



OBSERVATORIO
DE SALUD PRIMARIA

AMUCH
ASOCIACIÓN DE MUNICIPALIDADES DE CHILE

**MUNICIPIOS Y
ATENCIÓN PRIMARIA:
CAPACIDADES,
BRECHAS Y
SOSTENIBILIDAD
DEL SISTEMA**

ABRIL 2026



www.amuch.cl |



**MUNICIPIOS Y
ATENCIÓN PRIMARIA:
CAPACIDADES,
BRECHAS Y
SOSTENIBILIDAD
DEL SISTEMA**

ABRIL 2026

Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH)
Observatorio de Salud Primaria AMUCH
Área de Estudios
Coordinador del estudio: Valentín Valdés Zenteno
Santiago de Chile, abril de 2026.

Índice

Introducción	4
Aproximación Teórica	5
• Antecedentes Generales: El Sistema de Salud Chileno	5
• Antecedentes Históricos: Surgimiento del Sistema de Atención Primaria de Salud como Eje	6
• Alma-Ata y Cambio de Paradigma Internacional	7
• Experiencia Nacional	7
• Resultados del Sistema APS en Chile: Logros y Desafíos	9
• Indicadores de Salud Mejorados y más Equitativos	9
• Alta cobertura de acciones sanitarias relacionadas con APS	9
• Financiamiento y Administración de Recursos de los Centros APS	9
• Dotación de Médicos e Infraestructura	9
• Resolutividad	10
• Hospitalocentrismo	10
• Sistema de información fragmentado	10
Metodología	11
Análisis de Resultados	14
Institucionalidad Municipal	14
Recursos Financieros	20
Recursos Humanos	43
Infraestructura y Equipamiento	50
Síntesis Resultados	63
Conclusiones y Reflexiones	70
Bibliografía	72

Introducción

El Sistema de Atención Primaria de Salud (APS) consta de uno de los pilares fundamentales del Sistema de Salud Pública, siendo considerado como el punto de acceso al Sistema de Salud. Siguiendo esto, el correcto funcionamiento de este nivel se encuentra profundamente relacionado con un buen funcionamiento de los secundarios y terciarios, al ser los pacientes teóricamente derivados del primer nivel hacia los demás. En el contexto nacional este nivel se encuentra administrado casi en su totalidad por los municipios, lo que implica diferencias en lo que respecta al manejo y funcionamiento de los centros dependiendo de la comuna. A partir de esto se torna imperativo analizar el funcionamiento del sistema de APS en su totalidad, considerando además la crisis hospitalaria que transcurre en el país, particularmente ligada a las listas de espera.

Así, el propósito del siguiente informe es caracterizar de manera íntegra las condiciones del sistema de APS en lo que respecta a su institucionalidad, cobertura, financiamiento, infraestructura, y personal, con el sentido de crear una herramienta de análisis que pueda asistir a los tomadores de decisiones en los respectivos municipios. Se eligen aquellas áreas de análisis debido a que son más bien generales, y la intención del documento es hacer una descripción general.



Aproximación Teórica

En orden de cumplir los objetivos dispuestos es necesario realizar una breve descripción de la estructura sanitaria del país. En ese sentido, se presentan algunos antecedentes generales respecto al sistema de salud del país, para luego describir el proceso de levantamiento de la salud primaria como eje fundamental de este sistema. Por último, se presentan los logros desde su instalación, en conjunto con los desafíos que presenta en la actualidad.

- **Antecedentes Generales: El Sistema de Salud Chileno**

En base a lo señalado por la Organización Mundial de Salud (OMS), se entiende como sistema de salud al “conjunto de organizaciones, personas, y acciones cuya finalidad primordial es promover, reestablecer, o mejorar la salud de la población” (World Health Organization, 2000, pág. xi). Estos poseen seis funciones fundamentales; primeramente, asegurar el financiamiento, el personal, y la prestación de servicios de salud. Asimismo, es su deber el proveer a la población con tecnología de salud (medicamentos, vacunas, procedimientos, entre otras cosas), mantener un sistema de información de salud, y, por último, liderar la conducción de la totalidad del sistema, centrado siempre en el bienestar de las personas (Aguilera Sanhueza, 2019).

El sistema del país es de carácter mixto en lo que respecta al financiamiento, aseguramiento, y provisión de servicios, permitiendo a los usuarios elegir entre aseguradoras y prestadores públicos y privados (Cardemil, 2022). Sin embargo, se calcula que alrededor del 80% de la población se encuentra afiliada al sistema de previsión público de salud (FONASA) (Gobierno de Chile, 2024).

En términos organizacionales, el sistema lo encabeza el Ministerio de Salud (MINSAL), compuesto por 2 Subsecretarías y 16 Servicios Regionales Ministeriales (SEREMI), y actúa como ente rector regulador a cargo de la definición y del monitoreo de políticas y objetivos sanitarios nacionales, en conjunto con la coordinación de las redes asistenciales en todo nivel (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2025). Cumple, también, labores de fiscalización, en conjunto con el Instituto de Salud Pública y la Superintendencia de Salud, ambos de gestión autónoma (González, Castillo-Laborde, & Matute, 2019).

Las prestaciones públicas de salud, en tanto, son coordinadas por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, compuesto fundamentalmente por los 29 Servicios de Salud distribuidos a lo largo del país (Cardemil, 2022).



Estos disponen y administran hospitales de mediana y alta complejidad, e institutos públicos de especialidad, principalmente. La Atención Primaria de Salud, si bien es dispuesta por los servicios como parte de la red asistencial, es administrada en su mayor parte por las municipalidades (322 de 345 municipios) (González, Castillo-Laborde, & Matute, 2019). En este sentido, es deber de los servicios monitorear la salud pública en su territorio, ejecutar políticas públicas para la promoción de salud, fiscalizar el cumplimiento de las regulaciones, y asegurar el acceso equitativo a atenciones de salud (González, Castillo-Laborde, & Matute, 2019).

La red asistencial se encuentra organizada bajo un modelo jerarquizado por tres niveles; en primer lugar, se encuentra el nivel primario de atención, caracterizado por tratar consultas de baja complejidad, ambulatorias, pero con una gran cobertura respecto a las posibles afecciones. Luego se encuentra el nivel secundario, que trata afecciones de complejidad media que no fueron posible resolver en el nivel primario, a través de, generalmente, atención de especialidades ambulatoria (como salud mental, por ejemplo). Por último, en el nivel terciario de salud se tratan afecciones de alta complejidad, con baja cobertura, que requieren de procedimientos avanzados, hospitalizaciones, entre otras cosas (Gómez Bradford, y otros, 2019). Así, se logra perfilar a la atención primaria de salud (APS) como la puerta de entrada a la red asistencial, cuyo éxito repercute en todo el sistema de salud (World Health Organization, 2000).

Por último, la red asistencial del sector primario cuenta con 3 tipos de centros de salud principales; el Centro de Salud Familiar, con enfoque familiar y una población asignada de 20.000 habitantes en promedio; el Centro Comunitario de Salud Familiar, con una población asignada de 5.000 habitantes en promedio; la Posta Rural, con posible enfoque familiar y una población asignada de 2.000 habitantes en promedio (Gattini Collao, 2019). Luego, se encuentra el Servicio de Atención Primaria de Urgencia, para resolver demanda de urgencia, y los consultorios urbanos y rurales (Gattini Collao, 2019).

- **Antecedentes Históricos: Surgimiento del Sistema de Atención Primaria de Salud como Eje**

La Atención Primaria de Salud surge, como concepto distintivo, en la década de los 70', ante la preocupación global de las crecientes desigualdades sociales respecto al acceso a servicios de salud. En este sentido, después de haber estudiado sistemáticamente las distintas experiencias de países respecto a cómo se afrontó el problema, se realiza, en 1978, la **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud** en Alma-Ata, Kazajistán (Kiernan, 2003).



- **Alma-Ata y Cambio de Paradigma Internacional**

En términos generales, se considera la Conferencia Alma-Ata de 1978 como el origen conceptual de la Atención Primaria de Salud moderna. En esta, se define el concepto como “la **asistencia sanitaria esencial, accesible** a todos los individuos y familias de la comunidad a través de **medios aceptables** para ellos, con su plena participación y a un **costo asequible** para la comunidad y el país.” (Organización Mundial de la Salud, 1978). Asimismo, se le describe como “el núcleo del sistema de salud del país” (Organización Mundial de la Salud, 1978), lo que indica el gran rol que cumpliría en las décadas siguientes.

A partir de esta conferencia se le confieren funciones más integrales a la APS, que antes solo implicaba la resolución de consultas médicas generales de baja complejidad (Gattini Collao, 2019). Dentro de estas funciones, destaca la **cobertura de todas las etapas de los servicios asistenciales** (fomento, protección, prevención, curación, rehabilitación, y cuidados paliativos) de forma integral, y la **integración de un enfoque familiar y comunitario**, incluyendo, en este sentido, la interacción oportuna con las comunidades objetivo (Gattini Collao, 2019). Se le atribuye a Alma-Ata un cambio de paradigma global respecto a la salud pública, transformando a la APS en la piedra angular de los sistemas de la gran mayoría de los países. En este sentido, Chile también fue uno de estos países participantes de la conferencia, suscribiendo lo señalado en la declaración, enfatizando, en los años venideros, su sistema APS (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Sin embargo, tomando en consideración las distintas realidades políticas, económicas, sociales, y sanitarias de cada país, la conferencia derivó en resultados heterogéneos. Entre los problemas más comunes encontrados en los países con malos resultados, destacan las bajas remuneraciones y escaso número de profesionales de la salud, deficiencias en la gestión de recursos, escasa multidisciplinariedad en los equipos, y bajo involucramiento de la comunidad (Gattini Collao, 2019). Por el otro lado, los países que reforzaron de buena manera su sistema APS, se vieron recompensados con una mejora en la equidad y acceso a los servicios de salud, un desempeño médico más eficiente, con menos hospitalizaciones innecesarias y un menor uso de los servicios de urgencia (Cardemil, 2022).

- **Experiencia Nacional**

En el caso de Chile; si bien la declaración de Alma-Ata marca un antes y un después en el sistema de salud pública, el involucramiento estatal en materias de salud data de tiempos anteriores a la conferencia. En específico, este involucramiento fue en aumento desde principios del Siglo XX, simbolizado por la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 (Comisión Nacional de Productividad, 2022). Hasta la reestructuración



posterior a la conferencia, el Servicio estuvo a cargo de la red asistencial nacional, considerando hospitales, consultorios, y postas rurales; por tanto, se hizo cargo de las funciones propias de la APS, como la prevención o la curación de afecciones (Gattini Collao, 2019).

Es a partir de 1979 que se comienza a reformar el Sistema de Salud del país; se opta por el sistema mixto público-privado, en línea con las reformas neoliberales de aquel período; se reforma el SNS para formar el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS); y se inicia la modalidad de administración municipal de los centros APS, en línea con las políticas de descentralización estatal (Gattini Collao, 2019). Esto último marca el primer hito respecto a la construcción del sistema de APS actual en el país.

Luego, en la década de los 90', a partir del retorno a la democracia, se tuvo que hacer frente como país a un sistema público deteriorado, desfavorecido frente a un potenciado sistema privado. Con base en lo anterior, gran parte de los recursos durante este período fueron destinados a la red hospitalaria (Comisión Nacional de Productividad, 2022). A pesar de esto, el sistema de APS se vio, igualmente, beneficiado; en particular, la elección democrática de alcaldes permitió un mayor involucramiento de la comunidad en sus centros APS, y por otro lado, se creó el Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS).

Este programa se encuentra vigente hasta el día de hoy, otorgando recursos adicionales a los municipios que cumplan metas de programas determinados por el MINSAL (Gattini Collao, 2019). Destaca, entre estos programas, el Programa MAIS (Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria), cuyo cumplimiento se apega fielmente a lo planteado en la Conferencia de Alma-Ata, marcando así un importante precedente respecto al sistema de APS (Comisión Nacional de Productividad, 2022).

El último gran hito respecto al sistema de APS sucede el 2004, a partir de la reforma sanitaria; la creación de las Garantías Explícitas de Salud (GES). El plan consiste en la cobertura de una serie de patologías, cuyo control y prevención se encuentran a cargo, principalmente, de los centros APS, haciéndose cargo del 80% de las atenciones generadas por el GES (Comisión Nacional de Productividad, 2022). En concordancia con esto, el presupuesto total del sector de APS aumentó significativamente durante el transcurso de la década (Comisión Nacional de Productividad, 2022). Sin embargo, este aumento de atenciones dio poco tiempo de adaptación al sistema, lo que se tradujo, en variados casos, en infraestructura, personal, equipamiento y financiamiento insuficiente (Gattini Collao, 2019).

En la actualidad, el sistema de APS es considerado como la puerta de entrada a la red asistencial, gracias, en parte al fortalecimiento que se ha inducido por parte del Estado a este sector. Sin embargo, este fortalecimiento



fue acompañado, también, por resultados heterogéneos en los distintos territorios del país, que en muchos casos no poseen la infraestructura física, humana, o financiera necesaria para hacerse cargo de la población de una manera adecuada.

- **Resultados del Sistema APS en Chile: Logros y Desafíos**

- **Indicadores de Salud Mejorados y más Equitativos**

En términos globales, Chile presenta una constante mejora respecto a sus indicadores básicos de salud, a medida que se fortalece el sistema de APS. Los años de vida potencial perdidos (AVPP), por ejemplo, ha disminuido notablemente, así como también se ha disminuido la brecha de AVPP entre los distintos grupos socioeconómicos (Gattini Collao, 2019). Asimismo sucede con la mortalidad infantil y materna (Comisión Nacional de Productividad, 2022). Sin embargo, siguen existiendo grandes diferencias territoriales respecto a estos indicadores, lo que evidencia que los objetivos no se han logrado de forma suficientemente equitativa (Gattini Collao, 2019).

- **Alta cobertura de acciones sanitarias relacionadas con APS**

Se destaca, asimismo, la alta cobertura que existe a nivel país de una serie de acciones relacionadas a los centros de APS. La cobertura del parto, por ejemplo, es de un 99,8%; es decir, es una cobertura casi universal. Presentan números similares las coberturas de vacunas programáticas y control maternal e infantil (Gattini Collao, 2019).

- **Financiamiento y Administración de Recursos de los Centros APS**

Si bien la asignación financiera del sistema de APS ha ido en constante incremento, sigue siendo considerada insuficiente; Gattini Collao (2019) menciona, en este sentido, que los ingresos deben de ser revisados considerando la carga financiera que supone el GES en el sistema APS, con énfasis en una distribución que dé cuenta de mejor manera las inequidades territoriales. Asimismo, se ha criticado el mecanismo principal de financiamiento de APS, el 'per cápita', tanto por el monto como por la opacidad del cálculo del mismo, en conjunto con la falta de transparencia de los gastos por parte de algunas corporaciones municipales (Comisión Nacional de Productividad, 2022).

- **Dotación de Médicos e Infraestructura**

Existen grandes problemas estructurales respecto al número de médicos (más aun especialistas) en el sistema de APS; en términos nominales, según



las últimas cifras hay 0,16 médicos APS en el sistema público por 1.000 habitantes. A modo de comparación, España posee 0,85 médicos APS por 1.000 habitantes (Riveros, Ortiz, & Mendoza, 2024). Esto, en un contexto de creciente demanda, es sumamente perjudicial al correcto desempeño de las actividades médicas. Esto se puede deber a un número de razones; no obstante, se pueden resumir en falta de incentivos para evitar la migración de profesionales a centros asistenciales privados (Vargas, 2015).

- **Resolutividad**

Si bien el sistema de APS en Chile cuenta, en general, con buenos niveles de resolutividad (Riveros, Ortiz, & Mendoza, 2024), tomando en consideración la sobrecarga del nivel terciario de salud pública, se torna perentorio lograr niveles de resolutividad más altos en el nivel primario. Para esto, el uso de tecnología es fundamental; estrategias existentes como teletriage, que permite priorizar la solicitud de citas médicas en función de criterios clínicos, o la telemedicina, han demostrado ser eficientes y dotar de una mayor capacidad resolutive a los centros APS en donde se han implementado (Comisión Nacional de Productividad, 2022).

- **Hospitalocentrismo**

Un gran desafío para la salud pública es el de revertir el hospitalocentrismo en lo que respecta a la formación de las carreras de salud. Este concepto, en términos simples, refiere a que las instituciones que forman médicos los preparan para situaciones de urgencia o de especialidad, por sobre las que respectan a medicina familiar o preventiva (Riveros, Ortiz, & Mendoza, 2024). Esto, claro, tiene un impacto, no solo priorizando la disposición de médicos hacia los hospitales o clínicas, sino que también los médicos se encuentran preparados para identificar y manejar enfermedades en etapas más avanzadas (Riveros, Ortiz, & Mendoza, 2024). Todo esto va en detrimento del fortalecimiento del sistema de APS.

- **Sistema de información fragmentado**

Por último, el sistema de información en salud primaria (y en salud pública en general) presenta un alto grado de fragmentación, caracterizado por la existencia de múltiples plataformas distintas que no presentan interoperabilidad. La evidencia señala que la interoperabilidad genera tanto mejores resultados clínicos, como una mayor eficiencia en el sistema (Comisión Nacional de Productividad, 2022). En el plano nacional se ha intentado homologar los sistemas de información, pero sin el suficiente apoyo y seguimiento (Comisión Nacional de Productividad, 2022). Así, en orden de lograr una mayor eficiencia general en el sistema de salud, resulta fundamental avanzar hacia una mayor integración de los sistemas de información.



Metodología

Considerando el amplio enfoque del estudio, se propone ordenar el documento en base a tres preguntas guía, acorde a las características municipales analizadas. Estas características municipales son; Institucionalidad Municipal, Cobertura Poblacional, Financiamiento, Recursos Humanos, y Equipamiento. Siguiendo esta misma línea, las primeras dos subsecciones de institucionalidad y cobertura responden a la pregunta; **¿Cómo se organizan institucionalmente los municipios para la gestión de APS, y a qué universo de usuarios se encuentran dirigidos?**

La siguiente subsección, de financiamiento, responde a la pregunta de **¿cómo se encuentra estructurado el esquema de ingresos para la gestión de APS?** Las últimas dos secciones, por su parte, responden a la pregunta; **¿cómo se encuentran distribuidos los recursos físicos de la APS municipal?** Las subsecciones y las preguntas se encuentran resumidas en el siguiente cuadro:

Subsección	Pregunta Guía
Institucionalidad Municipal	¿Cómo se organizan institucionalmente los municipios para la gestión de APS, y a qué universo de usuarios se encuentran dirigidos?
Cobertura Poblacional	
Financiamiento	¿Cómo se encuentra estructurado el esquema de ingresos para la gestión de APS?
Recursos Humanos	¿Cómo se encuentran distribuidos los recursos físicos de la APS municipal?
Equipamiento	

Asimismo, el presente estudio se realizó a partir de información pública de los 345 municipios de Chile, y se accedió a esta por medio del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM), a cargo de la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. Esto quiere decir que se trata de un estudio de análisis secundario de información. Se utilizan los datos que figuran como más recientes en la plataforma, del año 2024.

De los 345 municipios, se examinan en profundidad 321 municipalidades que administran servicios de salud primaria. Considerando su carácter secundario, la información pasa por un proceso de revisión y homogeneización de los datos, transformando o eliminando valores atípicos o inconsistentes, lo que se encuentra evidenciado a partir de las variaciones en las muestras de las subsecciones. A partir de esto, los resultados del informe han de entenderse como tendencias generales de la gestión municipal respecto de los servicios de salud primaria que administran.

Los resultados se disponen organizados en dos posibles claves; por región, de manera tal de reflejar diferencias entre comunas de distintas divisiones administrativas y territoriales; y por tipología FIGEM, para ordenar los resultados en base a las siguientes características socioterritoriales y demográficas:

Grupo FIGEM	N° Municipios (N = 321)
Grandes comunas metropolitanas con alto y/o medio desarrollo	45 (14%)
Comunas mayores con desarrollo medio	36 (11%)
Comunas urbanas medianas con desarrollo medio	53 (17%)
Comunas semiurbanas y rurales con desarrollo medio	83 (26%)
Comunas semiurbanas y rurales con bajo desarrollo	104 (32%)

Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Se presentan, asimismo, los promedios nacionales de los cruces, con el fin de exhibir las tendencias del total de municipios que administran servicios de salud primaria.

Por último; a lo largo del estudio se presentan una serie de indicadores y variables que se utilizan para visualizar de mejor manera el estado del sistema de APS municipal. Con el fin de favorecer la claridad, los indicadores menos intuitivos se describen brevemente en el cuadro a continuación:

Subsección	Indicador / Variable	Descripción
Cobertura	Porcentaje de Cobertura	Consiste en el número de personas inscritas y validadas en Servicios de Salud Municipal partido por la población comunal estimada según el Instituto Nacional de Estadísticas.
Financiamiento	Monto 'Per Cápita' (M\$)	Aporte mensual que reciben los municipios en razón del número de población inscrita en los centros de APS, incrementado ocasionalmente por características demográficas y territoriales. Medido en miles de pesos (M\$)
	Porcentaje de 'Per Cápita' por Presupuesto Vigente	Consiste en el monto que recibe el municipio por concepto de 'per cápita' partido por su presupuesto vigente en salud
	Aporte Municipal	Monto que aportan los municipios a su área de salud, medido en miles de pesos (M\$)
	Porcentaje de Aporte Municipal por Presupuesto Vigente	Consta del monto de aporte municipal al sector salud partido por el presupuesto vigente del sector.



Subsección	Indicador / Variable	Descripción
Recursos Humanos	Núcleo Clínico Resolutivo	Corresponde a profesionales que tradicionalmente han formado parte del equipo de APS - en este caso; médicos, enfermeros, y matronas
	Equipo Multidisciplinario de Apoyo	Corresponde al resto del equipo de salud de los centros de APS, exceptuando técnicos en enfermería - kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, odontólogos, y tecnólogos médicos
	Dotación de Recursos Humanos por 1.000 Inscritos FONASA	Consiste en la cantidad de profesionales de salud, agrupados por categoría, partido por 1.000 inscritos validados en los SSM
	Profesionales de la Salud por funcionarios	Radica en la cantidad de profesionales de la salud de la comuna por la cantidad total de funcionarios del sector salud del municipio
Equipamiento	Centros de Salud Familiar por 20.000 Inscritos FONASA	Consta de la cantidad de CESFAM en la comuna partido por 20.000 inscritos validados FONASA; su carga objetivo promedio
	Centros Comunitarios de Salud Familiar por 5.000 Inscritos FONASA	Consta de la cantidad de CECOSF en la comuna partido por 5.000 inscritos validados FONASA; su carga objetivo promedio
	Postas de Salud Rural por 2.000 Inscritos FONASA	Consta de la cantidad de PSR en la comuna partido por 2.000 inscritos validados FONASA; su carga objetivo promedio



Análisis de Resultados

Institucionalidad Municipal ¹

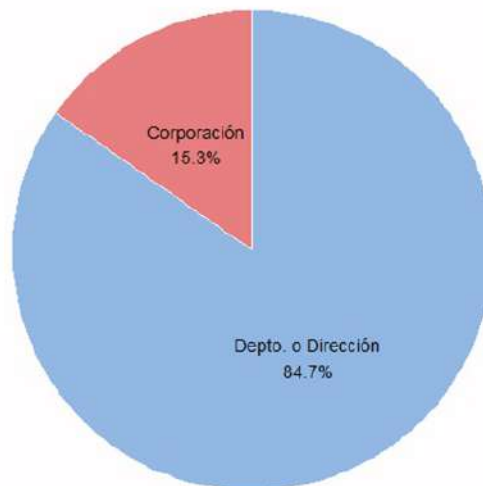
En el siguiente gráfico se puede observar la distribución respecto al tipo de institucionalidad que presentan las municipalidades para la administración de sus sistemas de salud. Estos tipos de administración se dividen en dos, Corporaciones y unidades estructurantes de los municipios (direcciones o departamentos). La gran diferencia entre ambas es que las corporaciones poseen personalidad jurídica de derecho privado, lo que, en teoría, permite una mayor flexibilidad en la gestión de recursos.

Cabe destacar también que las corporaciones municipales en salud se crearon, como herramienta de administración, con la municipalización de servicios de salud en 1980, no obstante, se declaran inconstitucionales en 1988. A pesar de este dictamen, se les permitió a los municipios que habían cambiado su orgánica en este respecto mantener estas figuras administrativas (Schulz, 2023).

En este sentido, de las 321 comunas que administran centros de atención primaria, 49 utilizan la figura de Corporación para su gestión (15%), mientras que las otras 272 comunas utilizan unidades estructurantes de los municipios, como departamentos o direcciones (84%).

Tipo de administración del sistema de salud municipal

Distribución nacional (N=321)



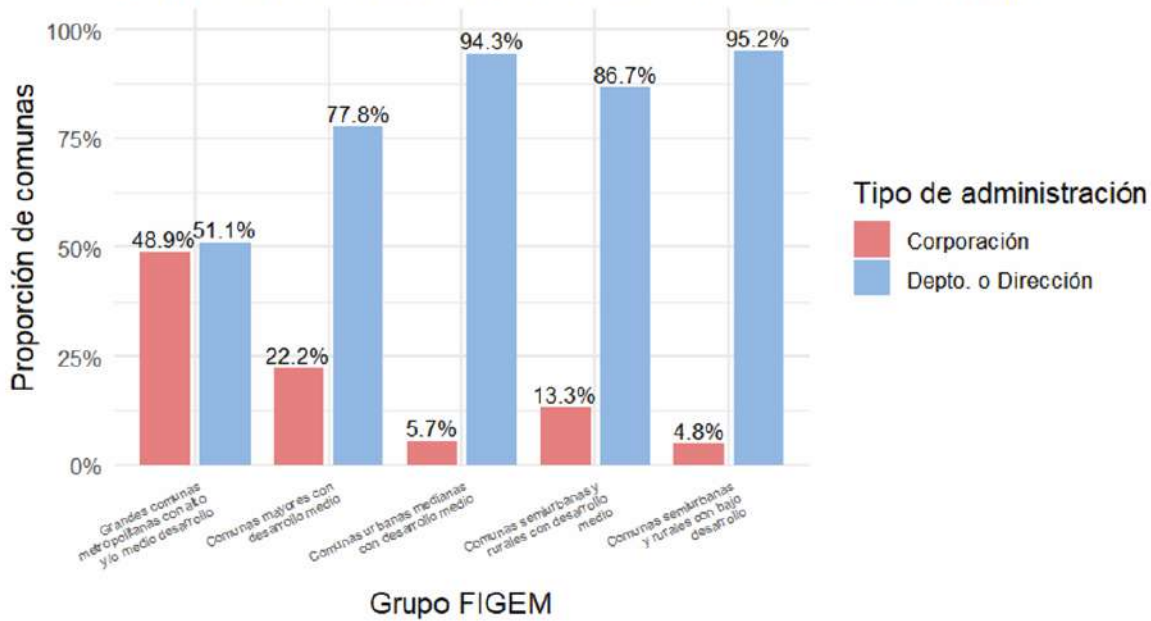
Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

¹ N = 121

Asimismo, analizando su distribución en base a la clasificación FIGEM, se puede observar una tendencia respecto a las comunas que suelen utilizar la figura de Corporación para la gestión de sus servicios de salud municipal. En este sentido, esta figura es mayormente utilizada en comunas metropolitanas de desarrollo alto y/o medio (22 de 45 comunas), seguido por las comunas mayores con desarrollo medio (8 de 36 comunas). Luego, en el resto de las comunas urbanas la proporción de municipios que utilizan la figura es mínima (3 de 53 comunas). Por último, es posible observar una mayor proporción de corporaciones en comunas semiurbanas y rurales con desarrollo medio (11 de 83 comunas), que en comunas semiurbanas y rurales de bajo desarrollo (5 de 104 comunas).

Tipo de administración SSM según grupo FIGEM

Proporción de comunas por tipo de administración dentro de cada grupo



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Implicancias para la Gestión Municipal

Como bien se menciona en la descripción de los gráficos, hay una prevalencia de las corporaciones en comunas urbanas y metropolitanas. Si bien las razones de esto no están del todo claras, puede guardar relación con cómo fue el proceso de municipalización de la APS (Schulz, 2023). De igual manera, su implicancia para la gestión se encuentra limitada a una mayor flexibilidad en lo que respecta a contrataciones y financiamiento, aunque enfrentan cada vez más escrúpulos a partir de las disonancias propias de una figura jurídica privada con función pública (Rojas, 2023).

- **Porcentaje de Cobertura APS Municipal (N = 321)**

La cobertura de los centros de atención primaria es fundamental para que puedan cumplir su función preventiva, tomando en consideración que una mayor cobertura significa que más personas lleguen al servicio de salud, lo que no solo permite evitar problemas de salud, sino que hace más eficiente al sistema evitando hospitalizaciones innecesarias.

Para calcular cobertura, se excluyó de esta categoría las municipalidades que no administran centros de atención primaria. Asimismo, el cálculo se realiza considerando población FONASA inscrita y validada en centros de salud municipal y la población estimada de la comuna.

En el siguiente gráfico se observa la distribución de la cobertura de las distintas comunas, agrupadas en base a su clasificación FIGEM, que da cuenta de características socioterritoriales y demográficas de las comunas. Se percibe una tendencia de menor dispersión en las comunas urbanas de mayor desarrollo de los primeros dos grupos, en contraste con la dispersión de las comunas de desarrollo medio y bajo del resto de los grupos de desarrollo. En el nivel nacional, en tanto, se observa que el promedio de cobertura es de 74,3%, y que más de un 25% de las comunas que administran centros de atención primaria están por sobre el 100% de cobertura.

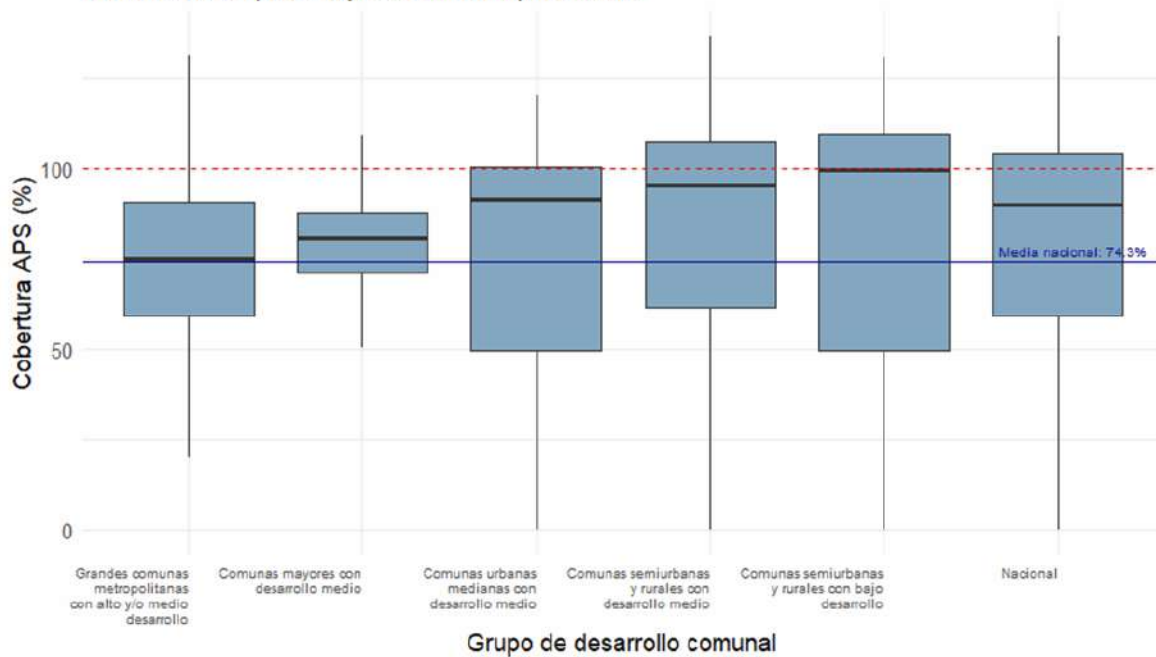
Esto último se torna evidente a partir de la observación de los percentiles de cobertura, que muestra;

- Que alrededor de un 20% de las comunas que administran servicios de salud municipal tienen una cobertura menor al 50% (62 comunas).
- Que alrededor de la mitad de estas comunas tienen una tasa de cobertura mayor al 90% (160 comunas).
- Que cerca de un tercio de las comunas (105 comunas) poseen tasas de cobertura mayor al 100%; es decir, hay más personas inscritas en sus centros APS que su población estimada.
- Que existe una mayor preponderancia de comunas sobre el 100% de cobertura en territorios rurales y semiurbanos.



Cobertura de APS municipal según grupo de desarrollo comunal

Distribución del porcentaje de cobertura por comuna



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

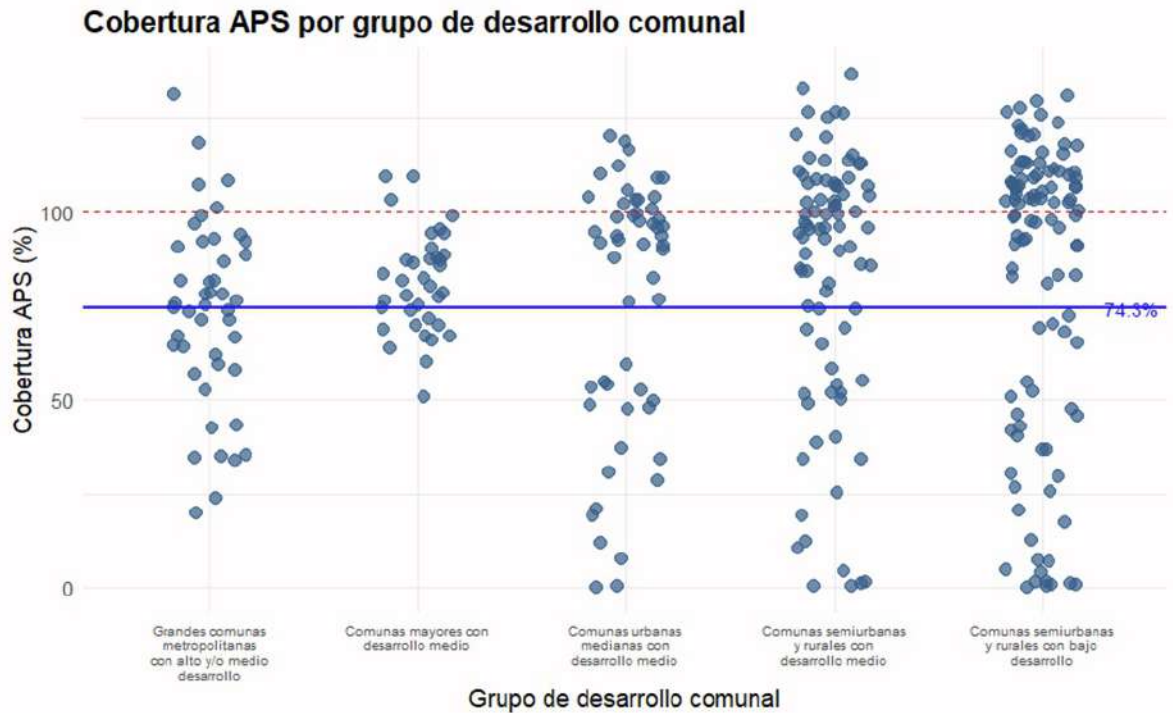
Percentil	% Cobertura
P10	26,51%
P20	50,58%
P30	68,84%
P60	96,06%
P90	113,76%

Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Para observar cómo se distribuye la cobertura en las comunas, se presenta un diagrama de dispersión, en donde cada uno de los círculos representa una comuna, confirmando visualmente la gran dispersión de los datos. Asimismo, la varianza de los datos centrales (el 50% de los datos de cada grupo, excluyendo el 25% superior y el 25% inferior) representa numéricamente esta dispersión dentro de los grupos; las comunas urbanas con desarrollo medio, en conjunto con las comunas semiurbanas y rurales, presentan una dispersión de alrededor de 50 puntos porcentuales entre sus datos centrales. Esto significa que hay grandes brechas de cobertura, incluso sin considerar los valores



extremos; un factor explicativo puede ser la gran heterogeneidad de las comunas incluso en los mismos grupos. Por último, sobre estos valores extremos, es importante mencionar los mínimos niveles de cobertura de algunas comunas, estando algunas incluso por debajo del 1%, que se puede deber a algunos datos inexactos.



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Grupo FIGEM	Variación 50% Central
Grandes comunas metropolitanas con alto y/o medio desarrollo	31,44
Comunas mayores con desarrollo medio	16,75
Comunas urbanas medianas con desarrollo medio	50,87
Comunas semiurbanas y rurales con desarrollo medio	45,70
Comunas semiurbanas y rurales con bajo desarrollo	59,92

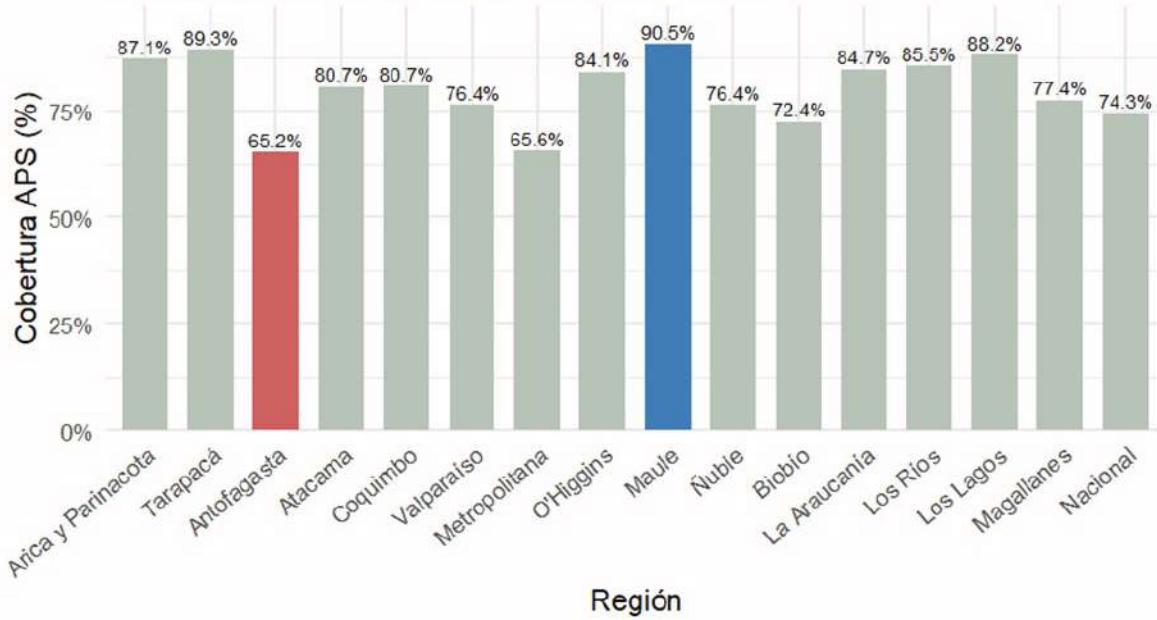
Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Por último, considerando los datos agrupados dentro de las regiones; la Región de Antofagasta detenta la menor cobertura de todas las regiones, con un 65,2% de tasa, mientras que la mayor tasa de cobertura corresponde a la Región del Maule. Cabe destacar, asimismo, a la Región de Tarapacá,



que no solo posee la segunda mayor tasa de cobertura, sino que también es la única región cuya totalidad de sus comunas se encuentran por sobre el promedio nacional de cobertura.

Cobertura APS por región (ponderada) Relación entre inscritos APS y población estimada



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Implicancias para la Gestión Municipal

En base a la información disponible, se logra observar la gran disparidad en lo que respecta a la cobertura entre las comunas, presente en mayor o menor grado en cada uno de los grupos territoriales o sociodemográficos. Para efectos de la gestión municipal, es fundamental poner foco en los extremos; es decir, las comunas con menos de 50% de cobertura, y aquellas con más de un 100% de cobertura. Solo a través de un examen particular a estas se puede llegar a conclusiones más concretas respecto de su situación, no obstante, cabe la posibilidad de que algunas de estas comunas presenten sobredemanda, o bien sus servicios no lleguen a un porcentaje importante de su población.



Recursos Financieros ²

Se excluyen de esta categoría las municipalidades que no administran centros de atención primaria, además de otras 7 comunas cuyo monto especificado en aporte por concepto de per cápita es nulo, elemento que no se condice con la realidad.

Asimismo, se excluyen las comunas denominadas como “costo fijo”; es decir, comunas cuya baja población no permite que se le otorguen recursos en razón de ‘per cápita’, debido a incongruencias de ciertos datos SINIM respecto de las personas inscritas en estas comunas. Por último, en la sección relativa a aportes municipales, se excluyen comunas cuyos datos de aporte nominal municipal corresponden a 0, ya que se considera poco plausible.

Para la conformación del presupuesto de los centros de atención primaria administrados por los gobiernos locales, existen dos grandes contribuyentes; el gobierno central y los municipios.

El primero aporta la mayor parte de los ingresos, fundamentalmente a partir del mecanismo conocido como per cápita, que le asigna ingresos desde el Ministerio de Salud a los municipios en base a las personas inscritas y validadas en los centros APS de la comuna, ajustado también por factores socioterritoriales. Desde este nivel también se asignan ingresos por concepto de programas y leyes específicas, pero estos suponen, en promedio, menos de un 30% del monto total traspasado por el gobierno central.

El resto de los ingresos corresponden a aportes municipales, con gran heterogeneidad dependiendo de las características de la comuna, sus capacidades, su territorio, entre otras cosas.

Presupuesto Vigente por Grupo Figem

Comparando los presupuestos vigentes del sector salud en base a la clasificación FIGEM, se puede observar una clara tendencia favorable entre las comunas urbanas y un mayor monto de presupuesto, llegando incluso a promediar alrededor de 36.000.000M\$ en las comunas metropolitanas de desarrollo alto y/o medio. Por el otro lado, las comunas rurales presentan los promedios más bajos de ingresos, de aproximadamente 6.500.000M\$ y 5.000.000M\$.

2 N = 279



Presupuesto vigente promedio en salud por grupo FIGEM

Promedio por comuna 2024 según grupo



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

La tabla a continuación presenta la distribución de presupuesto en base a percentiles. A partir de esta se puede notar que alrededor del 70% de los municipios presentan un presupuesto menor al promedio nacional. Asimismo, es posible observar una variación cada vez mayor a medida que se llega a los percentiles más altos, lo que indica que un pequeño número de comunas presentan presupuestos más cuantiosos que el resto.

Percentil	Presupuesto Vigente (M\$)
P10	2.587.577
P40	5.230.742
P50	7.012.817
P70	13.676.609
P90	35.161.213

Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

En el gráfico siguiente, en conjunto con la tabla que le prosigue, se presenta la comparación de los presupuestos vigentes de los años 2024 y 2023 en base a la clasificación FIGEM. Así, se puede observar un claro aumento nominal respecto al presupuesto, aumentando aproximadamente



1.500.000M\$ a nivel nacional. Sin embargo, también se evidencia a partir de la gráfica que este aumento es más pronunciado en comunas urbanas de mayor desarrollo.

Presupuesto vigente promedio en salud por grupo FIGEM 2023 - 2024



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Los datos presentados en la tabla exhiben esto de mejor manera; mientras que la variación porcentual de las comunas rurales se mantuvo entre 10 y 11% aproximadamente, el grupo de Grandes comunas metropolitanas de desarrollo alto y/o medio aumentó, en promedio, en un 13,3%. Habiendo señalado lo anterior, es importante mencionar que esta variación también puede verse influida por factores macroeconómicos, por lo que su interpretación debe ser matizada.

Grupo FIGEM	2023	2024	Variación Porcentual
Grandes comunas metropolitanas con alto y/o medio desarrollo	\$31.786.366	\$36.019.372	13,3%
Comunas mayores con desarrollo medio	\$23.236.549	\$25.984.499	11,8%
Comunas urbanas medianas con desarrollo medio	\$9.276.923	\$10.251.018	10,5%

Grupo FIGEM	2023	2024	Variación Porcentual
Comunas semiurbanas y rurales con desarrollo medio	\$5.924.236	\$6.582.318	11,1%
Comunas semiurbanas y rurales con bajo desarrollo	\$4.531.765	\$4.993.638	10,2%
Nacional	\$12.268.585	\$13.711.692	11,8%

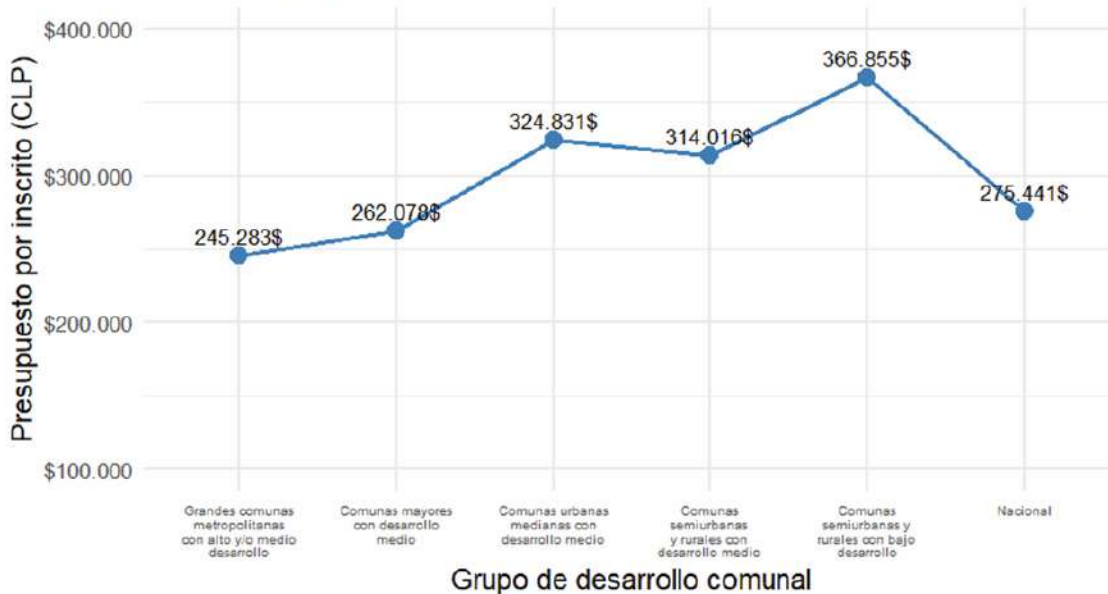
Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Presupuesto por Inscrito según Grupo Figem

El gráfico presentado a continuación presenta el presupuesto anual por la población inscrita FONASA, validada en los centros de salud APS de las comunas. Aquí se puede observar que cambia el sentido del gráfico presentado anteriormente; son las comunas rurales y de menor desarrollo las que mantienen una mayor proporción de recursos, llegando a alrededor de \$370.000 pesos por inscrito. Por el otro lado, las grandes comunas metropolitanas llegan a monto promedio cercano a los \$250.000 pesos por inscrito. Por último, el promedio nacional se encuentra en \$275.000 pesos por inscrito.

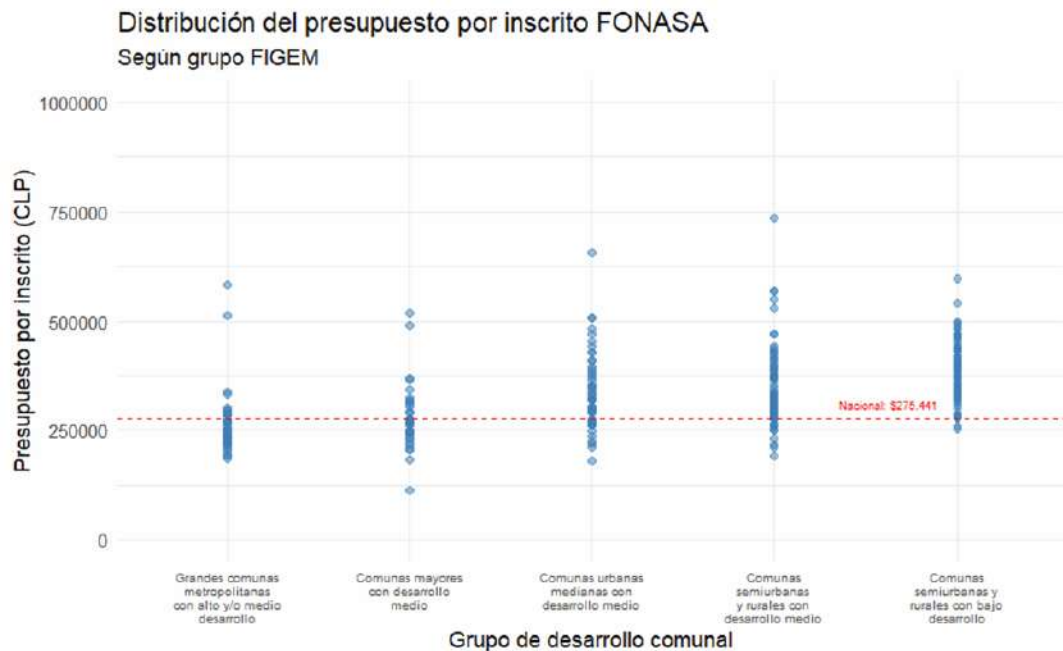
Presupuesto por habitante según grupo de desarrollo

Cociente entre presupuesto total e inscritos FONASA totales



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

La siguiente gráfica presenta la distribución de las comunas respecto de su presupuesto por la cantidad de inscritos FONASA. En consonancia con el gráfico anterior, se observan valores más elevados en las comunas semiurbanas y rurales, con la mayoría de estas comunas sobre el promedio nacional. Esta tendencia se mantiene para el grupo de comunas urbanas medianas de desarrollo medio, en contraste con los grupos de comunas mayores con desarrollo medio y de comunas metropolitanas, que presentan mayor cantidad de comunas bajo el promedio.

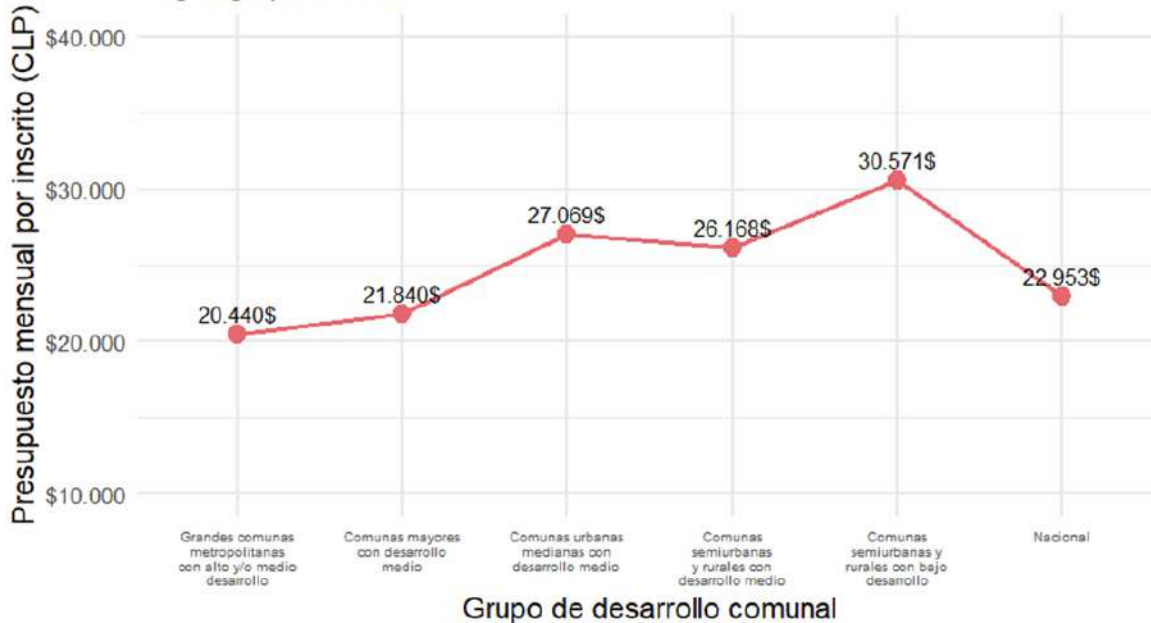


Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

El siguiente gráfico y la tabla que le sigue muestran el promedio del presupuesto vigente mensual por inscrito FONASA. Se observa la misma tendencia que en el gráfico anterior, siendo las comunas rurales y de menor desarrollo las que mantienen una mayor proporción de recursos, llegando a alrededor de \$30.000 pesos mensuales promedio por inscrito. Las grandes comunas metropolitanas, por su parte, presentan el promedio más bajo, llegando a \$20.000 pesos mensuales por inscrito, aproximadamente. Por último, el promedio nacional se encuentra cerca de \$23.000 pesos mensuales por inscrito. Respecto a la tabla de percentiles, es importante destacar la gran cantidad de comunas sobre el promedio nacional; al menos un 70% de las comunas (195).



Presupuesto vigente mensual por inscrito FONASA Según grupo FIGEM



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Percentil	Monto Presupuesto Mensual por Inscrito (CLP)
P10	\$19.332
P20	\$21.874
P30	\$23.323
P50	\$27.055
P70	\$31.209
P80	\$33.967
P90	\$38.305

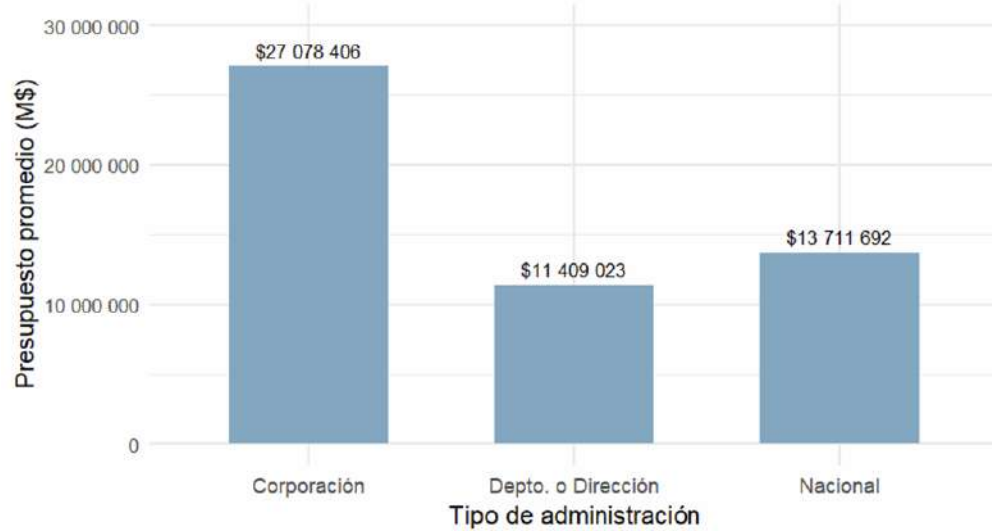
Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Presupuesto según Tipo de Administración

Los próximos dos gráficos presentan el presupuesto vigente promedio según el tipo de administración del área de salud de las comunas, y el presupuesto vigente promedio por inscrito FONASA. Es posible observar la misma tendencia que en los gráficos anteriores de esta sección. En presupuesto nominal promedio las corporaciones municipales (con mayor presencia en comunas urbanas de desarrollo medio o alto) supera por M\$15.000.000 al promedio de comunas con departamentos o direcciones de salud. Sin

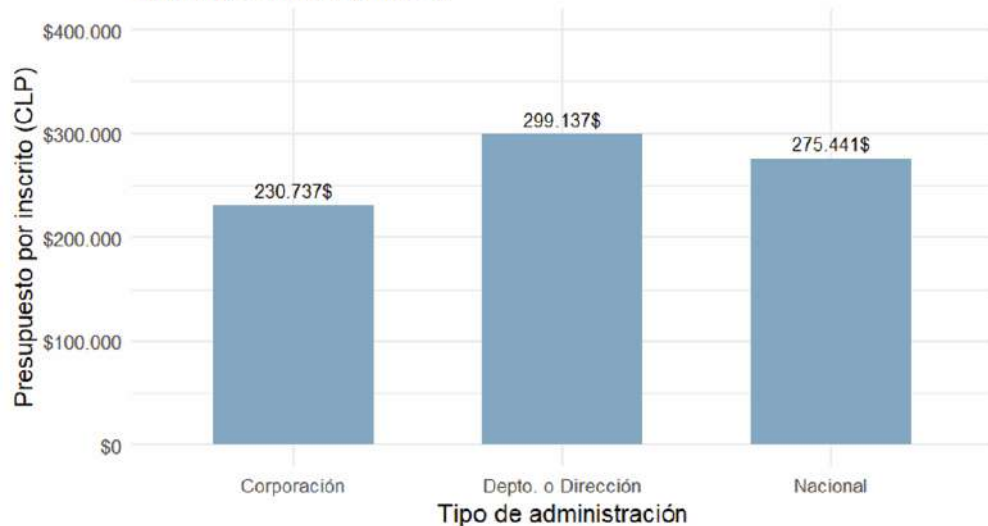
embargo, cuando se pondera el presupuesto por inscrito, el promedio de comunas con direcciones o departamentos de salud supera por \$70.000 al promedio de comunas con corporaciones.

Presupuesto promedio en salud según tipo de administración Promedio por comuna



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Presupuesto promedio por inscrito FONASA Según tipo de administración



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026



Monto por Concepto de 'Per Cápita' según Grupo FIGEM

El siguiente gráfico muestra el promedio del monto del aporte por concepto de 'per cápita' según la clasificación FIGEM. Al igual que el presupuesto, el grupo de comunas metropolitanas recibe, en promedio, más ingresos por razón del 'per cápita' (M\$22.096.665), seguido por las comunas mayores de desarrollo medio (M\$15.932.441). Por el otro lado, los grupos de comunas semiurbanas y rurales detentan los valores promedios más bajos del 'per cápita', siendo este M\$3.923.500 en el grupo de desarrollo medio, y M\$2.826.986 en el grupo de desarrollo bajo.

Habiendo consignado lo anterior, es importante destacar que el monto del aporte 'per cápita' se comporta de manera habitual; en comunas urbanas, con mayor número de población inscrita, hay mayor preponderancia en promedio del monto, mientras que las comunas con menos población inscrita reciben menos dinero por este mecanismo.

Monto 'per cápita' promedio por grupo FIGEM

Promedio por comuna 2024 según grupo



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

El análisis de los percentiles da cuenta de gran proporción de comunas bajo el promedio nacional de M\$8.238.681; alrededor de un 70% de las comunas (193). Asimismo, se logra vislumbrar como en los tramos superiores se van ampliando más los montos; esto se puede ejemplificar por el decil superior en ingresos por 'per cápita', que va desde M\$21.496.658 a M\$54.713.670.



Percentil	Monto Aporte 'Per Cápita' (M\$)
P10	1.358.073
P40	3.027.830
P70	8.415.989
P80	12.816.901
P90	21.496.658
P100	54.713.670

Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Porcentaje de Monto 'Per Cápita' en Presupuesto Vigente según Grupo FIGEM

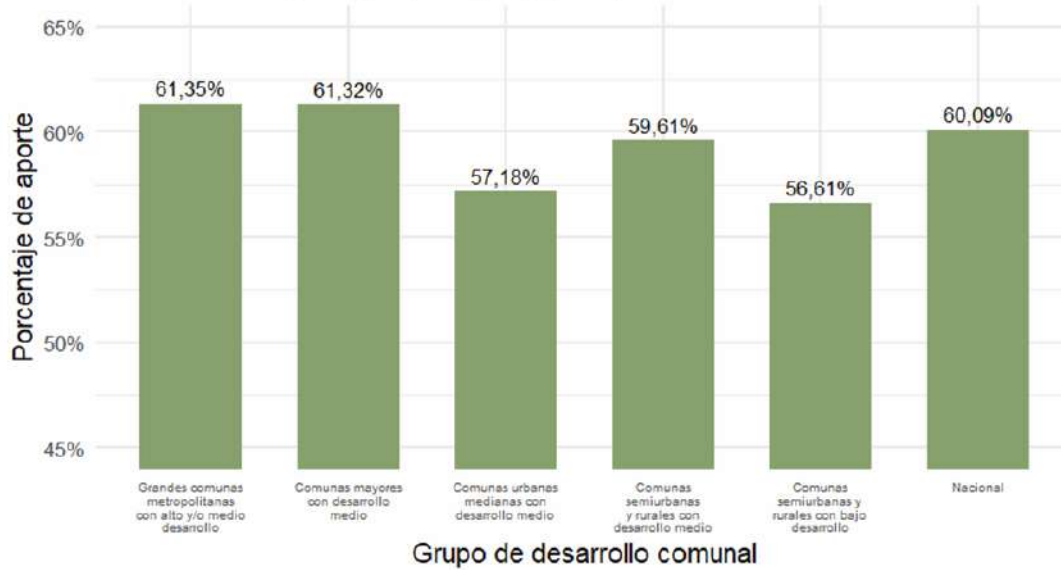
El siguiente gráfico exhibe el porcentaje promedio que representan los ingresos por razón de 'per cápita' en el presupuesto de salud de las comunas, en base a su clasificación FIGEM. Como bien se puede observar, a pesar de que los montos nominales exhibidos en el gráfico anterior son dispares, el 'per cápita' representa, en promedio, una fracción relativamente homogénea entre los distintos tipos de comuna, variando aproximadamente 5 puntos porcentuales entre el máximo y el mínimo.

El máximo se encuentra en el grupo de comunas metropolitanas, donde representa un 61,35% del presupuesto total, seguido por las comunas mayores de desarrollo medio, en las que representa un 61,32% del presupuesto, en promedio. Luego se encuentran las comunas semiurbanas y rurales con desarrollo medio (59,61%), las comunas urbanas medianas con desarrollo medio (57,18%), y las comunas semiurbanas y rurales con bajo desarrollo (56,61%). La media nacional, en tanto, se encuentra en 60,09%.



Porcentaje de 'percapita' en presupuesto vigente

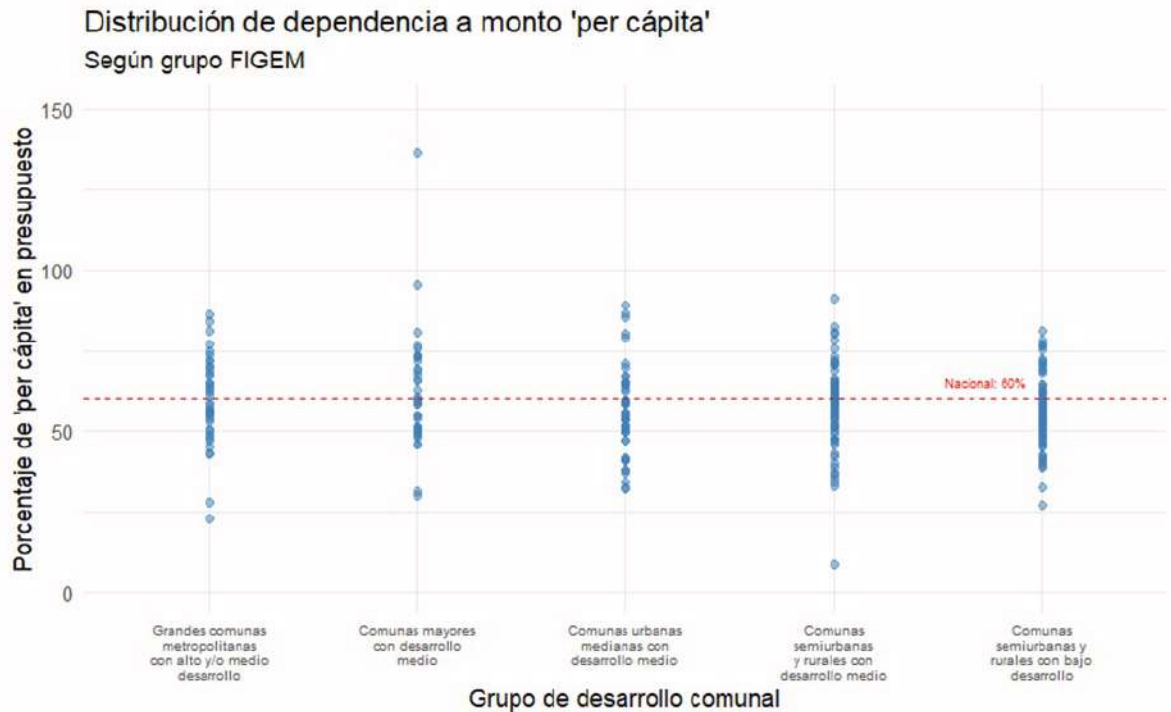
Cociente entre aporte por percapita y presupuesto



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

A continuación se presenta la gráfica de dispersión en base al porcentaje que el monto 'per cápita' en el presupuesto de salud comunal, según la clasificación FIGEM. En general, se observa una distribución relativamente normal en torno al promedio, con algunas comunas particulares que se escapan de sus respectivos grupos.





Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Observando los percentiles se puede confirmar lo expresado en el gráfico anterior; entre los percentiles 20 y 90 se logra observar una distribución normal que ronda el 60% de promedio nacional. Esto evidencia, además, que la gran mayoría de las comunas (70%, al menos 195 comunas) se encuentran en un rango entre 48,63 y 73,57% de preponderancia del monto 'per cápita' en el presupuesto. Por último, es importante destacar el porcentaje de comunas en las que el ingreso 'per cápita' representa menos del 50% del presupuesto, entre los percentiles 20 y 30; es decir, en más del 20% de las comunas observadas (67 comunas).

Percentil	% Aporte 'Per Cápita' en Presupuesto
P10	41,80%
P20	48,63%
P30	51,71%
P60	59,69%
P70	63,42%
P80	68,46%
P90	73,57%

Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026



Cálculo de Monto 'Per Cápita' Mensual según Grupo FIGEM

El siguiente gráfico presenta el monto mensual comunal por concepto de 'per cápita', dividido por la cantidad de inscritos validados en los centros de salud municipales; es decir, el cálculo del 'per cápita' mensual promedio según la clasificación FIGEM.

Como bien se puede observar, el grupo de comunas rurales mantiene el valor más elevado de aporte per cápita mensual promedio, con \$17.307 pesos por inscrito, monto que va decreciendo en el resto de los grupos en concordancia con su mayor grado de desarrollo y urbanidad. Así, las comunas urbanas medianas, semiurbanas, y rurales de desarrollo medio presentan alrededor de \$15.550 pesos por inscrito, aproximadamente. Le siguen las comunas mayores con desarrollo medio (\$13.391), y, por último, las grandes comunas metropolitanas (\$12.539), estando estos últimos dos grupos bajo el promedio nacional de \$13.792.

Cálculo 'per cápita' mensual promedio por grupo FIGEM

Monto de 'per cápita por inscrito FONASA

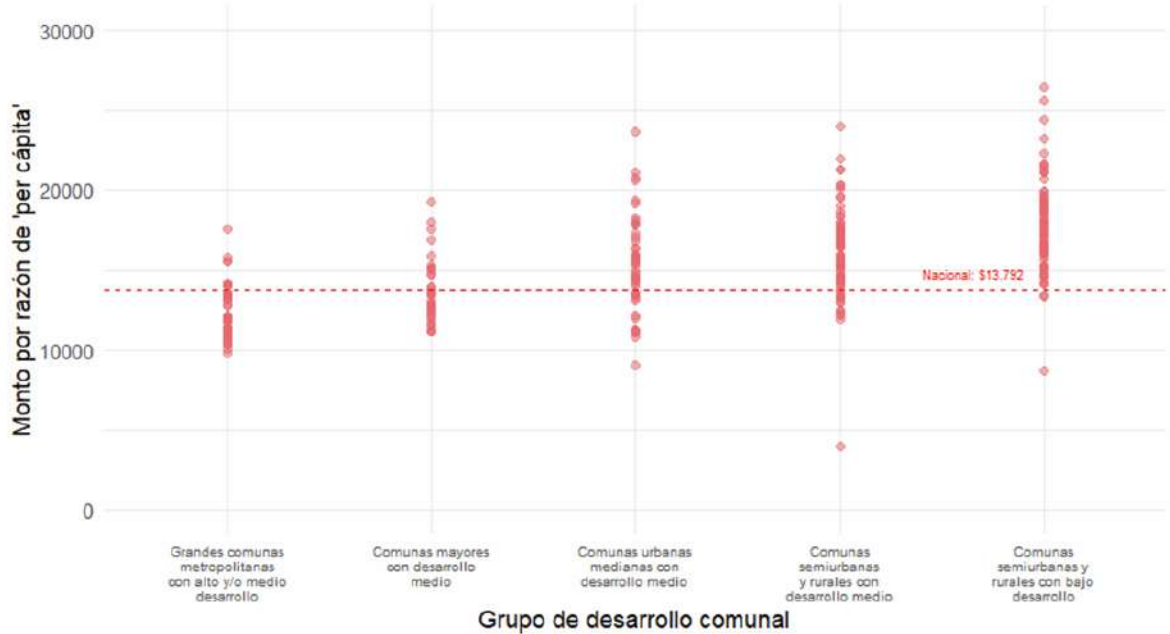


Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

A continuación, se presenta el gráfico de dispersión para analizar la dispersión comunal respecto al monto 'per cápita' por inscrito. Esta dispersión va acorde a lo dispuesto en el gráfico anterior, evidenciando que la gran mayoría de las comunas rurales detentan más 'per cápita' por inscrito que el promedio de \$13.792, mientras que las comunas

metropolitanas y mayores poseen más comunas por debajo de este promedio. Las comunas urbanas medianas, en tanto, presentan una mayor dispersión, muestra de su gran heterogeneidad respecto a sus características sociodemográficas y territoriales.

Distribución comunal de monto 'per cápita' mensual Según grupo FIGEM



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Analizando los percentiles, se puede consignar que alrededor del 70% de las comunas se encuentra sobre el promedio nacional de aporte 'per cápita' mensual por inscrito (191 comunas). El extremo inferior de los percentiles (P10) es, también de interés, ya que llama la atención que una sección de comunas (18, alrededor del 6% de las comunas observadas) tenga menos 'per cápita' por inscrito que el monto de base del año 2024 (\$11.205). La explicación más probable a esta inconcordancia es que los datos de monto 'per cápita', o la cantidad de inscritos, otorgados por SINIM, no sean acorde a la realidad.

Percentil	Monto Aporte 'Per Cápita' Mensual por Inscrito (CLP)
P10	\$11.710
P30	\$13.638
P50	\$15.436
P70	\$17.110



Percentil	Monto Aporte 'Per Cápita' Mensual por Inscrito (CLP)
P80	\$17.981
P90	\$19.543
P100	\$26.432

Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Aporte Municipal Nominal en Salud por Grupo FIGEM (N = 263)

El siguiente gráfico presenta el aporte municipal nominal promedio ordenados según la clasificación de grupos FIGEM. Se puede observar que, en promedio, las municipalidades metropolitanas son las que más aportan nominalmente al sector salud de su comuna (M\$2.922.156), seguidas por las comunas mayores con desarrollo medio (M\$1.448.646). Los otros tres grupos mantienen un promedio más homogéneo, cercano a los M\$300.000; las comunas urbanas medianas con desarrollo medio (M\$388.059), las comunas semiurbanas y rurales con desarrollo medio (M\$331.275), y las comunas semiurbanas y rurales con bajo desarrollo (M\$283.668).

Aporte municipal promedio por grupo FIGEM

Promedio por comuna 2024 según grupo



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026



Los percentiles evidencian estas tendencias; más del 70% de las comunas presenta valores de aporte municipal nominal bajo el promedio nacional (M\$828.116), lo que se condice con los tres grupos más numerosos en términos de comunas estando bajo el promedio. En tanto, el 20% superior de las comunas (P80 y P90) presentan valores más dispersos.

Percentil	Monto Aporte Municipal (M\$)
P10	61.210
P40	230.610
P70	589.674
P80	842.721
P90	2.141.357

Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Porcentaje de Aporte Municipal en Presupuesto Vigente según Grupo FIGEM (N = 263)

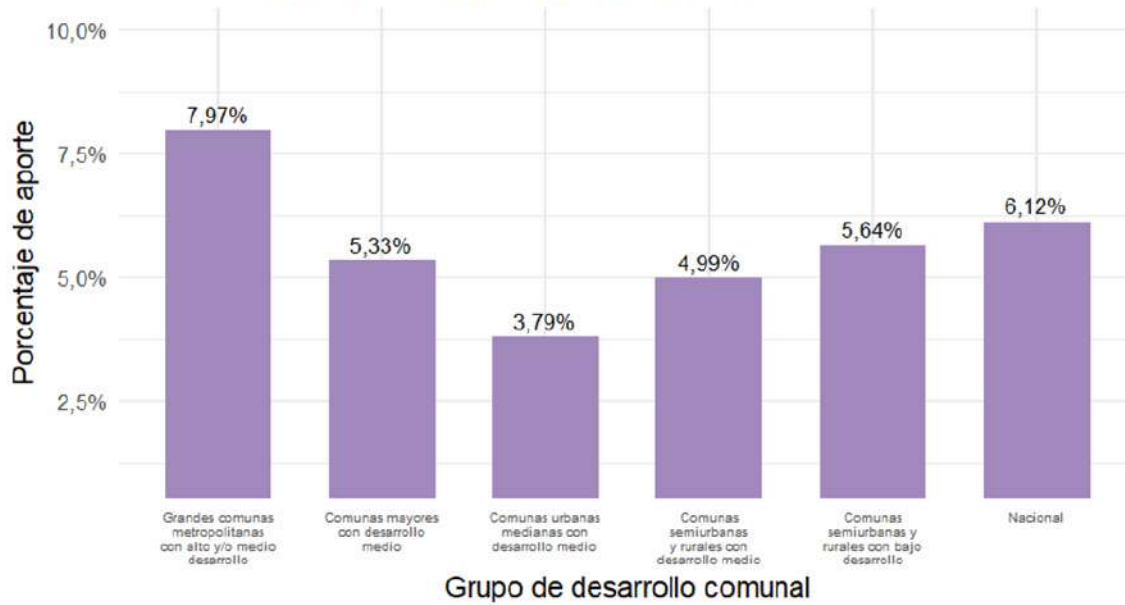
municipal, en promedio, respecto del presupuesto vigente en salud, ordenado en base a la clasificación FIGEM de las comunas. Así, en las grandes comunas metropolitanas el aporte municipal representa una mayor proporción del presupuesto (7,97% en promedio), seguido por las comunas semiurbanas y rurales de bajo desarrollo (5,64%). A este grupo le siguen de cerca las comunas mayores con desarrollo medio (5,33%), y la comunas semiurbanas y rurales de desarrollo medio (4,99%). Por último, se encuentran las comunas urbanas medianas con desarrollo medio (3,79%), muy por debajo del promedio nacional de 6,12%.

-



Promedio de porcentaje de aporte municipal en presupuesto

Cociente entre aporte municipal y presupuesto vigente

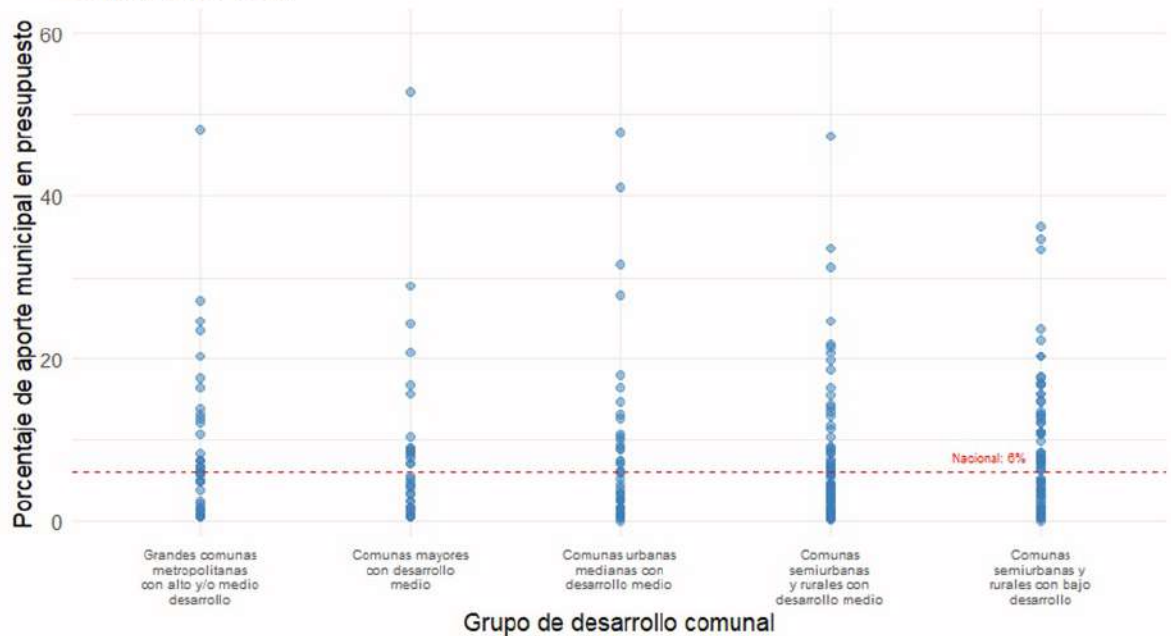


Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

El siguiente gráfico presenta la dispersión de los porcentajes de aporte municipal en el presupuesto; en contraste con el mismo gráfico respecto al porcentaje del 'per cápita', se observa una mayor heterogeneidad de los datos comunales. Asimismo, se puede observar la gran porción de comunas semiurbanas y rurales de desarrollo bajo y medio sobre el promedio nacional de 6%.



Distribución de dependencia de aporte municipal Según grupo FIGEM



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

El análisis de percentiles da cuenta del esfuerzo municipal en lo que respecta al presupuesto en salud; alrededor de 40% de las comunas se encuentran sobre el promedio nacional (103 comunas). Asimismo, confirma la gran varianza de aportes; mientras que en el 20% inferior una gran porción de comunas (39) aportan menos del 1% del presupuesto, en el 20% superior todas las comunas (54 en total) aportan más del 10% del presupuesto total de salud municipal.

Percentil	% Aporte Municipal en Presupuesto
P20	1,36%
P40	3,58%
P60	6,06%
P80	10,59%
P90	15,28%
P100	43,53%

Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

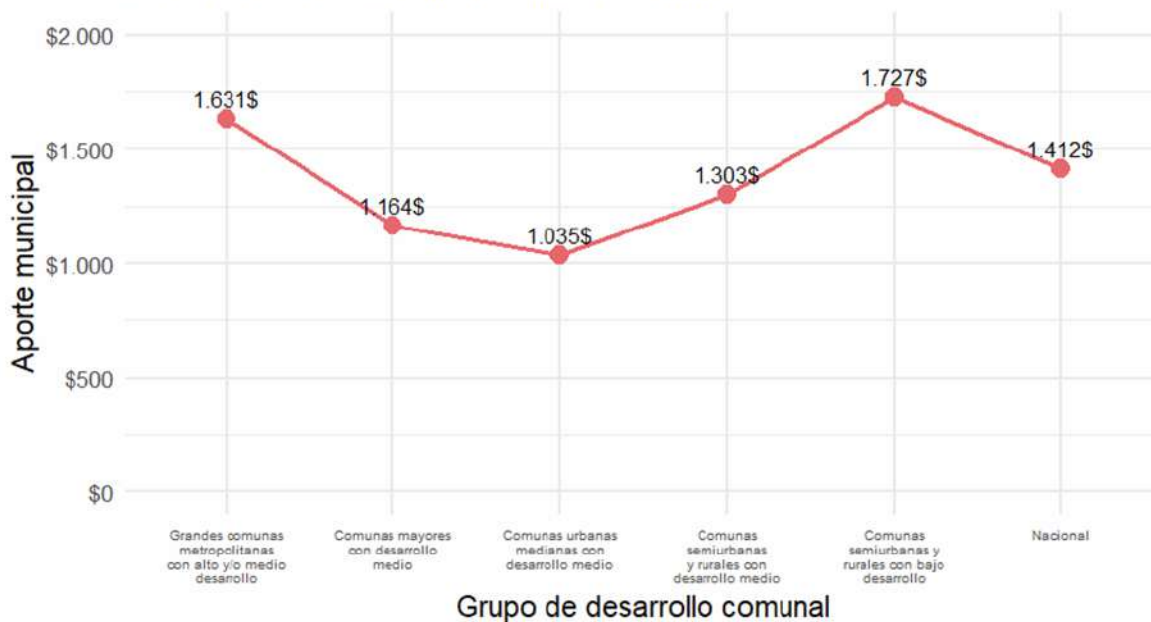


Cálculo de Aporte Municipal Mensual por Inscrito según Grupo FIGEM (N = 263)

La siguiente gráfica presenta el promedio de aporte municipal mensual por habitante FONASA inscrito en la comuna. Se puede observar que una tendencia bastante afín a la de los dos gráficos anteriores, en la que los dos grupos principales son las comunas rurales de bajo desarrollo, que promedian \$1.727 pesos por inscrito, y las comunas metropolitanas, que promedian \$1.631 pesos por inscrito. Le siguen las comunas semiurbanas y rurales con desarrollo medio (\$1.303), las comunas mayores con desarrollo medio (\$1.164), y, por último, las comunas urbanas medianas con desarrollo medio (\$1.035).

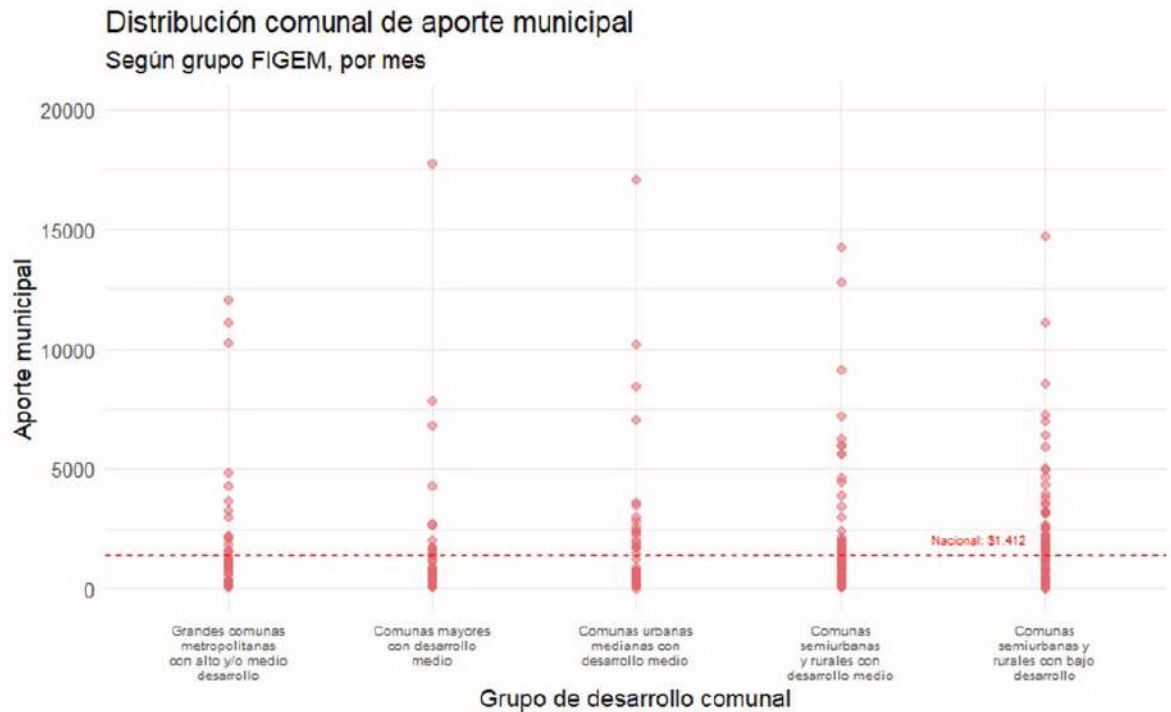
Aporte municipal mensual promedio por grupo FIGEM

Monto de aporte municipal por inscrito FONASA



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Observando el gráfico de dispersión, se puede notar que la mayoría de las comunas se encuentran bajo los \$2.500 de aporte municipal por inscrito. Asimismo, se puede notar una mayor dispersión en los grupos de comunas rurales, mientras que en las comunas urbanas solo unas pocas comunas se distancian de la distribución general de los grupos.



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Respecto a los percentiles; se confirma lo observado en el gráfico anterior, ya que más del 70% de las comunas (202) aporta menos de \$2.500 pesos por inscrito mensuales. Asimismo, se puede consignar que más del 50% de las comunas (144) están por sobre el promedio de \$1.412 pesos por inscrito.

Percentil	Monto Aporte Municipal Mensual por Inscrito (CLP)
P20	\$367
P50	\$1.243
P60	\$1.630
P70	\$2.014
P90	\$5.019
P100	\$17.757

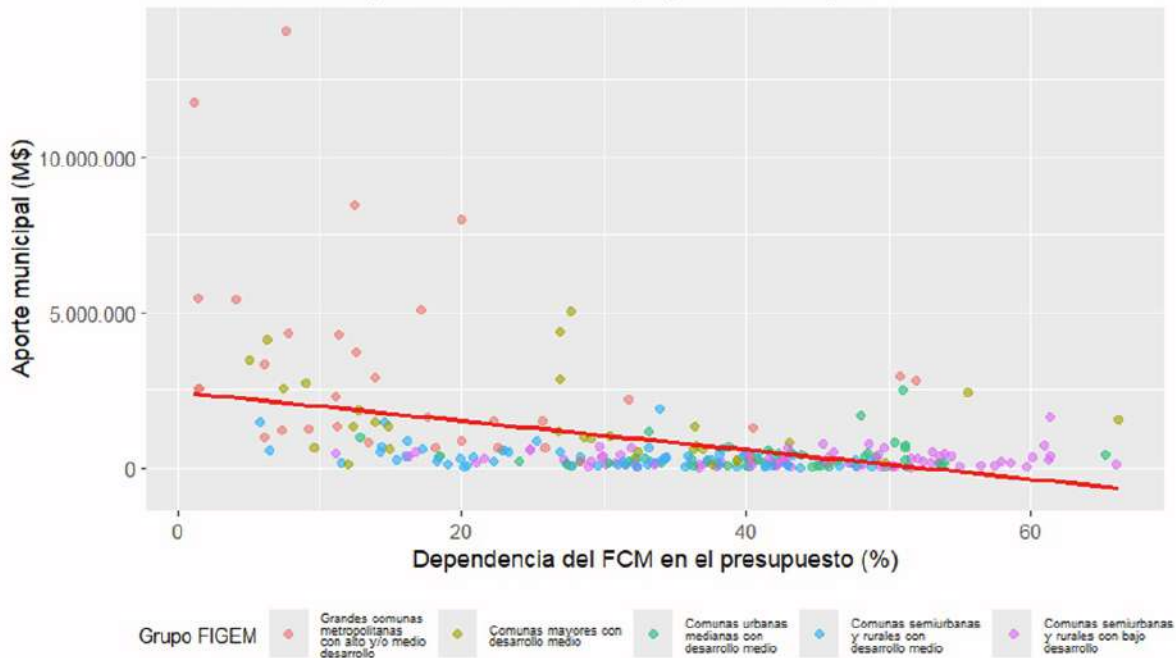
Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026



Aporte Municipal por Dependencia al Fondo Común Municipal (N = 263)

Los siguientes gráficos dan cuenta de la relación entre dependencia del Fondo Común Municipal (calculado como el monto nominal que recibe el municipio por concepto de este fondo, dividido por el monto nominal del presupuesto municipal vigente del año 2024), aporte municipal nominal (en el primer caso) y dependencia al aporte municipal en el sector salud (en el segundo caso). Sobre el primero, es posible observar una correlación negativa entre dependencia del FCM y el aporte municipal nominal; es decir, mientras más dependencia tiene el municipio respecto del fondo, es probable que aporte menos a la salud municipal. Asimismo, se puede observar que son las comunas metropolitanas y mayores las que aportan más, independiente de su grado de dependencia al FCM.

Relación entre dependencia del FCM y aporte municipal

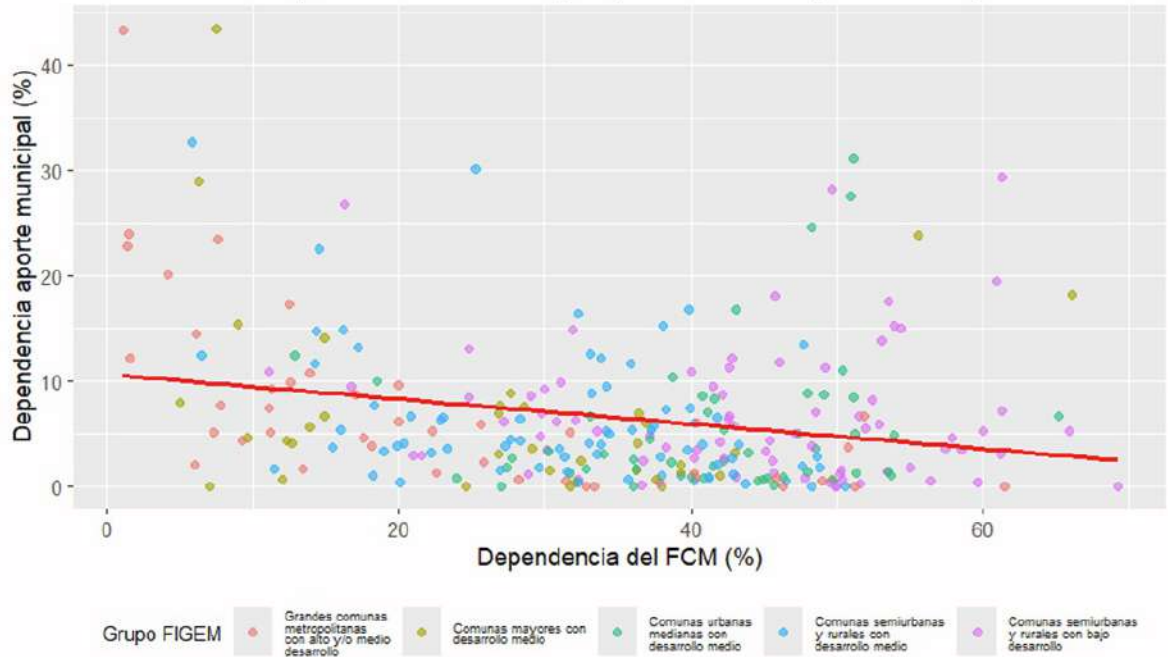


Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Sin embargo, en el segundo gráfico, que estandariza las comunas a través de la medición de su aporte en relación al presupuesto total del sector salud, si bien se mantiene la tendencia de correlación negativa entre ambas variables, el grado de esta correlación disminuye considerablemente. Esto puede indicar que, si bien existe una tendencia de menor dependencia al FCM y mayor aporte nominal al sector salud, esta no se ve necesariamente representada en un mayor porcentaje de aporte municipal en todos los casos.



Relación entre dependencia del FCM y dependencia del aporte municipal en salud



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

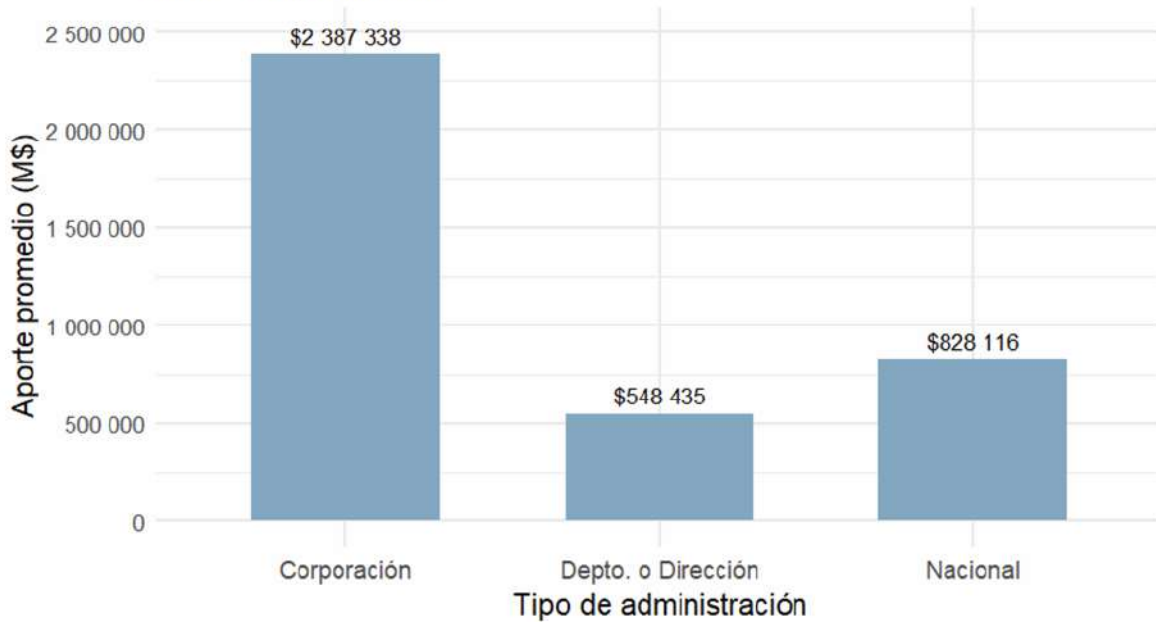
Aporte Municipal por Tipo de Administración (N = 263)

Los tres gráficos presentados a continuación muestran el promedio de aporte municipal al sector salud según el tipo de administración del área de salud de las comunas, en conjunto con el promedio de aporte municipal por inscrito, y el porcentaje de aporte municipal promedio en el presupuesto.

Los tres gráficos marcan una tendencia positiva favorable hacia las corporaciones como tipo de administración del área de salud; en aporte nominal, el promedio de aporte de las comunas con corporaciones de salud supera por casi M\$2.000.000 al promedio de las comunas con departamento o dirección de salud. Asimismo, el porcentaje de aporte al presupuesto también es mayor, con un promedio de 8,7% del presupuesto, contra un promedio de 5% en comunas con direcciones o departamentos. Por último, el aporte municipal promedio por inscrito de las comunas con corporaciones se encuentra cerca de los \$20.000 pesos anuales, mientras que en las comunas con direcciones o departamentos este monto es de aproximadamente \$15.000 pesos anuales en promedio.

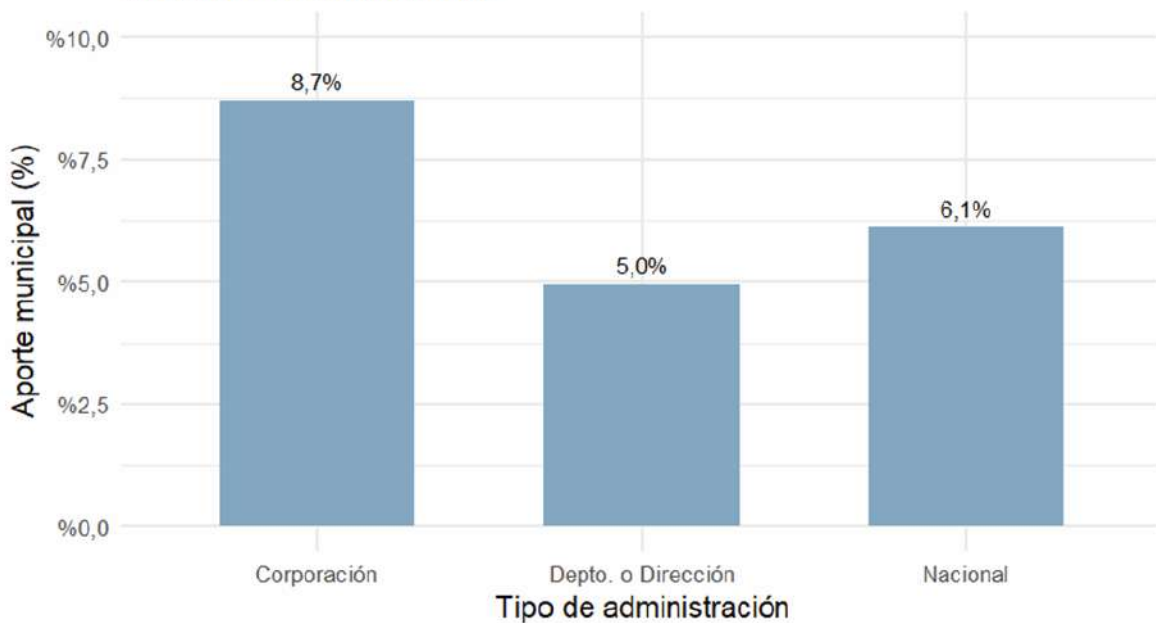


Aporte municipal promedio según tipo de administración
Promedio por comuna



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

% Aporte municipal promedio en presupuesto
Según tipo de administración

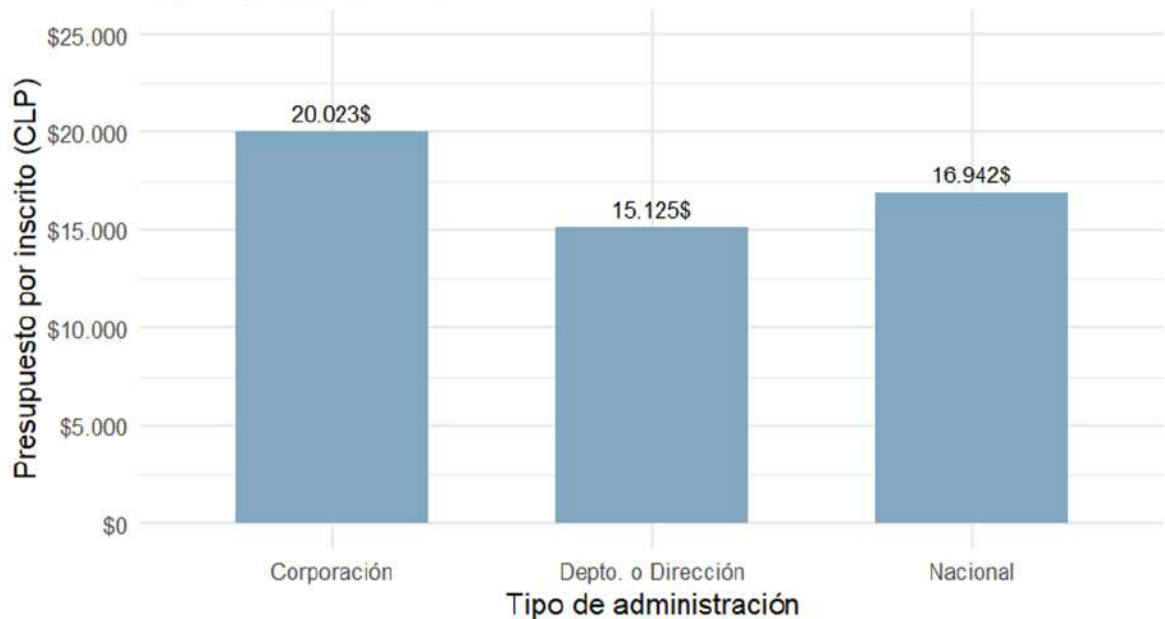


Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026



Aporte municipal promedio por inscrito FONASA

Según tipo de administración



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Implicancias para la Gestión Municipal

A partir de la información disponible, se pueden desprender elementos con claras implicancias para la gestión municipal. En primer lugar, se tiene como elemento común la gran dependencia al financiamiento proveniente del nivel central de gobierno, representado por el mecanismo de 'per cápita'. Esto, en un contexto de creciente gasto en salud, pone el foco de la discusión en el aumento del monto asignado por este concepto.

El aporte municipal, en tanto, es en gran parte dependiente de las características de la comuna; generalmente son las comunas metropolitanas las que comprometen más recursos, según lo que muestran los datos SINIM. Sin embargo, cabe destacar la gran heterogeneidad dentro de los grupos de estudio; por ejemplo, muchas comunas rurales de bajo desarrollo involucran una gran proporción de recursos al sector salud. Esto último realza la importancia de una buena gestión de recursos en salud.



Recursos Humanos³

Se excluyen las comunas que no presentan datos respecto al personal de salud contratado, en conjunto con las comunas costo fijo, por no presentar datos precisos respecto a inscritos en la comuna.

Número de Profesionales de la Salud por 1.000 Inscritos FONASA según Grupo FIGEM

El siguiente gráfico muestra la dotación de profesionales de la salud por 1.000 inscritos FONASA, organizados en tres grupos; Núcleo Clínico Resolutivo, que consta de profesionales médicos, enfermeros, y matronas, elaborado en base a las profesiones que tradicionalmente han formado el equipo de salud de los centros APS (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2023). Luego, el Equipo Multidisciplinario de Apoyo, que incluye kinesiólogos, odontólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, y tecnólogos médicos. Por último, se agrega como categoría aparte a los técnicos en enfermería de nivel superior (TENS), por su importante rol en el sistema de APS, especialmente en lo que respecta a territorios rurales y las postas de salud de estos.

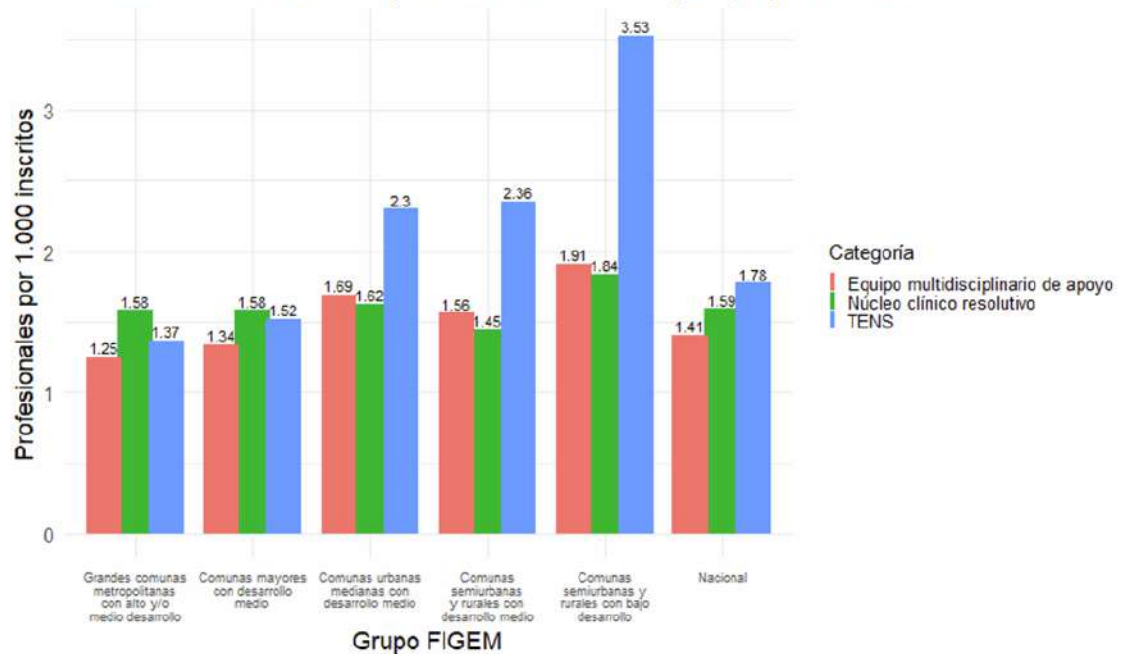
Se considera importante separar a los profesionales en estos grupos en base a la importancia teórica de la multidisciplina en los centros de atención primaria, especialmente en lo que respecta al trato adecuado de multimorbididades (Comisión Nacional de Evaluación y Productividad, 2022). Asimismo, un equipo multidisciplinario con correctos procesos de derivación está asociado a mayores niveles de resolutivez en los centros de APS (Comisión Nacional de Evaluación y Productividad, 2022), relevando aún más su importancia. Por último, es relevante mencionar que, operativamente, el número concreto de profesionales se mide en base a aquellos que se encontraban contratados al 31 de diciembre del año 2024.

En el gráfico se pueden observar algunas tendencias consolidadas; por ejemplo, un número relativamente semejante respecto de núcleo clínico en todos los grupos de comunas, en torno al promedio nacional de 1,59 profesionales de este tipo por 1.000 inscritos. Otra tendencia relevante se observa en el equipo multidisciplinario, ya que se observan menos profesionales multidisciplina en las comunas urbanas metropolitanas (1,25 por 1.000 inscritos), y comunas urbanas mayores (1,34 por 1.000 inscritos), ambos grupos bajo el promedio de 1,41. Por último, tal como se planteó en el párrafo anterior, los TENS guardan un mayor protagonismo en comunas rurales y urbanas medianas, llegando a 3,53 TENS por 1.000 inscritos en el grupo de comunas rurales de bajo desarrollo,

3 N=264

prácticamente doblando el promedio nacional de 1,78. Las comunas urbanas mayores y metropolitanas, en tanto, presentan números bajo el promedio, con índices de 1,52 y 1,37, respectivamente.

Dotación de RRHH APS por 1.000 inscritos según grupo FIGEM



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Número de Médicos por 1.000 Inscritos FONASA según Grupo FIGEM

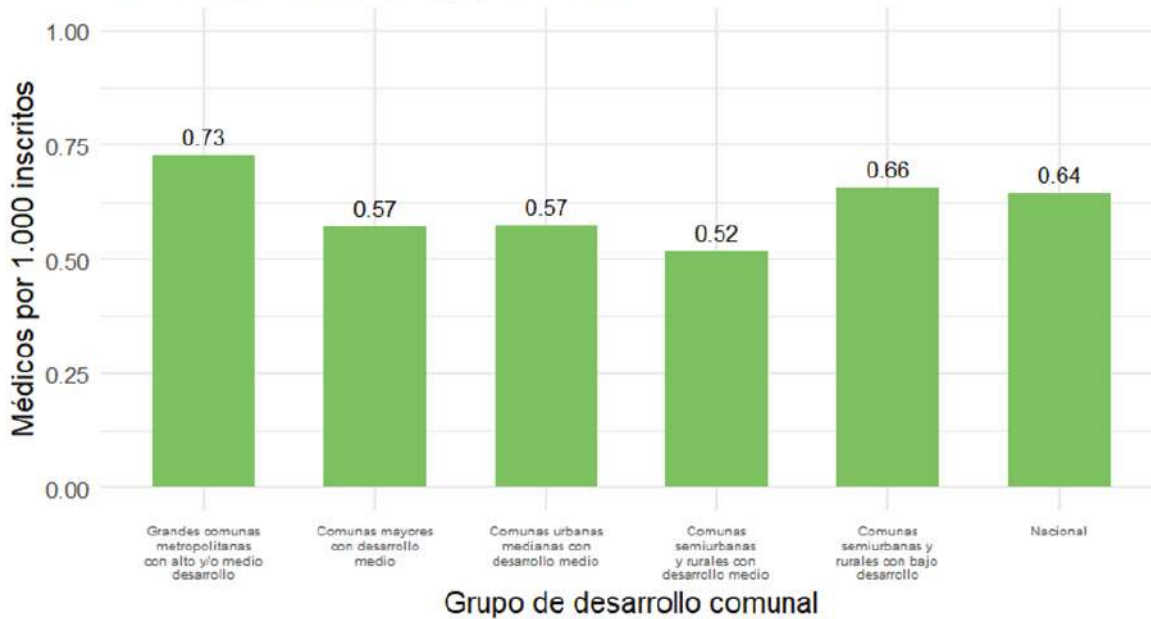
El gráfico que se presenta a continuación expone el promedio de médicos por 1.000 inscritos FONASA, organizados a partir de la clasificación FIGEM. En este se puede observar que hay, en promedio, más médicos por inscrito en las comunas metropolitanas (0,73 por 1000 inscritos), seguidas por las comunas rurales y semiurbanas con bajo desarrollo (0,66). El resto de las comunas urbanas guardan un promedio de 0,57, mientras que las comunas semiurbanas y rurales de desarrollo medio mantienen el peor promedio, con 0,52 médicos por 1.000 inscritos. El promedio nacional, en tanto, se encuentra en 0,64.

Es relevante mencionar que el estándar mínimo que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de 3 médicos por 1.000 habitantes, no obstante, esto lo plantean a nivel nacional, mientras que en el informe solo se exponen los datos correspondientes al sistema de salud pública.



Médicos por 1.000 inscritos FONASA

Promedio ponderado por grupo FIGEM



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Observando los percentiles, es de relevancia notar que solo las comunas del decil superior mantienen al menos un médico por 1000 inscritos. Asimismo, más del 60% de las comunas (161 comunas) se encuentran bajo el promedio nacional.

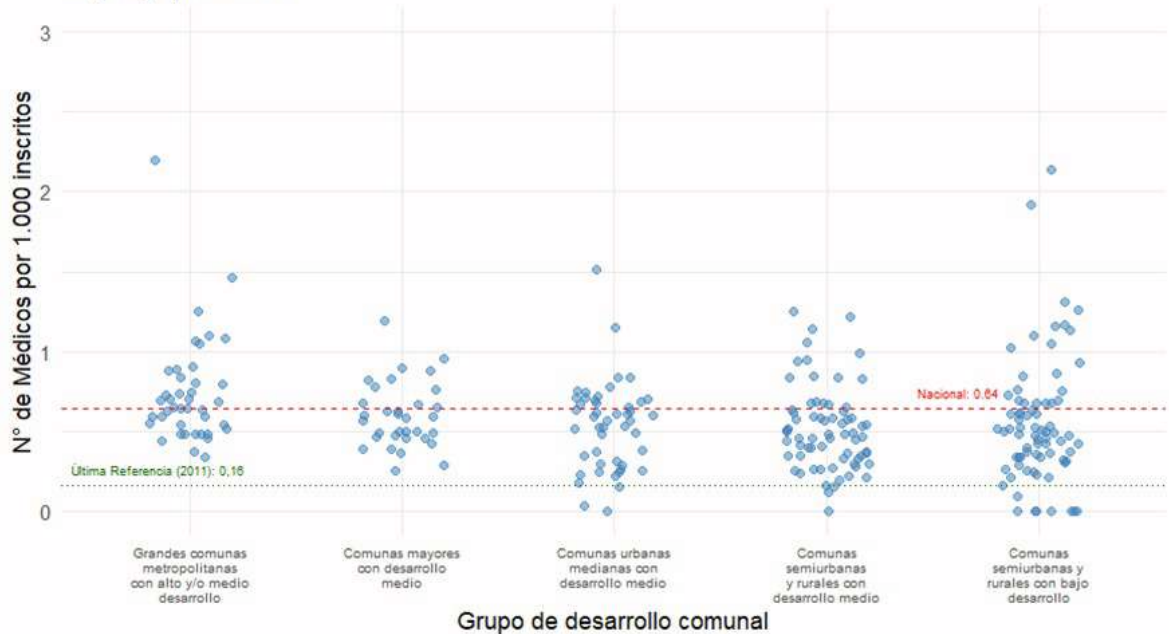
Percentil	N° de Médicos por 1000 Inscritos
P20	0,34
P50	0,53
P60	0,61
P70	0,67
P90	0,95
P100	2,19

Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

La distribución de los médicos por comuna da cuenta de lo anterior, evidenciando las pocas comunas con al menos un médico contratado por 1.000 inscritos FONASA. Asimismo, se puede observar una gran dispersión en general de los datos, dando cuenta de gran heterogeneidad entre las comunas en lo que respecta a su dotación de médicos contratados. También

es de relevancia destacar que, en base a la última referencia de médicos del sistema de APS por habitante (Riveros, Ortiz, & Mendoza, 2024), la gran mayoría de las comunas se encuentran por sobre este número, con la salvedad que en este caso se mide en base a inscritos FONASA.

Distribución de médicos por 1.000 inscritos FONASA Según grupo FIGEM



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Psicólogos por 1.000 Inscritos FONASA según Grupo FIGEM

El próximo gráfico presenta la dotación de psicólogos contratados por los municipios por 1.000 inscritos FONASA, organizados según la clasificación FIGEM. Se considera relevante incluir este indicador a luz de la denominada crisis de salud mental que atraviesa el país, que sin duda genera mayor presión en los centros de APS para llevar a cabo tratamientos adecuados con estos profesionales. Cabe mencionar, no obstante, que el número agrupa también a los psicólogos contratados en los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) administrados por los municipios, que corresponden a atención secundaria de salud, en conjunto también con otros posibles establecimientos públicos de salud mental de administración municipal.

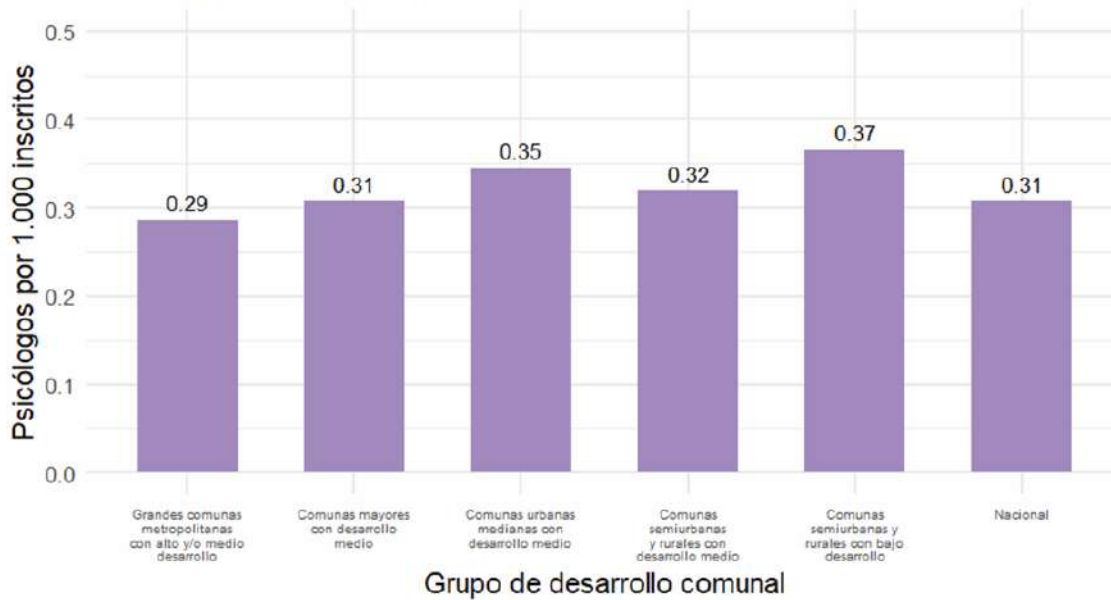
Ahora bien, a partir del gráfico se logra observar una tendencia similar a lo mostrado en la dotación de RRHH; el grupo de comunas semiurbanas y rurales de bajo desarrollo son las que poseen, en promedio, más psicólogos por inscrito, con 0,37 por 1.000 inscritos FONASA. Le siguen las comunas



urbanas medianas (0,35), las comunas semiurbanas y rurales de desarrollo medio (0,32), y las comunas urbanas mayores (0,31), equiparadas estas últimas al promedio nacional. En el último puesto con 0,29 psicólogos por 1.000 inscritos, se encuentra el grupo de comunas metropolitanas.

Psicólogos por 1.000 inscritos FONASA

Promedio ponderado por grupo FIGEM



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

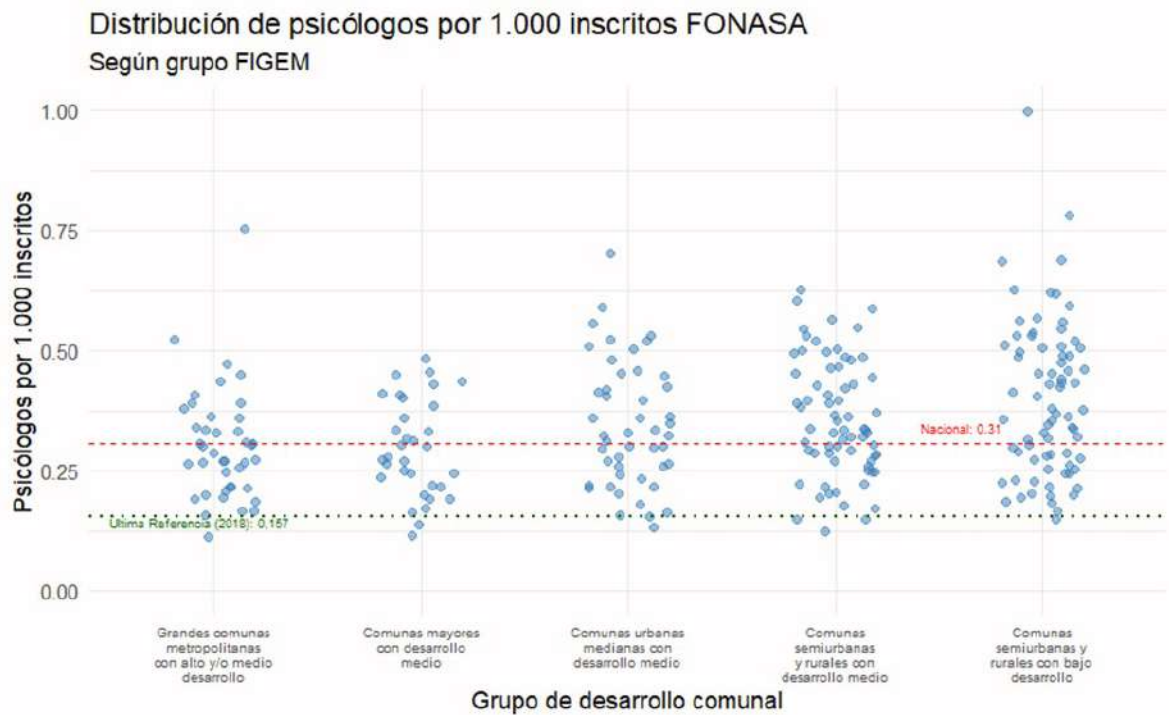
Analizando los percentiles, uno puede observar que alrededor del 60% de las comunas (154) se encuentran sobre el promedio nacional de 0,31 psicólogos por 1.000 inscritos. Asimismo, es posible observar un gran aumento en el número de profesionales del 10% superior de las comunas, llegando incluso a tener un psicólogo por 1.000 inscritos en el límite superior.

Percentil	N° de Psicólogos por 1.000 Inscritos
P10	0,19
P40	0,3
P70	0,42
P90	0,52
P100	1

Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026



El gráfico presentado a continuación confirma cierto grado de dispersión; no solo en lo que respecta a la generalidad, sino que dentro de los mismos grupos hay gran heterogeneidad de datos. Esto puede indicar que las características sociodemográficas y territoriales de las comunas no tienen mucho poder explicativo en lo que respecta a la contratación de profesionales de la salud mental en el sistema de salud municipal. Asimismo, se incluye la última referencia en lo que respecta a psicólogos del sistema público por habitante del año 2018 (Superintendencia de Salud, 2023), a partir de la cual se puede observar una mejora respecto al índice. Sin embargo, es perentorio mencionar que este índice se elabora considerando inscritos por sobre habitantes, por lo que hay que matizar este avance.



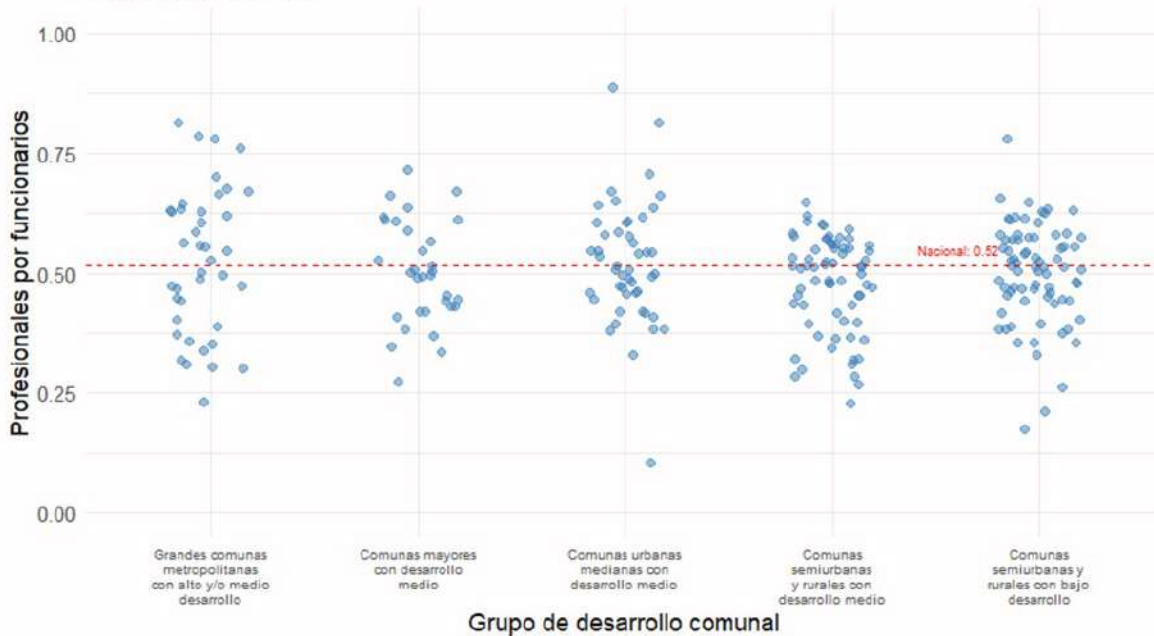
Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Profesionales de la Salud por Total de funcionarios de Sector Salud

Por último, el siguiente gráfico muestra la distribución territorial de la cantidad de profesionales de la salud por los funcionarios totales del sector salud. Se puede observar que, en promedio, la razón de los funcionarios por los profesionales de salud es de 2 a 1; es decir, por cada dos funcionarios, hay un profesional relacionado a la salud. Sin embargo, también cabe destacar la gran dispersión de los datos en este respecto, particularmente en las comunas metropolitanas y las comunas urbanas mayores, estando incluso algunas comunas en razón de 4 a 1.



Distribución de Profesionales por Funcionarios del Sector Salud Según grupo FIGEM



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Implicancias para la Gestión Municipal

La información presentada detalla un panorama claro en lo que respecta a la situación de profesionales de APS; en primer lugar, un déficit general de médicos, especialmente en las comunas rurales y urbanas medianas. Esta carencia, no obstante, pareciera no condecirse (o bien, encontrarse suplementada) por la mayor cantidad de otros profesionales de la salud, especialmente TENS. Las comunas urbanas de mayor envergadura, en tanto, muestran niveles más bajos en lo que respecta a su equipo multidisciplinario, considerando también psicólogos. Cabe destacar, sin embargo, la gran heterogeneidad de los datos, coherente con las grandes diferencias sociales y territoriales de las comunas. En suma, se puede plantear que los datos muestran una desigualdad respecto al acceso de algunos profesionales.

El desafío de la gestión municipal es, en este sentido, seguir encontrando maneras de atraer profesionales de salud que permitan acercar la práctica a sus habitantes, a pesar de las posibles condiciones físicas y sociales adversas a las que se enfrentan. Esto, sin embargo, en muchos casos no se puede hacer a partir de solo voluntad de los municipios; es aquí donde el gobierno central debe también contribuir, considerando estas condiciones en su esquema programático.



Infraestructura y Equipamiento⁴

Se excluyen las comunas que no presentan datos respecto a la cantidad de centros asistenciales debido a la no recepción de estos datos, en conjunto con las comunas costo fijo, por no presentar datos precisos respecto a inscritos en la comuna, elemento relevante en el tratamiento de los datos.

Asimismo, es importante señalar que la presencia territorial de centros de salud con plausible enfoque familiar (CESFAM, CESCOF, PSR), predominante en la salud pública primaria en Chile, es prácticamente total; solo 2 de las 265 comunas que presentan datos en este respecto no presentan este tipo de centro de salud.

Presencia de Centros de Salud Familiar (CESFAM)

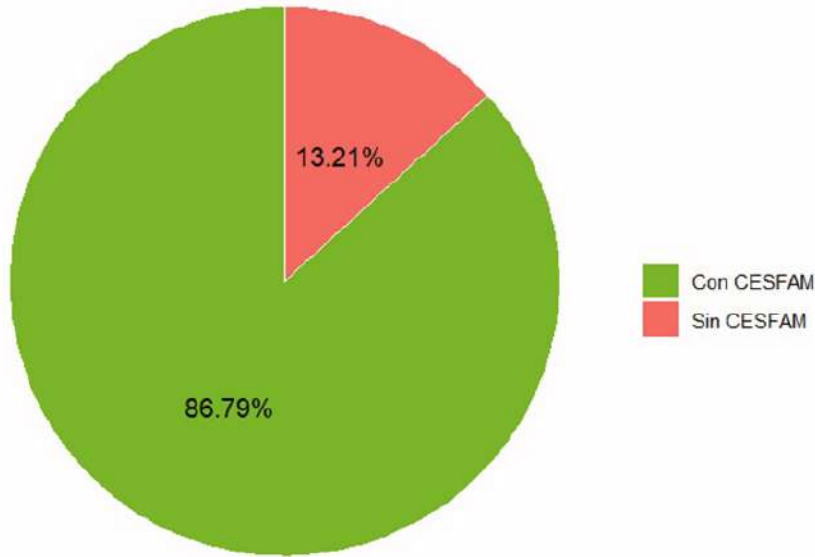
El gráfico a continuación exhibe la presencia de Centros de Salud Familiar en las comunas nacionales. Se puede observar que existe una gran cobertura de estos centros, encontrándose presentes en alrededor de 87% (230) de las comunas estudiadas.

Examinando la presencia según la clasificación FIGEM que se presenta en la tabla que prosigue al gráfico, se puede observar una mayor y casi total presencia en comunas metropolitanas y urbanas mayores, solo no estando presente el establecimiento en dos de estas. El resto de los grupos comunales presenta niveles más bajos de presencia, aunque igualmente elevados; 83% de las comunas urbanas medianas, 85% de las comunas semiurbanas y rurales con desarrollo medio, y 80% en las comunas semiurbanas y rurales con desarrollo bajo.

4 N=276



Presencia de CESFAM a nivel nacional (N = 265)



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Grupo FIGEM	Con CESFAM	Sin CESFAM	% de Comunas con Cesfam
Grandes comunas metropolitanas con alto y/o medio desarrollo	40	1	98%
Comunas mayores con desarrollo medio	33	1	97%
Comunas urbanas medianas con desarrollo medio	39	8	83%
Comunas semiurbanas y rurales con desarrollo medio	58	10	85%
Comunas semiurbanas y rurales con bajo desarrollo	60	15	80%
Nacional	230	35	86%

Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Número de CESFAM por 20.000 inscritos FONASA

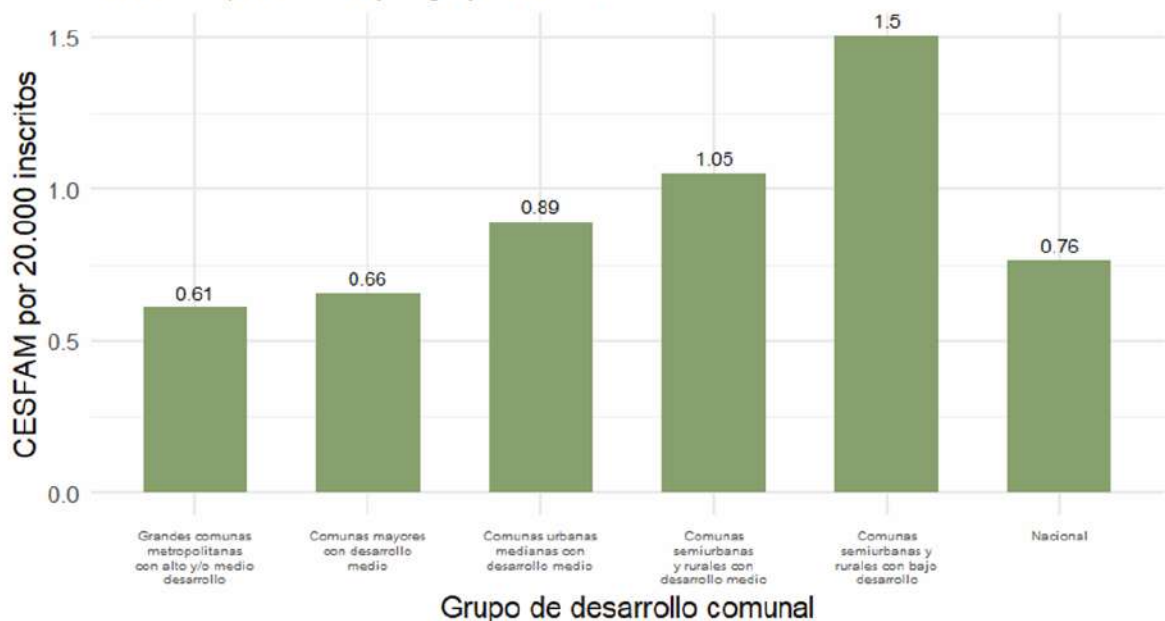
El siguiente gráfico presenta la cantidad de CESFAM promedio por 20.000 inscritos FONASA, según la clasificación comunal FIGEM. Se utiliza 20.000 inscritos debido a que es catalogado como el número óptimo de usuarios a cargo del establecimiento (Servicio



de Salud Metropolitano Norte, sf.) Se puede observar una mayor cantidad de CESFAM por inscrito promedio en las comunas rurales, particularmente en el grupo de comunas rurales de bajo desarrollo (1,5 CESFAM por 20.000 inscritos). Le siguen las comunas rurales de desarrollo medio (1,05), las comunas urbanas medias (0,89), y por último las comunas urbanas mayores y las comunas metropolitanas con alrededor de 0,6 CESFAM por 20.000 inscritos. Esta distribución tiene sentido, considerando la mayor concentración de población en grandes comunas urbanas.

CESFAM por 20.000 inscritos FONASA

Promedio ponderado por grupo FIGEM

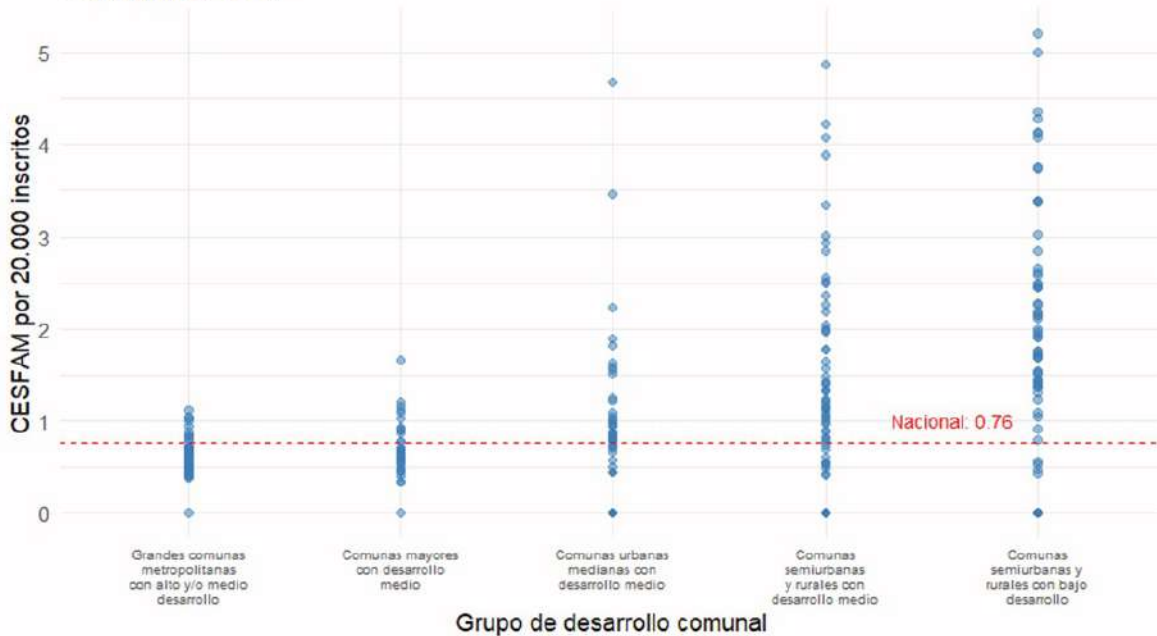


Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

El gráfico de dispersión presentado a continuación evidencia esto, con pocas comunas metropolitanas y mayores sobrepasando la cifra de un CESFAM por 20.000 inscritos, y presentando una distribución normal en torno al promedio nacional de 0,76. Luego, a medida que los grupos se tornan menos urbanos, con comunas de menor población, estos van presentando valores más altos de CESFAM por inscritos, en conjunto con una mayor dispersión entre las comunas.



Distribución de CESFAM por 20.000 inscritos FONASA Según grupo FIGEM



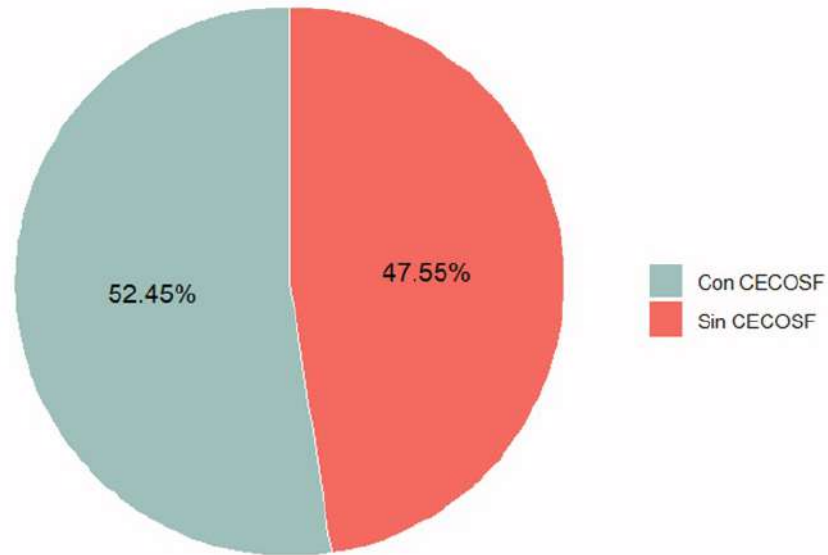
Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Presencia de Centros Comunitarios de Salud Familiar

El siguiente gráfico da cuenta de la presencia de Centros Comunitarios de Salud Familiar en las comunas del país. En contraste con la presencia de CESFAM, menos comunas poseen CECOSF; alrededor del 52% (139) de las comunas estudiadas, dando cuenta de su rol complementario ante los otros centros. Asimismo, en la tabla subsecuente se puede observar su mayor presencia en comunas metropolitanas y urbanas mayores, estando presentes en alrededor del 80% de las comunas en ambos grupos. Le siguen las comunas urbanas medianas con un 50%, las comunas semiurbanas y rurales con desarrollo medio con un 44%, y al final, las comunas rurales de bajo desarrollo, con presencia en 30% de sus comunas.



Presencia de CECOSF a nivel nacional (N = 265)



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Grupo FIGEM	Con CECOSF	Sin CECOSF	% de Comunas con CECOSF
Grandes comunas metropolitanas con alto y/o medio desarrollo	33	8	80%
Comunas mayores con desarrollo medio	28	6	82%
Comunas urbanas medianas con desarrollo medio	25	22	53%
Comunas semiurbanas y rurales con desarrollo medio	30	38	44%
Comunas semiurbanas y rurales con bajo desarrollo	23	52	30%
Nacional	139	126	52%

Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Número de CECOSF por 5.000 inscritos FONASA

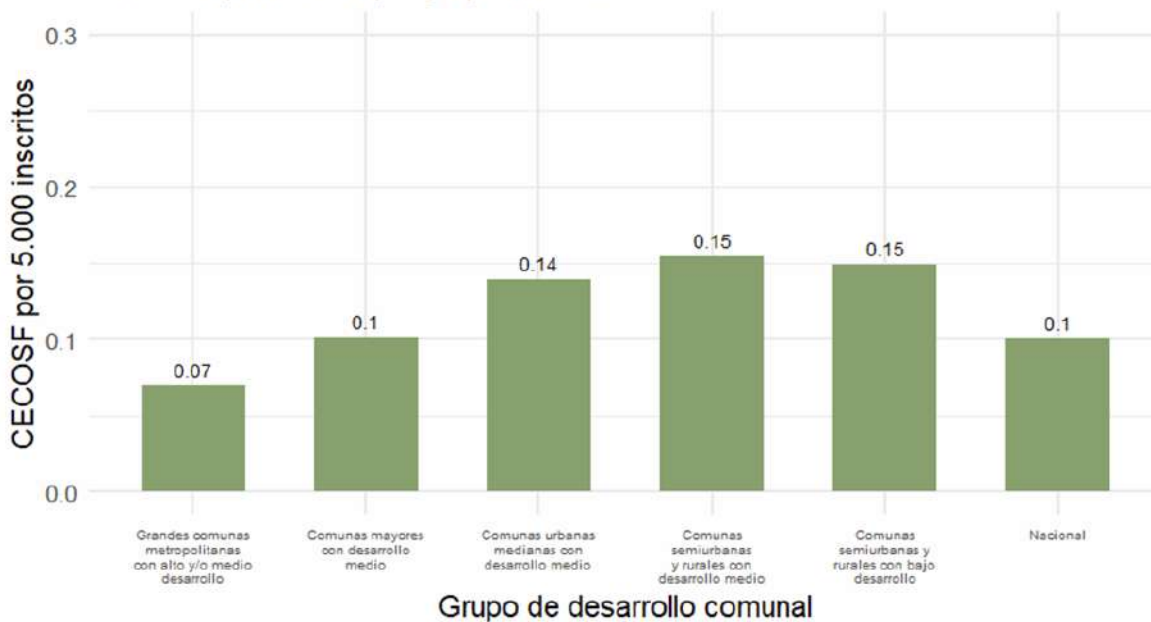
El gráfico de a continuación detalla el número de CECOSF por 5.000 inscritos FONASA. Al igual que en el gráfico anterior de estas características, se utilizan los 5.000 inscritos debido a que su carga ideal promedio es de



5.000 pacientes. Así, se observa que, a pesar de tener menor presencia en comunas rurales, semiurbanas, y urbanas medianas, la cantidad de centros por 5.000 inscritos es superior en estos grupos (alrededor de 0.15 CECOSF por 5.000 inscritos). Esto, al igual que en el caso de los CESFAM, se debe presumiblemente por la menor cantidad de población en estas comunas. Le siguen los grupos de comunas mayores (0,1), y de comunas metropolitanas (0,07).

CECOSF por 5.000 inscritos FONASA

Promedio ponderado por grupo FIGEM

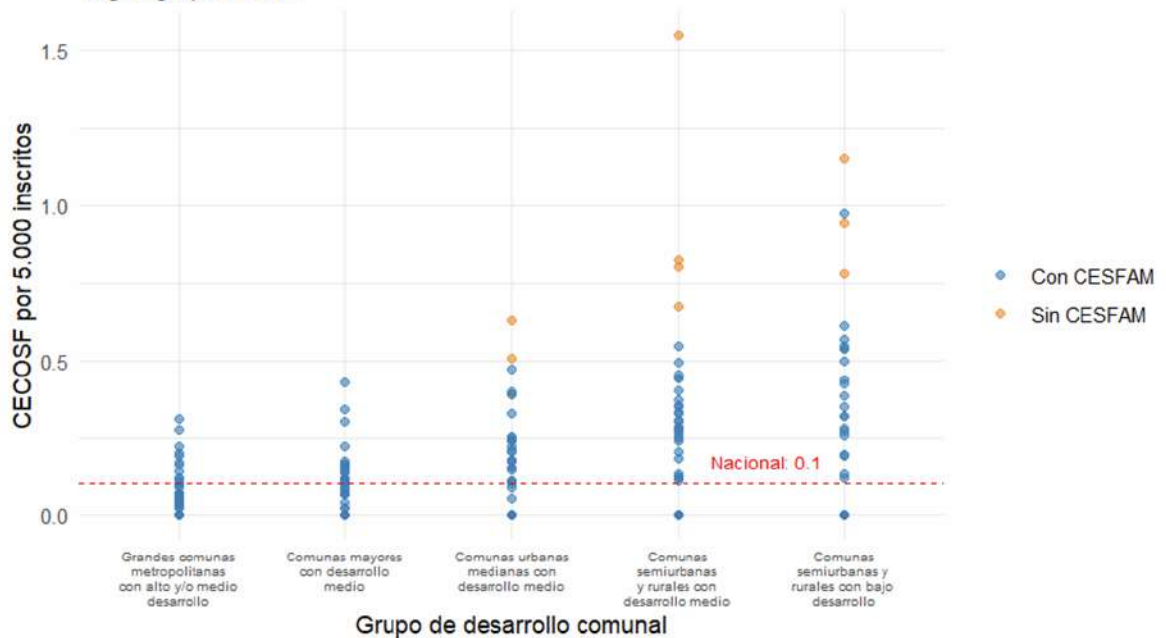


Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

El gráfico de dispersión confirma la importancia de estos centros en las comunas rurales; al tener carga para una menor cantidad de personas, muchas de las comunas que no poseen CESFAM, poseen CECOSF como principal establecimiento de atención, como bien se evidencia observando que los valores más altos del gráfico corresponden a comunas urbanas, semiurbanas, y rurales sin CESFAM. En tanto, en las comunas con CESFAM se presentan valores más bajos de CECOSF por inscrito, cercanos al promedio nacional de 0,1, marcándolos como complementarios en ambientes urbanos.



Distribución de CECOSF por 5.000 inscritos FONASA Según grupo FIGEM



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

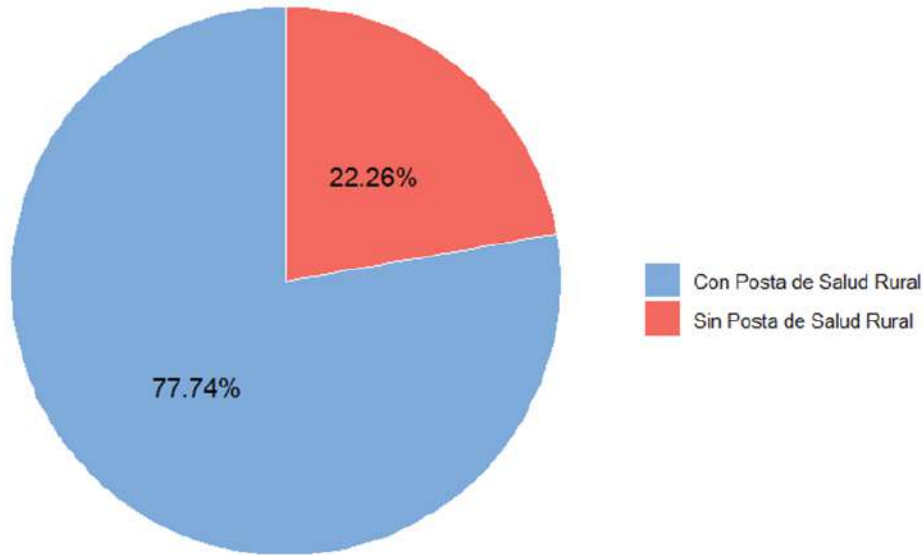
Presencia de Postas de Salud Rural

El siguiente gráfico representa la presencia de Postas de Salud Rural en las comunas del país; se puede observar una mayor presencia respecto a la cantidad de comunas con CECOSF, pero un poco menor a la cantidad de comunas con CESFAM, con 206 comunas (77%) que poseen PSR.

Asimismo, como se esperaría, tiene una mayor presencia en comunas rurales y suburbanas; 98% (74) en comunas semiurbanas y rurales de desarrollo bajo, y 85% (58) en las de desarrollo medio, mismo porcentaje que en las comunas urbanas medianas (40). Sin embargo, en comunas urbanas mayores también mantienen una gran presencia, 76% (26 comunas). El único grupo en el que la presencia disminuye por debajo del 50% es en las comunas metropolitanas, encontrándose en solo 8 de 41 comunas (19%).



Presencia de Postas de Salud Rural a nivel nacional (N = 265)



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Grupo FIGEM	Con Posta de Salud Rural	Sin Posta de Salud Rural	% de Comunas con PSR
Grandes comunas metropolitanas con alto y/o medio desarrollo	8	33	19%
Comunas mayores con desarrollo medio	26	8	76%
Comunas urbanas medianas con desarrollo medio	40	7	85%
Comunas semiurbanas y rurales con desarrollo medio	58	10	85%
Comunas semiurbanas y rurales con bajo desarrollo	74	1	98%
Nacional	206	59	77%

Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Postas de Salud Rural por 2.000 inscritos FONASA

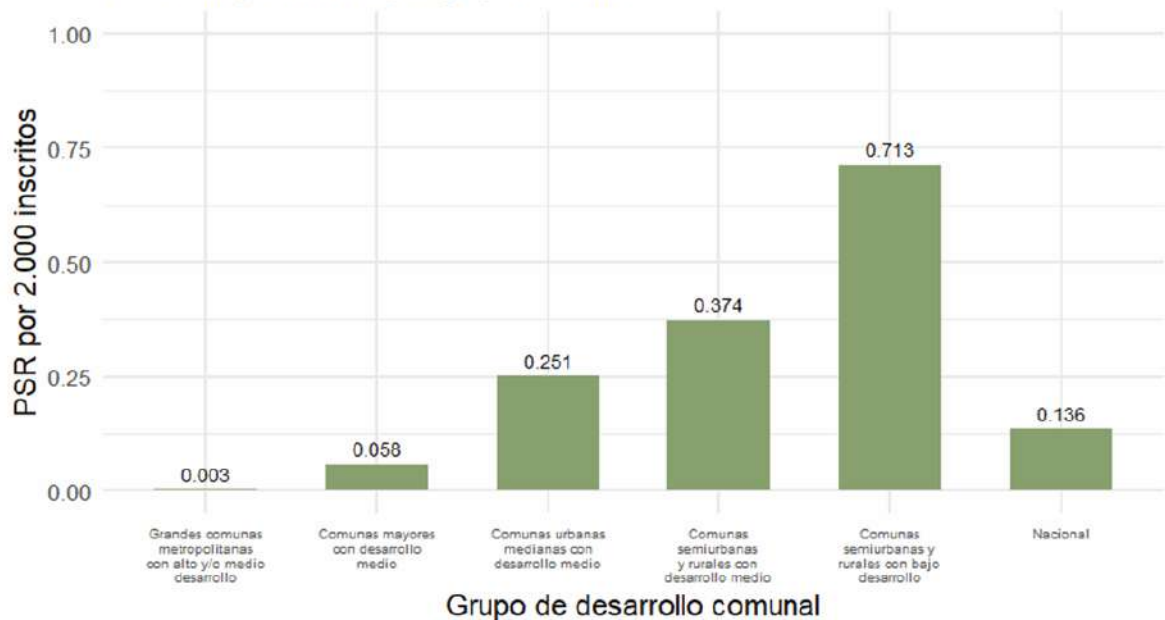
El siguiente gráfico muestra la cantidad de PSR por 2.000 inscritos FONASA, clasificados según los grupos FIGEM. Se puede observar una mínima presencia de PSR por inscritos en las comunas más



urbanas, mientras que en las comunas rurales y semiurbanas guardan gran preponderancia, llegando a haber 0,7 PSR por 2.000 inscritos en comunas rurales de bajo desarrollo, y 0,37 en las comunas rurales de desarrollo medio. Nuevamente, esto está acorde con lo representado anteriormente con CESFAM y CECOSF, considerando el mayor número de población en comunas urbanas mayores.

Postas de Salud Rural por 2.000 inscritos FONASA

Promedio ponderado por grupo FIGEM

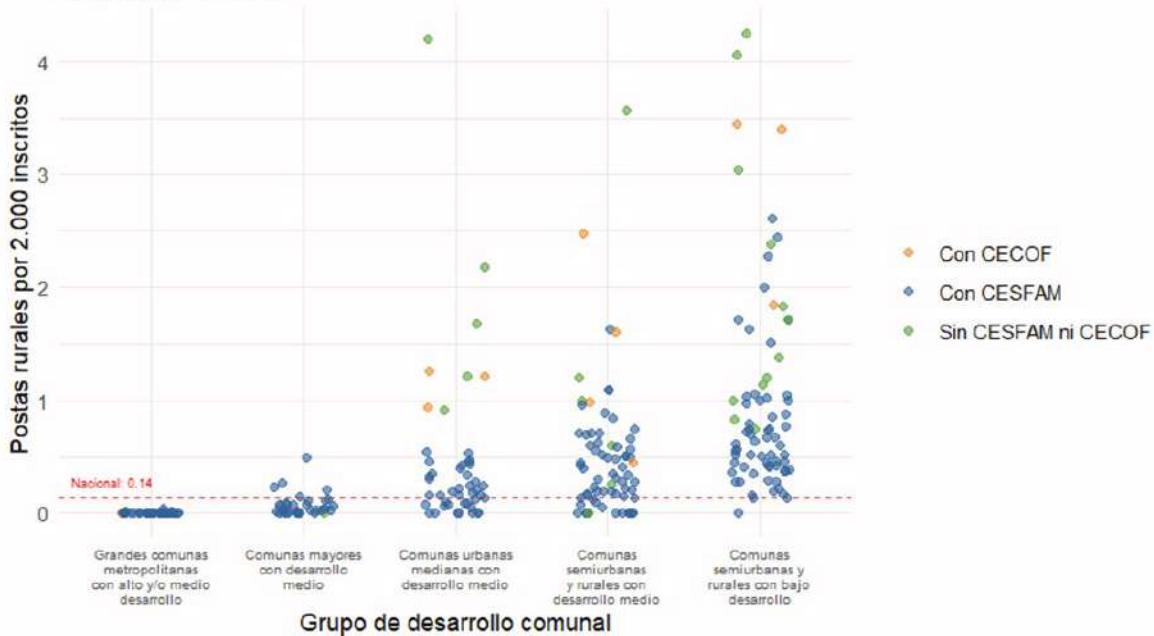


Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

El gráfico de dispersión muestra cómo, exactamente, es que se ubican estas comunas respecto del índice de PSR por 2.000 inscritos FONASA. Al igual que en el gráfico de dispersión anterior, las comunas con valores más altos del índice no presentan ni CESFAM ni CECOSF, lo que da cuenta la importancia estructural de los PSR en este tipo de comunas. Asimismo, las comunas que poseen CESFAM tienden a tener valores más bajos respecto del índice, presumiblemente porque su gran cantidad de población requería soluciones de establecimiento con mayor capacidad de carga, lo que tendría incidencia en la cantidad de PSR en la comuna.



**Distribución de postas de salud rural por 2.000 inscritos FONASA
Según grupo FIGEM**



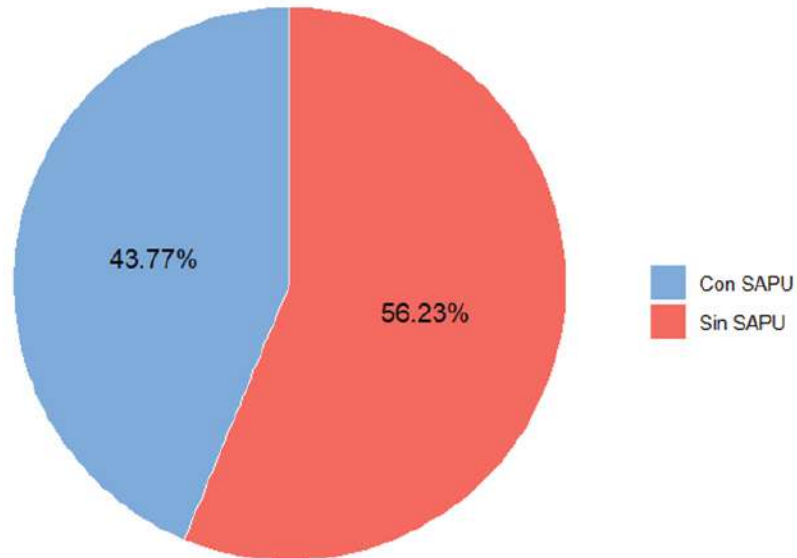
Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Presencia de Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)

El siguiente gráfico hace referencia a la presencia de Servicios de Atención Primaria de Urgencia en las comunas de Chile. Estos datos son de relevancia, en tanto una gran porción de población del país tiene su puerta de entrada al sistema de salud cuando las situaciones son de emergencia, a diferencia de lo que se plantea como el ideal de la atención primaria (prevención, controles, entre otras soluciones médicas). Asimismo, en un contexto de congestión hospitalaria, los SAPU funcionan como centros que pueden enfrentar mayor complejidad que los otros establecimientos, sin tener que recurrir, los pacientes, al hospital para algunas urgencias.

Los datos del gráfico, y la subsecuente tabla, dan cuenta que en menos del 50% de las comunas hay SAPU (43%, 116 comunas), y suelen estar dispuestos con mayor frecuencia en comunas urbanas (100% en comunas metropolitanas, 85% en urbanas mayores). Estos datos mantienen el sentido de lo señalado anteriormente; estos servicios se encuentran dentro del mismo rango de oferta que los hospitales, de manera tal que las urgencias de menor grado o complejidad puedan optar por una atención más rápida en estos servicios.



Presencia de Servicios de Atención Primaria de Urgencia a nivel nacional (N = 265)


Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Grupo FIGEM	Con SAPU	Sin SAPU	% de Comunas con SAPU
Grandes comunas metropolitanas con alto y/o medio desarrollo	41	0	100%
Comunas mayores con desarrollo medio	29	5	85%
Comunas urbanas medianas con desarrollo medio	19	28	40%
Comunas semiurbanas y rurales con desarrollo medio	12	56	17%
Comunas semiurbanas y rurales con bajo desarrollo	15	60	20%
Nacional	116	149	43%

Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Ambulancias por grupo FIGEM

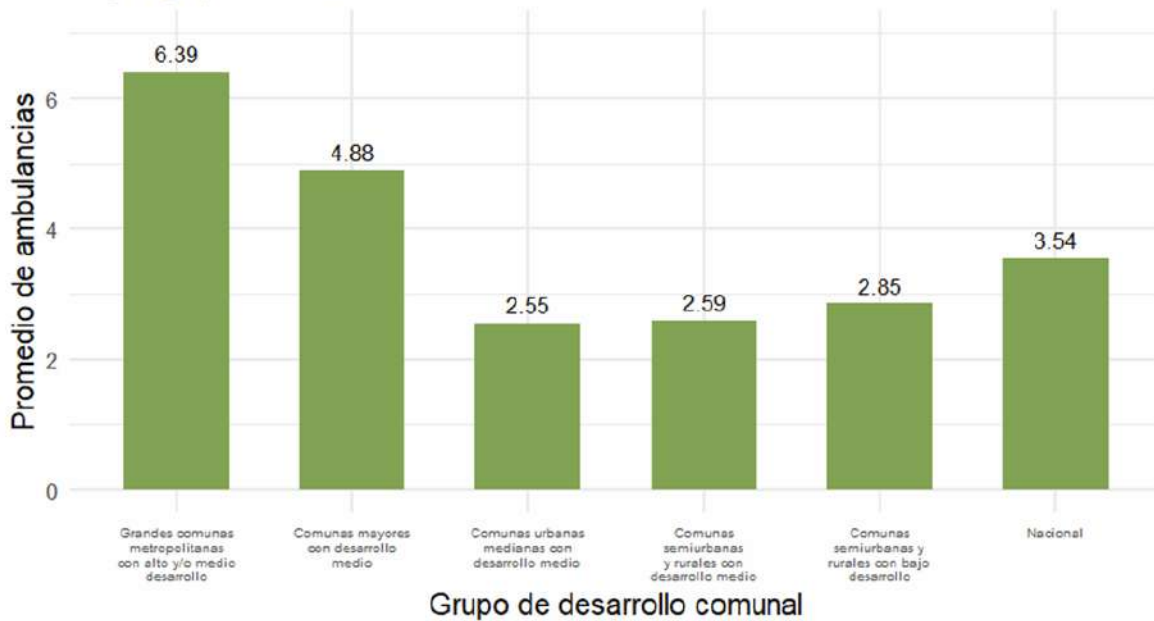
Por último, el siguiente gráfico muestra el promedio del número de ambulancias por comuna, según la clasificación FIGEM. Se logra observar que, en promedio, las grandes comunas metropolitanas



mantienen un mayor número de ambulancias, siendo este 6,39 por comuna. Le siguen las comunas mayores (4,88 por comuna), y luego las comunas semiurbanas y rurales de bajo desarrollo (2,85). Al final, con valores cercanos a 2,6 ambulancias por comuna, se encuentran los grupos de comunas urbanas medianas, y comunas semiurbanas y rurales de desarrollo medio.

Promedio de ambulancias por comuna

Según grupo FIGEM



Fuente: Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) 2026

Implicancias para la Gestión Municipal

Los datos presentados en esta sección sugieren, entre otros variados elementos, una alta cobertura territorial a nivel comunal en lo que respecta a centros de salud primarios, diferenciados por tipo y nivel de carga ideal. Sin embargo, las comunas parecieran verse enfrentadas a distintos desafíos a partir de sus condiciones territoriales y demográficas; en el caso de las comunas urbanas, los datos sugieren que los centros de salud actuales no cubren a cabalidad la demanda en salud, considerando su capacidad de carga. Por el otro lado, si bien las comunas rurales presentan mayor cantidad de centros por inscrito (considerando, también su capacidad de carga), se pueden enfrentar igualmente a problemas relacionados a la accesibilidad de sus centros, considerando la extensión territorial de estas comunas.



A partir de esto, es que se torna perentorio para la gestión municipal planificar, en conjunto con las autoridades sectoriales del gobierno central, la infraestructura venidera, considerando también su ubicación y los cambios en términos de población (como, por ejemplo, el envejecimiento demográfico). En lo inmediato, el gran desafío de esta gestión se encuentra en encontrar maneras para amortiguar estos problemas.



Síntesis Resultados

Institucionalidad

- A nivel nacional, de las 321 comunas que administran centros de atención primaria, 49 comunas (15,3%) utilizan la figura de Corporación para la gestión de sus servicios de salud, mientras que 272 comunas (84,7%) utilizan unidades internas del municipio, como departamentos o direcciones.
- En términos de distribución por grupos FIGEM, la utilización de Corporaciones se concentra principalmente en comunas urbanas de mayor desarrollo. En las grandes comunas metropolitanas con alto y/o medio desarrollo, 22 de 45 comunas utilizan esta figura (48,9%), mientras que en las comunas mayores con desarrollo medio lo hacen 8 de 36 comunas (22,2%).
- En las comunas de menor desarrollo, en tanto, se suelen utilizar unidades internas del municipio. Así, en las comunas urbanas medianas con desarrollo medio, la presencia de Corporaciones es de 3 de 53 comunas (5,7%), en las comunas semiurbanas y rurales con desarrollo medio 11 de 83 comunas (13,3%), y en las comunas de menor desarrollo la proporción disminuye a 5 de 104 comunas (4,8%).
- Si bien las corporaciones son minoría frente a las direcciones o departamentos, estas son usuales en comunas urbanas de mayor desarrollo y recursos. Esto puede ser que se dé por la figura jurídica de derecho privado de las corporaciones, que permite mayor laxitud en lo que respecta a la gestión de recursos.

Cobertura

- Si bien a nivel nacional el promedio de cobertura de atención primaria municipal es de 74,3%, alrededor de un 20% de las comunas (62 comunas) presentan niveles de cobertura menores al 50%, mientras que aproximadamente la mitad de las comunas (160 comunas) presentan coberturas superiores al 90%.
- No obstante lo anterior, aproximadamente la mitad de las comunas (160 comunas) presentan coberturas superiores al 90%. Asimismo, 105 comunas (32,7%) presentan coberturas superiores al 100%, lo que implica que el número de personas inscritas en sus centros de atención primaria supera su población comunal estimada.



- Sobre la dispersión de cobertura; a nivel de grupos FIGEM, la dispersión es menor en comunas metropolitanas y mayores, mientras que, en comunas urbanas medianas, semiurbanas, y rurales presentan mayores rangos de variación en sus niveles de cobertura, con diferencias cercanas a 50 puntos porcentuales en sus rangos centrales.
- A nivel regional, la Región de Antofagasta presenta la menor cobertura promedio (65,2%), mientras que la Región del Maule presenta los niveles más altos (90,5%). Asimismo, la Región de Tarapacá destaca por presentar todas sus comunas por sobre el promedio nacional.

Recursos financieros

- Existe una clara diferencia en los niveles de presupuesto según el tipo de comuna. Las grandes comunas metropolitanas presentan los mayores niveles de presupuesto, con un promedio cercano a M\$36.000.000, mientras que las comunas semiurbanas y rurales presentan los niveles más bajos, entre aproximadamente M\$5.000.000 y M\$6.500.000. Esto puede tener relación con el nivel de recursos de la comuna, o bien su número de población.
- La distribución del presupuesto nominal es desigual; el 50% de las comunas (140) presentan promedios menores a M\$7.012.817, mientras que el 10% superior presentan promedios mayores a M\$35.161.213, evidenciando una fuerte concentración en un número reducido de comunas.
- Entre 2023 y 2024 se observa un aumento general del presupuesto vigente promedio (de M\$12.268.585 a M\$13.711.692, un incremento de 11,8% nacional), con distintas magnitudes dependiendo del grupo. Las grandes comunas metropolitanas muestran el mayor incremento (13,3%), mientras que las comunas rurales presentan aumentos más moderados, entre 10% y 11%.
- Al analizar el presupuesto por población inscrita, son las comunas semiurbanas y rurales con menor desarrollo las que presentan mayores montos promedio por inscrito, alcanzando valores cercanos a \$370.000 anuales (o bien, \$30.500 mensuales), mientras que las grandes comunas metropolitanas presentan los valores más bajos, con montos cercanos a \$250.000 anuales por inscrito (o bien, \$20.440 mensuales).
- El monto del aporte 'per cápita' se comporta como se pensaba; en comunas urbanas, con mayor número de población inscrita,



hay mayor preponderancia en promedio del monto, llegando a M\$22.096.665 en el grupo comunas metropolitanas. No obstante, este monto representa, en promedio, fracciones bastante similares en todos los grupos comunales, con una varianza de aproximadamente 5% (61,35 a 56,61% en los grupos metropolitano y rural de desarrollo bajo, respectivamente). *Esto último puede representar que, más allá de las diferencias nominales, el mecanismo está bien distribuido.*

- Respecto al análisis de los percentiles, es llamativo que, para un 30% de las comunas (84), el monto 'per cápita' representa menos del 50% del presupuesto vigente total. Asimismo, para el 60% de las comunas (167) representa el 60%, y para el 90% (251) de estas representa el 73% del presupuesto, lo que indica que el 'per cápita' en la gran mayoría de las comunas representa alrededor 50 y 73% de presupuesto vigente.
- Tomando en consideración que el 'per cápita' basal del año 2024 fue de 11.205, los valores se encuentran generalmente bien representados, salvo algunos casos específicos. Asimismo, a medida que baja la urbanidad, y aumenta la ruralidad de los grupos, estos aumentan el promedio de 'per cápita' que reciben por inscrito, lo que va en consonancia con los criterios de aumento del monto.
- De esta manera, a nivel mensual por inscrito, el aporte per cápita promedio de las comunas rurales de bajo desarrollo es de \$17.307 pesos por inscrito, mientras que las comunas urbanas medianas, semiurbanas, y rurales de desarrollo medio presentan alrededor de \$15.550 pesos por inscrito. Las comunas metropolitanas y urbanas mayores presentan los niveles más bajos, aproximadamente \$12.800 pesos por inscrito. El promedio nacional es de \$13.800 pesos por inscrito, aproximadamente.
- El aporte municipal nominal, en tanto, presenta una alta heterogeneidad, en línea con el comportamiento del monto 'per cápita'; comunas metropolitanas de mayores recursos aportan más (alrededor de M\$3.000.000, en promedio), mientras que comunas rurales aportan menos (alrededor de M\$300.000, en promedio).
- A pesar de esto último, el promedio del porcentaje que representan del presupuesto es interesante; si bien en las comunas metropolitanas representa un mayor aporte del presupuesto total (8%), le sigue el grupo de comunas rurales de bajo desarrollo (5,64%). **Esto puede indicar que, si bien en términos**



nominales las metropolitanas invierten más en el sector salud, tanto estas comunas como las comunas rurales de bajo desarrollo dependen de un mayor esfuerzo municipal para la administración de sus servicios de salud.

- Lo anterior tiene un correlato con el promedio de aporte municipal mensual por inscrito, que muestra que las comunas rurales de bajo desarrollo, en promedio, aportan más por inscrito que las demás (\$1.727). Le siguen las comunas metropolitanas (\$1.631). Las comunas urbanas medianas de desarrollo medio, en tanto, son las que, en promedio, menos porcentaje aportan al sector salud (\$1.035 por inscrito).
- En relación con la dependencia del Fondo Común Municipal (FCM) y el aporte municipal al sector salud; se observa una correlación negativa en términos nominales, en la que, a mayor dependencia del fondo, menor es el aporte municipal. Sin embargo, esta relación se aminora al analizar el peso del aporte municipal en el presupuesto de salud, donde no se logran identificar tendencias demasiado claras. *De esta manera, se podría decir que la dependencia del FCM en el presupuesto no explica de manera determinante el aporte municipal por inscrito, pero es una relación que podría seguir explorándose.*
- Por último, observando el aporte municipal según el tipo de administración del sistema de salud municipal; la presencia de una administración tipo corporación marca una posible tendencia a mayor inversión en salud, presentando promedios mayores en lo que respecta a aporte municipal nominal, aporte municipal por inscrito, y porcentaje de aporte municipal en presupuesto vigente que las direcciones o departamentos de salud.

Recursos humanos

- Respecto a la dotación de profesionales de la salud por 1.000 inscritos FONASA; los promedios grupales del núcleo de profesionales conformado por médicos, enfermeras, y matronas se mantiene relativamente homogéneo, cercanos al promedio nacional de 1,59 profesionales por 1.000 inscritos. Esta tendencia cambia cuando se mide el resto del equipo de salud, presentando las comunas urbanas de gran envergadura alrededor de 1,3 profesionales por 1.000 inscritos, mientras que los de comunas rurales, semiurbanas, y urbanas medianas superan los 1,5 profesionales.
- El caso de los Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS) es particular, por la gran presencia en comunas rurales y urbanas



medianas; las comunas rurales de bajo desarrollo presentan un promedio de 3,53 profesionales por 1.000 inscritos, en contraste al promedio de 1,37 en el grupo de comunas metropolitanas. Esto se explica, en parte, por la centralidad de los TENS en lo que respecta a las PSR.

- El promedio de médicos contratados por comuna en el sistema de atención primaria municipal, si bien presenta diferencias por grupo, se encuentra generalmente por debajo del médico por 1000 inscritos FONASA, salvo por algunas excepciones. Esto se sitúa bastante por debajo lo que plantea la OMS como mínimo para la población total (3 médicos por 1000 habitantes), y más aún del promedio OCDE (3,8 médicos por 1000 habitantes). El promedio nacional ponderado de 0,64 médicos así lo evidencia, y la cantidad de comunas bajo el promedio (161 comunas - más del 60%) lo confirma.
- Se debe destacar, además, la distribución altamente heterogénea de este índice, ya que presenta una amplia dispersión entre comunas de mismo grupo FIGEM, evidenciando diferencias en la dotación médica asociadas a otras características municipales.
- Habiendo señalado lo anterior, son las grandes comunas metropolitanas con alto y/o medio desarrollo las que presentan el mayor promedio de médicos por inscrito (0,73), seguidas por las comunas semiurbanas y rurales con bajo desarrollo (0,66). Las comunas urbanas se sitúan en torno a 0,57 médicos por 1.000 inscritos, mientras que las comunas rurales de desarrollo medio muestran el promedio más bajo (0,52).
- En línea con los datos expuestos en la dotación de profesionales de la salud, la cantidad de psicólogos por 1.000 inscritos disminuye a medida que aumenta el grado de urbanidad de los grupos, yendo de 0,37 psicólogos por 1.000 inscritos en el grupo de comunas semiurbanas y rurales de bajo desarrollo, a 0,29 en el grupo de comunas metropolitanas, bajo el promedio nacional de 0,31. Sin embargo, hay que destacar la gran dispersión de los datos, indicando que la situación cambia bastante según la comuna.
- Por último, la distribución de profesionales de la salud por el número de funcionarios totales del sector de salud municipal muestra grandes diferencias entre comunas, algunas estando en una elevada proporción de 3 profesionales de salud a 4 funcionarios, mientras que otras se encuentran en una proporción de 1 profesional de salud por 4 funcionarios. El promedio nacional, en tanto, se mantiene en un punto medio; alrededor de 1 profesional de salud por 2 funcionarios (0,52).



Infraestructura y equipamiento

- A nivel nacional, es importante destacar la presencia de centros de salud con enfoque familiar; de las comunas analizadas, solo 2 no cuentan con algún establecimiento de este tipo, lo que evidencia una cobertura estructural amplia del modelo de atención primaria.
- En cuanto a la presencia de Centros de Salud Familiar en el país; el 86% de las comunas cuenta con al menos uno, observándose una mayor cobertura en comunas urbanas mayores (98-97%), pero, al mismo tiempo, una gran cobertura en todos los grupos (>80%).
- En cuanto al número de CESFAM por 20.000 inscritos FONASA, se observa una clara tendencia favorable hacia las comunas rurales, que en promedio presentan más de 1 CESFAM por 20.000 (que supone la carga teórica del establecimiento). A medida que aumenta la urbanidad, disminuye este valor, llegando a 0,61 CESFAM promedio en las comunas metropolitanas.
- Esto último mantiene sentido con lo esperado; teóricamente, las comunas urbanas con mayor población producen mayor presión de carga a la infraestructura, mientras que en las comunas rurales con menor población, el mayor problema suele ser la accesibilidad por sobre la carga. *No obstante, esto podría estar relacionado también con falta de infraestructura, que se condice con el hecho de que varios CESFAM urbanos presentan más de 40.000 inscritos.*
- La presencia de los Centros Comunitarios de Salud Familiar, en tanto, es más limitada y heterogénea, considerando también que son centros complementarios, diseñados para una menor carga de población (5.000 personas, en promedio). Sin embargo, presentan un 52% de cobertura a nivel nacional, con mayor presencia en comunas urbanas grandes (alrededor de 80%), y baja presencia en comunas rurales y urbanas medias (entre 50 y 30%)
- Esta mayor presencia en las comunas urbanas se refleja en el índice de CECOSF por 5.000 inscritos FONASA, en la que se puede observar una baja proporción de estos establecimientos por inscritos en comunas urbanas, que aumenta y se dispersa a medida que aumenta la ruralidad. Esto se condice con el carácter complementario de los CECOSF, que responde más a necesidades territoriales.
- Esto último también se puede observar en el gráfico de dispersión, a partir del hecho de que los valores más altos del índice, tienden a ser comunas sin CESFAM; es decir, comunas de menor población



en las que no es eficiente colocar un establecimiento diseñado para una mayor población.

- Las Postas de Salud Rural, en tanto, como bien indica su nombre, tienen una gran presencia en las comunas rurales, llegando a un 98% de cobertura en el grupo de comunas rurales y semiurbanas de bajo desarrollo. En el resto de los grupos también presenta gran porcentaje de cobertura (85-70%), exceptuando el grupo de comunas metropolitanas, que presenta un 19%, dejando en evidencia el rol central de las Postas en territorios rurales.
- El promedio de PSR por 2.000 inscritos también se comporta de forma esperada; un promedio muy bajo en comunas urbanas, con gran porcentaje de inscritos y menos PSR, y un promedio que se acerca a 0,8 PSR por 2.000 inscritos en las comunas rurales de bajo desarrollo. El gráfico de dispersión explica parcialmente estas cifras, ya que muestra que los valores más bajos en este respecto provienen de comunas con CESFAM (es decir, con otro establecimiento para satisfacer la demanda de atención), y los más altos o bien poseen CECOSF, o ninguno de estos dos establecimientos.
- La presencia de Servicios de Atención Primaria de Urgencia, por su lado, presenta una distribución marcadamente desigual, concentrándose en comunas urbanas, yendo desde un 100% de presencia en comunas metropolitanas, a aproximadamente 20% en comunas semiurbanas y rurales. A nivel nacional, el 43% de las comunas dispone de este tipo de establecimiento.
- En cuanto a la disponibilidad de ambulancias, se observa una distribución heterogénea entre las comunas, con diferencias en el número promedio de vehículos según grupo FIGEM. En general, las comunas de mayor desarrollo y urbanidad tienden a concentrar un mayor número de ambulancias (de 4,5 a 6,5), mientras que las comunas urbanas medianas, semiurbanas, y rurales mantienen un promedio cercano a las 3 ambulancias. El promedio nacional, en tanto, es de 3,54.



Conclusiones y Reflexiones

El Sistema de Atención Primaria es parte fundamental de los Sistemas de Salud, al ser este la *puerta de entrada* al sistema asistencial en su totalidad. Sin embargo, aún está lejos del ideal planteado en la Conferencia de Alma-Ata, a pesar de los esfuerzos globales para fortalecer los respectivos sistemas APS. Chile, en este respecto, no es la excepción; desde la municipalización del sistema en adelante, se han realizado numerosas acciones en favor de la consolidación de la APS, lo que ha derivado en los numerosos avances en lo que respecta a la salud general de la población.

Habiendo señalado lo anterior, existen también varios problemas que afectan el desempeño de los centros APS. A partir de los datos presentados, se puede concluir que, en general, las comunas rurales con menos recursos tienen que invertir más porcentaje de ingreso, en promedio, que el resto de las comunas al sector salud. Asimismo, si bien hay una buena cobertura territorial general del sistema, en las comunas rurales que presentan mayor dispersión cabe preguntarse respecto a la accesibilidad de los centros comunales dispuestos. Estos elementos, si bien solo representan una parte de la realidad del sistema APS, dan cuenta de indicios respecto a la heterogeneidad y desigualdad presente entre las comunas y el acceso de su población al sistema de salud primario.

Las comunas urbanas metropolitanas, por su parte, presentan tendencias que llevan a considerar que sufren de problemas relacionados a su capacidad instalada; si bien poseen altos niveles de cobertura, su infraestructura se encuentra baja respecto a la cantidad de población que, teóricamente, resiste.

Otro indicador de esta desigualdad se encuentra en la cantidad de médicos y profesionales de la salud en los respectivos grupos comunales; se logra observar que las comunas urbanas tienen, teóricamente, más disponibilidad de médicos, mientras que en las comunas rurales priman otros profesionales de la salud. Esto revalida parcialmente lo planteado anteriormente; puede que existan problemas respecto de los incentivos para que los médicos vayan a sectores rurales. Esto, no obstante, se tiene que investigar con mayor profundidad para ser demostrado.

Asimismo, cabe mencionar el interés investigativo respecto a los elementos que no fue posible investigar a partir de la base de datos de SINIM. Entre estos, se destaca la resolutivez de los centros APS, su organización digital, y los elementos de Tecnologías de la Información y la Comunicación que han (o no) implementado.



De esta manera, es posible constatar que la administración de los centros APS de administración municipal responden a características y capacidades heterogéneas, con profundas desigualdades en lo que respecta a su territorio, recursos, y variables sociodemográficas. Sin embargo, esto solo representa una porción de lo que realmente implica la administración de estos centros, por lo que es necesario continuar investigando en este ámbito.



Bibliografía

- Agenda País. (8 de Octubre de 2025). Crisis de salud mental en Chile: 13,7% de los adultos presenta depresión, según experta . Obtenido de El Mostrador: <https://www.elmostrador.cl/agenda-pais/vida-en-linea/2025/10/08/crisis-de-salud-mental-en-chile-137-de-los-adultos-presenta-depresion-segun-experta/>
- Aguilera Sanhueza, X. (2019). ¿Qué es un Sistema de Salud? En C. González, C. Castillo-Laborde, & I. Matute, *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de Salud Poblacional N°2*. (págs. 13-36). Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo.
- Cardemil, M. (2022). *Estado de la Atención Primaria de Salud en Chile*. Santiago de Chile: Biblioteca del Congreso Nacional.
- Comisión Nacional de Productividad. (2022). *Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS)*. Santiago de Chile: CNP.
- Gattini Collao, C. (2019). *Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional: Vigencia, experiencia y desafíos*. Santiago de Chile: Observatorio Chileno de Salud Pública.
- Gobierno de Chile. (1 de Septiembre de 2024). *Noticias: Gobierno de Chile*. Obtenido de Gobierno de Chile: <https://www.gob.cl/noticias/copago-cero-cumple-dos-anos-16-millones-personas-han-sido-beneficiadas/#:~:text=Cifras%20de%20usuarios%20de%20Fonasa%20Cabe%20destacar,En%20el%20desglose%20esto%20corresponde%20a%20que:>
- Gómez Bradford, M. I., Quiroga, A., Matute, I., González, C., Castillo-Laborde, C., & Fuentes, R. (2019). Prestadores de Servicios Asistenciales de Salud. En C. González, C. Castillo-Laborde, & I. Matute, *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de Salud Poblacional N°2* (págs. 91-122). Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo.
- González, C., Castillo-Laborde, C., & Matute, I. (2019). El Sistema de Salud Chileno: Estructura General y Financiamiento. En C. González, C. Castillo-Laborde, & I. Matute, *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de Salud Poblacional N°2*. (págs. 37-48). Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo.



Kiernan, J. P. (2003). *Alma-Ata: 25 años después*. Obtenido de Organización Panamericana de Salud: <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues#:~:text=%22La%20Conferencia%20internacional%20sobre%20atenci%C3%B3n%20primaria%20de,el%20esp%C3%ADritu%20y%20contenido%20de%20esta%20Declaraci%C3%B3n.%22>

Organización Mundial de la Salud. (12 de Septiembre de 1978). *Alma-Ata*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/alma-ata>

Riveros, D., Ortiz, A., & Mendoza, Á. (2024). Relevancia y contribución de la Atención Primaria de Salud. *Revista Médica del Maule - Vol 39 (1)*, 62-72.

Rojas, J. (2023). La administrativización de las corporaciones municipales: Revisión a partir del Dictamen 160.316 del 2021 de la Contraloría General de la República. *Revista de Derecho Público* N°98, 79-94.

Schulz, H. (2023). RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA DE LAS MUNICIPALIDADES. *Revista Chilena de la Administración del Estado* N°10, 39-83.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2023). *ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2025). *ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud: Gobierno de Chile.

Superintendencia de Salud. (2023). *Caracterización de Psicólogos (as) en Chile*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Vargas, S. (24 de Septiembre de 2015). "Las metas sanitarias de Atención Primaria de Salud Municipal son un incentivo perverso". Obtenido de Salud Pública Universidad de Chile: <https://saludpublica.uchile.cl/noticias/115573/las-metas-sanitarias-de-aps-municipal-son-un-incentivo-perverso>

World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000*. Ginebra.



AMUCH

ASOCIACIÓN DE MUNICIPALIDADES DE CHILE



OBSERVATORIO
DE SALUD PRIMARIA