil y adolescente:** Prematurez (seguimiento del recién nacido prematuro); Infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 5 años (manejo inicial); Obesidad infantil (prevención y tratamiento).
4. **Salud de la mujer:** Cáncer de mama (detección precoz mediante mamografía en mujeres de 50 a 59 años); Cáncer cervicouterino (toma de PAP y seguimiento); Anticoncepción (incluida la anticoncepción de emergencia).
5. **Infecciones y enfermedades transmisibles:** VIH/SIDA (diagnóstico, control y tratamiento antirretroviral); Tuberculosis (detección y tratamiento supervisado).
6. **Problemas de visión y salud bucal:** Cataratas (detección y derivación); Urgencias odontológicas ambulatoria (alivio del dolor e infecciones).

La APS en estos casos concurre con: el diagnóstico inicial; el tratamiento farmacológico y no farmacológico (por ejemplo, en lo referente a hipertensión); seguimiento y control; y, cuando es necesario, con la derivación a especialistas de la atención hospitalaria. Sin embargo, el GES adolece de completitud en numerosas de sus patologías. Entonces, en cuanto a la universalidad formal en el sistema sanitario general, la cobertura en Chile se logra en: i) la atención materno infantil y en prevención de personas mayores (en el nivel APS); ii) en las patologías GES tal como son definidas legalmente (a lo cual habría que agregar la cobertura de la llamada Ley Ricarte Soto); y, iii) en las atenciones de urgencia. No obstante, la tasa de cobertura real en APS es de aproximadamente 50%. En 2022, por ejemplo, el 10% de la población (1,5 millones de personas) habita a más de 5 km distancia de un consultorio, tramo que toma una hora a pie, desincentivando la accesibilidad y continuidad en la atención del nivel. (CNEP 2022)^{xiii}.

En cuanto al gasto de bolsillo, la protección financiera ha quedado cubierta al 100% en el sector público luego de la promulgación de la decisión del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) de septiembre de 2022^{xiv} aunque debe tomarse en cuenta la fracción de uso de prestaciones privadas por parte de beneficiarios del sistema público por no tener acceso oportuno en el sistema público.

La satisfacción usuaria con respecto al GES (gráfico 1) supera a la notación de satisfacción usuaria general que la población otorga al sistema de salud. De acuerdo con estos resultados la opinión favorable al GES (notas 5 a 7) alcanza al 70,6% de la población pudiendo aumentar a 81% si se excluye al 12,8% que no tiene opinión del Programa. Ahora bien, con la ley de derechos y deberes aprobada en 2012, los Centros de Salud Familiar (CESFAM) deben hacer una encuesta anual y analizar sus resultados. Esta tarea está incorporada en el programa de universalización. Además, existe la encuesta del trato al usuario que se asocia a incentivos monetarios (bonos). En todo caso no existe una encuesta única homogénea, nacional que permita evaluar al subsistema APS como un todo. Como sea, las críticas generales de la población al sistema de salud público se refieren esencialmente a las listas de espera que corresponden sobre todo a atenciones de especialidades y cirugías no cubiertas por el GES.

Gráfico 1. Notación de evaluación GES (siendo 1 muy malo y 7 muy bueno)



Fuente: Sygnos Analytics (2025). En Sandoval (2025)^{xv}

Los indicadores en la APS en Chile

En el sistema sanitario chileno se construyen numerosos indicadores orientados principalmente a evaluar la actividad de la APS, no obstante, estos indicadores no son suficientes para evaluar desempeño y calidad en la APS. Entre las razones esgrimidas por el informe de la CNEP (2022) se explicitan: falta de claridad en la relación entre indicadores y resultados de salud y la poca transparencia en la publicación de los resultados.

Indicadores de la actividad de la APS:

- Desempeño Colectivo Ley N°19.813, referente a metas sanitarias y de mejoramiento de la atención.
- Índice de la Actividad de la Atención Primaria (IAAPS)
- Indicadores de los Programas de reforzamiento: monitoreo de prestaciones. (PRAPS)
- Registro REM: registro basado en las acciones que se realizan en atención primaria
- Registro SIGGES: registro basado en las prestaciones GES
- Reportes a Contraloría General de la República: balance de lo transferido versus lo ejecutado
- Indicadores de creación local^{xvi}

Asimismo, en cuanto a calidad, durante un tiempo se pensó que la falta de direccionalidad de los incentivos a los prestadores de salud ya sean individuales o institucionales, era motivo de ineficiencia en el sector. Estudios posteriores (WHO 20xvii; Urriola y Larraín 20xviii) han mostrado que las llamadas compras estratégicas a proveedores, por sí solas, no son suficientes para mejorar la calidad del sistema. Incluso, ciertos incentivos de esta naturaleza influyen más bien sobre la cantidad, pero no sobre la calidad de la

atención. Se ha verificado que los prestadores reaccionan frente a estos incentivos, en ciertos momentos, descartando o postergando la atención de los grupos vulnerables (con altas tasas de comorbilidades y de factores de riesgo sanitario asociados a los determinantes sociales) o de las zonas alejadas.

Dentro de los incentivos para mejorar la calidad y eficiencia se han considerado tanto los mecanismos de financiamiento de la APS (el per cápita basal; los Programas de Reforzamiento de la APS (PRAPS); los aportes desde los municipios; y, los indicadores de actividad en la APS (IAAPS)). Sin embargo, se ha demostrado que hay poca relación entre estos indicadores y los resultados de calidad o desempeño. Incluso, los incentivos de desempeño que se encuentran en los indicadores habituales son poco exigentes en términos de cobertura. *“El exigir transparencia, evidencia y pertinencia en estos términos implica para MINSAL, tener que demostrar que realizan un ejercicio adecuado de identificación y priorización de los indicadores y fijación de metas. Este ejercicio rutinario induce a orientar de manera más eficiente los recursos disponibles”* (CNET 2022: 92)

III. METODOLOGIA

Partiendo del análisis de la sección II, que define la APS en Chile como un “perímetro incremental” dinámico compuesto por programas específicos a lo largo del ciclo de vida (salud infantil, adolescente, adulto, adulto mayor y de la mujer) y un conjunto de actividades que abarcan desde la promoción hasta el manejo de patologías GES, se propone una metodología inductiva para la construcción de indicadores de bienestar. Esta propuesta metodológica inicia con la identificación y desagregación de estos componentes operativos concretos de la APS descritos —como el control de hipertensión, la vacunación, la anticoncepción en adolescentes o el seguimiento de diabetes— para, a partir de ellos, rastrear y seleccionar los indicadores de proceso y resultado ya disponibles en los sistemas de información institucionales (como el IAAPS, los registros REM, SIGGES y los indicadores de los PRAPS). El paso inductivo crucial consiste en mapear y agrupar sistemáticamente estos indicadores existentes bajo las cinco dimensiones analíticas del marco de bienestar previamente definido (universalidad, calidad, derechos garantizados, satisfacción usuaria y protección financiera). De este modo, se construye un tablero integral de evaluación que no inventa nuevas métricas, sino que reorganiza y da sentido de bienestar a los datos ya producidos por el sistema, permitiendo medir de forma concreta cómo las acciones específicas de la APS contribuyen, o no, al bienestar de la población. Esta aproximación asegura que la evaluación esté anclada en la realidad operativa de la APS chilena y utilice la información disponible, al tiempo que la interpreta a través de una lógica de resultados en bienestar.

IV. RESULTADOS

En esta sección se construye un resultado general con los indicadores disponibles que permiten medir impactos de bienestar por acción de la APS. Es necesario enfatizar que cada dimensión de los componentes de bienestar tendrá sus propios indicadores, a modo de ejemplo, se ilustran los resultados que fueron reportados por la CNEP (2022) referidos al año 2021 y otras fuentes de ese mismo año.

- i) **Universalidad (de acceso).** Proporción de personas que son cubiertas. Diferenciándose entre cobertura formal y real. Este sistema de indicadores y sus detalles puede verse en Urriola y Madrid (2009)^{xix}. En este ejemplo se usa el valor de Fonasa¹⁰ explicitado en la CNEP (2022).

¹⁰Solo se consideran los afiliados al seguro público de salud (Fonasa) porque el sistema privado (Isapres) no separa planes de las prestaciones por niveles. En todo caso, el sistema público cubre al 85% de la población.

“el 10% de la población (1,5 millones de personas) habita a más de 5 KM de distancia de un consultorio, tramo que toma una hora a pie, desincentivando la accesibilidad y continuidad en la atención del nivel. Este último desafío no es fácil de abordar en el corto plazo, dada la brecha existente”. Agregando “La tasa de cobertura de la APS en Chile es de aproximadamente 50%, mientras que los referentes internacionales sugieren tasas por sobre el 65%”.

- ii) **Derechos garantizados.** Una vez “descontadas” las personas que tienen dificultades de acceso es posible suponer que los derechos garantizados quedan explicitados en las metas relevantes de los indicadores IAPPS como se observa en la tabla siguiente.

Tabla 1. Metas de indicadores IAAPS en APS (2021)

Meta N° 11: Cumplimiento GES cuyas acciones son de ejecución en APS (100%)
Meta N° 12: Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso (80%)
Meta N°13: Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo (90%)
Meta N° 14: Cobertura de método anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad (25%)
Meta N° 15: Cobertura efectiva de Tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años (30%)
Meta N°16: Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial (54%)

Fuente: Minsal

Los objetivos en los IAPPS que no cubren a la totalidad de la población inscrita en APS representarían un indicador de cobertura de carga de enfermedad en las variables centrales inferior a 100%. El valor tomado para esta dimensión resulta del promedio de las coberturas explicitadas en las metas de la tabla, es decir, 55,8%. Este promedio bajo (55,8%) refleja que, incluso para quienes tienen acceso, las coberturas efectivas para condiciones clave como diabetes o uso de anticonceptivos en adolescentes son muy bajas. Esto indica una brecha importante en la capacidad del sistema para abordar la carga de enfermedad.

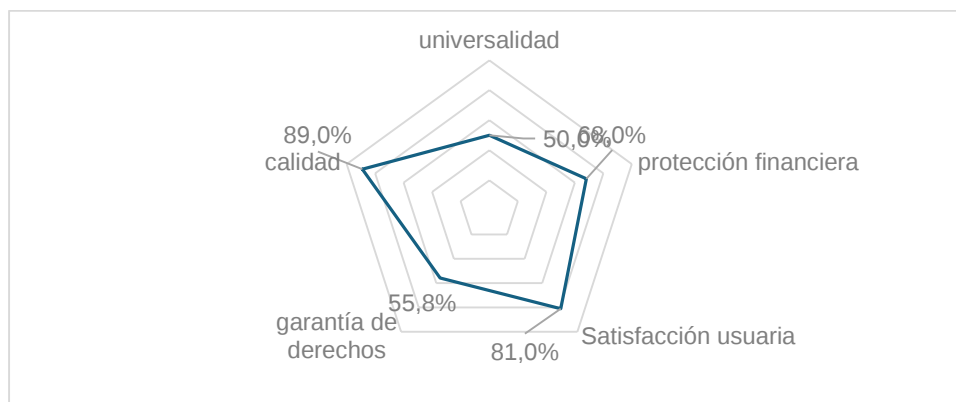
- iii) **Cobertura financiera.** La atención es gratuita en APS. No obstante, hay carencias, especialmente, en medicamentos y en urgencias no letales o atenciones no oportunas que obligan a los usuarios a buscar provisión privada pagada. En efecto, un estudio de la UDD^{xx} recordaba que *“las personas que están en Fonasa pueden adquirir sus medicamentos en el consultorio u hospital. Sin embargo, no fue la conducta más practicada. En las personas beneficiarias en Fonasa, el 49% marcó que prefirió durante este año ir a la farmacia para conseguirlo más rápido. Sólo el 36% de ellos dijo que fue al consultorio a retirarlo e igual porcentaje (36%) afirmó también que lo consiguió en la feria”.* “Estos resultados van de la mano con lo que presentó Fonasa el año 2024 en una encuesta en donde 38% de beneficiarios

Fonasa dijeron que no adquirieron sus medicamentos en el consultorio u hospital. El 32% de ellos dijo que optó en comprarlos para obtenerlos más rápido”. Así, se adopta como valor proxy de cobertura financiera en este documento $(1-32\%) = 68\%$. Esto muestra una falla en la oportunidad de la provisión gratuita.

- iv) **Satisfacción usuaria.** No existen evaluaciones globales sobre satisfacción usuaria en APS. Requeriría algún sistema de encuestas sobre el tema. Como valor proxy se tomó la encuesta de Sygnos de 2025 sobre la satisfacción usuaria con el GES en 2025 (81%, ver supra).
- v) **Calidad.** Se ha considerado que el indicador proxy de calidad más representativo disponible es el de hospitalizaciones evitables. De acuerdo con CNET (2022) *“1 de 3 hospitalizaciones evitables termina con la persona fallecida y éstas en conjunto generan un gasto anual a nivel hospitalario equivalente al 10% del presupuesto APS para 2022 (alrededor de 300 millones de dólares). A nivel de egresos anuales, las hospitalizaciones evitables representan cerca del 11% de estos, y utilizan alrededor del 20% de los días-cama. A modo de ejemplo, el 20% de días-cama utilizados por estos casos equivale al uso promedio de días-cama de 69 mil egresos quirúrgicos programados, cercano al 25% de los casos en lista de espera quirúrgica a noviembre de 2021. A diferencia de otros miembros de la OCDE, en Chile no solo hay hospitalizaciones evitables por causa de enfermedades crónicas, sino también por situaciones agudas de baja complejidad (un 56% del total)”*. Esta dimensión reúne diferentes variables y, por lo tanto, indicadores específicos para cada variable lo que le otorga una mayor relevancia en términos de resultados y de bienestar. El indicador que se usará será 100 menos el porcentaje de hospitalizaciones evitables, o sea $100 - 11\% = 89\%$.
- vi) **Equidad:** la provisión de servicios no difiere en calidad por el género, raza, etnicidad, casta, ubicación geográfica o estatus socioeconómico de los pacientes. No obstante, las inequidades provienen de que en las comunas que viven personas de mayores ingresos la municipalidad hace aportes importantes a la salud generando amplias desigualdades en la atención según comuna. Se define el factor de inequidad como $1 - \%$ de aporte municipal a salud, es decir, 97%. Este indicador no se incluye en el modelo, aunque podría ampliarse a otros aspectos de inequidad en un análisis posterior más fino.

Con los indicadores de estas dimensiones se ha construido el gráfico 2 que establece las valoraciones útiles para evaluar el impacto en bienestar de las acciones en APS. Los indicadores fueron contruidos de tal manera que el cumplimiento del 100% implicaría un máximo de bienestar para los usuarios. La diferencia entre el valor detectado y el 100% da cuenta del espacio para mejorar en la gestión de los resultados de las actividades.

Gráfica 2. Resultados de desempeño de la APS en la perspectiva de bienestar (2021 o años próximos)



Elaboración propia

VI. DISCUSIÓN

Este trabajo, en las primeras secciones hizo una recopilación conceptual y metodológica que permite definir los indicadores relevantes para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud en la perspectiva del bienestar que ha desarrollado APROB en varios documentos. Las variables resultantes fueron: **universalidad, provisiones de calidad, derechos garantizados, satisfacción usuaria y protección financiera**, sin perjuicio de otras agrupaciones y segmentaciones de variables que puedan hacerse en otras perspectivas.

El sistema de APS en Chile, según este análisis, puede usar los mismos indicadores, aunque presenta una paradoja: para los usuarios que logran superar las barreras de acceso y recibir sus prestaciones (especialmente las GES), la experiencia es de relativamente alta calidad y satisfacción (dimensiones 4 y 5). Sin embargo, el sistema presenta problemas estructurales profundos en sus dimensiones fundamentales: el acceso universal es bajo (50%) y la cobertura de servicios esenciales es deficiente (55,8%), lo que se traduce en una carga evitable para el sistema hospitalario y en incrementos en el gasto de bolsillo para los usuarios.

La baja cobertura real (dimensión i) es probablemente la causa raíz que afecta el desempeño en las otras dimensiones. Si solo la mitad de la población usa activamente la APS, es más difícil lograr altas coberturas en derechos garantizados (dimensión ii) y se subestima la presión por mejorar la oportunidad (que afecta la cobertura financiera, (dimensión iii) y la efectividad clínica para prevenir complicaciones (que impacta la calidad, (dimensión v).

Al momento de buscar los indicadores trazadores sobre las variables escogidas se encontró que: en la mayoría de los casos no existen series estadísticas oficiales; las bases de datos no son de acceso público; y, resulta difícil proyectar los valores para hacer un seguimiento. Este hallazgo coincide con la evaluación realizada por la Comisión Nacional de Productividad acerca de la APS en 2022. Esta Comisión entregó 56 recomendaciones de reformas en el marco de la gestión de la APS. El informe 2022 indicó *“La determinación del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud asociado al aporte estatal debe explicitar sus fundamentos. En este sentido, debe especificar, al menos, evidencia y pertinencia de indicadores y metas nacionales. La información que sustente el índice debe mantenerse a disposición del público de manera permanente, al menos, a través del sitio web del Ministerio de Salud y actualizarse, al menos, una vez al año”*.

En 2024 la CNEP realizó para el Congreso Nacional una evaluación de los cambios sugeridos por el Informe de 2022 a fin de que se tomara en consideración para el presupuesto de la Nación 2025. Los resultados fueron magros^{xxi}: *“Al evaluar el avance de las 56 medidas generadas por las 36 recomendaciones del estudio, se observa que el 52% no han sido abordadas, un 36% muestran un avance parcial y un 13% han sido acogidas completamente por el Ministerio de Salud”*.

Llama la atención que la mayoría de las sugerencias de la CNEP no implicaban recursos adicionales sino acciones relacionadas con la gestión del sistema lo que concierne al ámbito de la gobernanza (66%) y un 57% de ellas apuntan directamente a la eficiencia de la prestación de servicios, o sea a los resultados en el bienestar de la gente (Sugg 2024).

Chile en el próximo ciclo de PaRIS* presenta una oportunidad

La eventual participación de Chile en PaRIS sería un salto cualitativo: PaRIS mide PROMs y PREMs en personas pacientes de APS, comparables internacionalmente, con foco en persona-centredness, coordinación y resultados percibidos.

Integrar PaRIS al marco de un informe sobre evaluación de desempeño en APS permitiría:

- Benchmarking internacional y validación externa del tablero chileno.
- Enriquecer la capa de experiencia y resultados reportados por pacientes
- Vincular (bajo estándares de gobernanza e interoperabilidad) PaRIS-PROMs/PREMs con registros administrativos (IAAPS/REM/SIGGES) para explicar brechas de bienestar.

*el Proyecto PaRIS (Patient Reported Indicator Surveys) es una iniciativa global liderada por la OCDE cuyo objetivo es medir los resultados y la experiencia en salud, especialmente en atención primaria desde la perspectiva del paciente con foco en personas con enfermedades crónicas.

V. CONCLUSIONES

Con todo, en la sección III de este documento, se usaron datos de 2021 o próximos a esa fecha para construir lo que podría ser un modelo de indicadores de bienestar en APS en Chile. Se presentan los resultados con el objeto de destacar la importancia de disponer de este tipo de tableros a fin de precisar las políticas públicas de mayor relevancia para mejorar el bienestar de la población. De todo ello se concluye la urgencia de mejorar la gobernanza en el sector, pero sobre todo mejorar el acceso a las prestaciones, lo que podría incidir significativamente en la mejora de otras variables.

La aplicación del modelo propuesto, mediante el uso de datos proxy, revela una brecha crítica entre los derechos formales y su realización efectiva. La baja cobertura real de la APS, estimada en torno al 50%, actúa como un cuello de botella estructural que subyace a los desempeños deficientes en dimensiones clave como los derechos garantizados (55,8%) y la protección financiera (68%). Esta situación genera un círculo vicioso: la limitada accesibilidad desincentiva la demanda y la continuidad del cuidado, lo que a su vez repercute en la oportunidad de las intervenciones, aumenta la probabilidad de complicaciones (reflejada en el 11% de hospitalizaciones evitables) y desplaza el gasto hacia los bolsillos de los usuarios.

Por tanto, mejorar el acceso no es solo una meta independiente, sino la palanca principal para desbloquear mejoras sistémicas en calidad, eficiencia financiera y, en última instancia, en los resultados de bienestar.

La necesidad de una gobernanza robusta y transparente se hace ineludible para abordar este desafío. El modelo presentado, pese a sus limitaciones por el uso de datos proxy y la falta de series oficiales homogéneas, cumple una función diagnóstica esencial al hacer visible esta interrelación causal. Su verdadero potencial, sin embargo, solo se materializará con un compromiso institucional firme por generar, sistematizar y publicar información de calidad de manera regular y accesible. La adopción de iniciativas como la encuesta PaRIS de la OCDE, centrada en los resultados reportados por los pacientes (PROMs) y sus experiencias (PREMs), ofrecería una capa de evidencia fundamental para complementar los indicadores administrativos y calibrar las políticas públicas con una perspectiva centrada en las personas. Solo a través de una medición rigurosa, un monitoreo continuo y una rendición de cuentas clara se podrá orientar la gestión y la asignación de recursos hacia las intervenciones que efectivamente maximicen el bienestar de la población a través de una APS resolutive, oportuna y equitativa.

REFERENCIAS

-
- ⁱ Organización Panamericana de la Salud. Tablero de indicadores para sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud. En [Tablero de indicadores para sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)
- ⁱⁱ World Health Organization. The World Health Report 2010. Geneva: WHO; 2010.
- ⁱⁱⁱ Urriola R, editor. Protección social en salud en Chile. Santiago: Fonasa; 2007. p. 47-53
- ^{iv} Urriola R. El derecho a la salud: aspectos conceptuales y operacionales. Santiago: Colección Ideas, Chile 21; 2016.
- ^v Knowles JC, Leighton C, Stinson W. Indicadores de medición del desempeño del sistema de salud. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (LAC RSS); 1997. Patrocinado por USAID y OPS.
- ^{vi} World Health Organization. Quality of care [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 May 7]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/quality-of-care>
- ^{vii} World Health Organization; World Bank; OECD. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: WHO; 2018.
- ^{viii} Urriola R. Salud y bienestar: ¿qué debemos medir? Rev Sistemas Salud Bienestar Colect. 2023;1(1)
- ^{ix} Organización Panamericana de la Salud. Tablero de indicadores para sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Washington (DC): OPS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/tablero-indicadores-aps>
- ^x Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? Archives of Pathology & Laboratory Medicine. 1997;121(11):1145–50.
- ^{xi} Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé: Un cadre renouvelé. Paris: OCDE; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/04e8cdb9-fr>
- ^{xii} World Health Organization. The World Health Organization – Five Well-Being Index (WHO-5). Geneva: WHO; 2024.
- ^{xiii} Comisión Nacional de Evaluación y Productividad. Eficiencia en la gestión de atención primaria de salud (APS). Santiago: CNEP; 2022.
- ^{xiv} Gobierno de Chile. Copago cero [Internet]. Available from: <https://www.gob.cl>
- ^{xv} Sandoval H. A 20 años del “AUGE-GES”: evaluación de una política pública transformadora en salud en Chile. Rev Sistemas Salud Bienestar Colect. 2025;6. Available from: <https://aprobienestar.cl/revista-sistemas-de-salud-y-bienestar-colectivo-n6-mayo-de-2025/>
- ^{xvi} Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en red 2022. Santiago: MINSAL; 2021.
- ^{xvii} World Health Organization (2022). Exploring the role for strategic purchasing instruments to support improvements in the quality of care. World Health Organization. Exploring the role for strategic purchasing instruments to support improvements in the quality of care. Geneva: WHO; 2022.
- ^{xviii} Urriola R, Larrain N. Effect of the payment mix for primary care services on the quality of chronic care in Chile: case study. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- ^{xix} Urriola R, Madrid S. Indicadores para evaluar la protección social de la salud (caso de Chile). Santiago: OPS/OMS; Fondo Nacional de Salud; 2009.
- ^{xx} Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud. El 88% afirma que el desembolso en medicamentos ha sido un gasto importante durante 2022. Santiago; 2022.
- ^{xxi} Sugg D. Análisis de la implementación de las recomendaciones efectuadas por CNEP para la Atención Primaria en 2022. Informe final. 30 septiembre 2024.

