DECLARACIÓN DE

SAN CLEMENTE 2026

Hacia los 50 Años de Alma-Ata

Una propuesta desde el territorio para la salud del futuro

Adoptada por el

Congreso Nacional de Atención Primaria de Salud

"Camino a los 50 Años de Alma-Ata"

San Clemente, Región del Maule, Chile

Mayo de 2026

Preámbulo

Nosotros, los participantes del Congreso Nacional de Atención Primaria de Salud “Camino a los 50 años de Alma-Ata”, reunidos en San Clemente, Región del Maule, Chile, en mayo de 2026, provenientes de los equipos de salud, los gobiernos locales y regionales, las comunidades organizadas, las universidades, los gremios profesionales, las asociaciones de usuarios y los socios internacionales que nos han acompañado desde el Perú, Argentina, Colombia y el País Vasco;

Conscientes de que en septiembre de 2028 se conmemorarán los cincuenta años de la histórica Declaración de Alma-Ata, que estableció la salud como derecho humano fundamental y la atención primaria como estrategia esencial y prioritaria para alcanzarla;

Reconociendo que la Declaración representó el compromiso más ambicioso jamás formulado por la comunidad internacional en torno al derecho a la salud, y que sus principios —equidad, intersectorialidad, participación, responsabilidad ineludible del Estado y tecnología apropiada— conservan plena vigencia frente a los desafíos actuales;

Constatando con honestidad que, a casi medio siglo de aquella convocatoria, persisten brechas estructurales que nos interpelan, como la traducción errónea de “primary” como “básico” en lugar de “esencial” ha perpetuado la idea de una atención de baja complejidad para los más pobres, en lugar de la atención integral, prioritaria y universal que Alma-Ata reivindicó; modelos selectivos y verticales han fragmentado el cuidado; la mercantilización de la salud avanza, en muchos países, contra el principio de responsabilidad ineludible del Estado; y la “ley de cuidados inversos” —según la cual el sistema atiende menos a quienes más lo necesitan— sigue operando bajo nombres nuevos;

Observando, al mismo tiempo, que el envejecimiento poblacional, las amenazas del cambio climático, la transformación digital y la crisis de sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios exigen una respuesta urgente, sistémica y radicalmente renovada, donde la atención primaria deje de ser entendida como espacio de consulta clínica y se consolide como infraestructura social de respuesta y como articuladora del bienestar de todas y cada una de las personas, sus comunidades y sus territorios.;

Comprometidos a que la conmemoración del 50° aniversario de Alma-Ata no sea un acto ceremonial, sino un horizonte de desafíos concretos, verificables y exigibles, y a que esta renovación nazca desde el territorio —con los actores diversos que lo habitan— y se proyecte al país y al mundo;

DECLARAMOS lo que sigue:

❦ ❦ ❦

Artículo I

De la sostenibilidad financiera y la responsabilidad pública en salud

I.1 Reafirmamos que la atención primaria, como estrategia esencial y prioritaria del sistema sanitario, requiere recursos públicos suficientes, estables y crecientes, y que la insuficiencia financiera estructural en que opera la APS en Chile y en numerosos países de América Latina es incompatible con el ideal de universalidad inscrito en Alma-Ata.

I.2 Constatamos que existe consenso total en la necesidad de aumentar el per cápita basal en al menos un treinta por ciento para cubrir la demanda real y la complejidad epidemiológica creciente, y que esta brecha no puede continuar siendo asumida por los equipos de salud mediante el deterioro de sus condiciones laborales.

I.3 Comprometemos nuestro esfuerzo en impulsar:

a) La actualización del per cápita basal con indexadores por determinantes sociales y epidemiología territorial.

b) La creación de un Fondo Nacional de disminución de brechas para la mejora permanente de infraestructura y equipamiento de la APS, con participación de los gobiernos regionales.

c) La actualización y rediseño de los Programas de Reforzamiento de la APS para incorporar eficiencia y efectividad en el uso de recursos operativos y logísticos permanentes.

Artículo II

De la gobernanza territorial y los determinantes sociales de la salud

II.1 Reafirmamos el principio fundacional de Alma-Ata, que afirma que la salud no se construye en el consultorio, sino en el barrio, en el territorio donde las personas viven, trabajan, estudian y envejecen. La acción intersectorial no es accesoria de la atención primaria, sino que es su condición de posibilidad.

II.2 Reconocemos que los determinantes sociales —agua, vivienda, educación, trabajo, ambiente— configuran la salud con más fuerza que cualquier intervención clínica

aislada, y que la APS debe transformarse en articuladora de la acción intersectorial sobre estos determinantes.

II.3 Comprometemos nuestro esfuerzo en impulsar:

a) El PLADECO[1] como instrumento vinculante de política local de salud, con metodologías participativas reales y mecanismos de evaluación territorial.

b) Ordenanzas municipales que obliguen al seguimiento intersectorial de las acciones de salud.

c) La identificación sistemática de infraestructura comunitaria y de liderazgos sociales como capital territorial para la salud.

d) La integración de la gestión hídrica, ambiental, habitacional y educativa con la planificación de la atención primaria.

Artículo III

De la gobernanza técnico-comunitaria y la participación con poder de decisión

III.1 Reafirmamos que la participación de la comunidad —no en su forma ceremonial, sino con poder real de incidencia— es uno de los principios irrenunciables de Alma-Ata, y que su ausencia explica buena parte de las deudas pendientes del proyecto de atención primaria.

III.2 Constatamos que los actuales mecanismos de gobernanza de las redes de salud carecen de instancias técnicas con representación comunitaria efectiva y con capacidad vinculante de priorización estratégica, lo que limita la legitimidad y la pertinencia de las decisiones del sistema.

III.3 Hacemos nuestra la propuesta del Foro 3 del Congreso y comprometemos nuestro esfuerzo en impulsar:

a) La conformación de Consejos Técnicos Territoriales Participativos, con influencia efectiva de toma de decisiones y priorización periódica de lineamientos estratégico-técnico-comunitarios.

b) La creación y articulación mejorada de Equipos de Gestión de Red como herramientas operativas coordinadoras de los prestadores del territorio (públicos y privados).

[1] PLADECO: Plan de Desarrollo Comunal, es un instrumento que cada municipio debe tener según la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y debe orientar el desarrollo de la comuna.

c) El desarrollo de una Plataforma Interoperable en tres niveles —local, regional y nacional— como infraestructura común de la red que dé soporte de información a la toma de decisiones técnico-comunitaria.

Artículo IV

De la humanización del cuidado, la ética de la atención y el buen morir

IV.1 Declaramos que humanizar la atención implica reconocer a la persona en toda su dimensión, promoviendo una relación basada en la dignidad, la empatía y el acompañamiento. Desde la ética del cuidado, enfatizamos que resolver los problemas de salud no es suficiente si no se cuida también la experiencia humana de quienes sufren, sus familias y los equipos de salud, cada uno tiene su propia historia que es única y digna de ser respetada.

IV.2 Relevamos la importancia de fortalecer y desarrollar nuevos espacios de escucha, apoyo emocional y atención centrada en la persona, en coherencia con los principios de la Atención Primaria de Salud impulsados por la Declaración de Alma-Ata.

IV.3 Hacemos nuestra la propuesta del Foro 4 del Congreso de avanzar hacia una "medicina armónica" que incorpore la ética de la ignorancia —saber compartir los límites de la ciencia—, la ética de la negativa —decir no con cortesía ante demandas excesivas— y la compasión activa, entendida como la disposición a movilizar recursos reales que alivien el sufrimiento. Del mismo modo, relevamos la importancia de favorecer el buen trato y el clima humano al interior de los equipos de salud.

IV.4 Comprometemos nuestro esfuerzo en impulsar:

a) La integración de los cuidados paliativos universales en la red de APS, garantizando el alivio del dolor, evitando la prolongación terapéutica sin beneficio y reconociendo el "buen morir" como parte natural de la vida.

b) Programas regionales de formación de los equipos en humanización, ética del cuidado y trato digno.

c) La incorporación de indicadores de trato digno y satisfacción usuaria como métricas críticas del desempeño del sistema, con peso equivalente al de los indicadores financieros.

Artículo V

De la resiliencia sanitaria territorial y la respuesta de la APS ante el cambio climático

V.1 Declaramos que el cambio climático y las emergencias asociadas —incendios forestales, olas de calor, crisis hídricas, eventos epidemiológicos, inseguridad alimentaria— constituyen una amenaza estructural a la salud de las poblaciones, y que la atención primaria debe asumir un rol estratégico no solo en la respuesta, sino en la preparación y la recuperación territorial frente a estas crisis.

V.2 Hacemos nuestros los planteamientos del Foro 5 del Congreso, aceptando que las capacidades actuales de respuesta territorial de la APS son insuficientes, la coordinación intersectorial para emergencias es débil, y los territorios rurales y aislados resultan particularmente vulnerables. La resiliencia sanitaria no depende únicamente de recursos clínicos, sino también de cohesión social y organización territorial.

V.3 Reafirmamos que la APS debe consolidarse como infraestructura social de respuesta —no solo como espacio de consulta— y comprometemos nuestro esfuerzo en impulsar:

a) Planes territoriales de resiliencia sanitaria de la APS, con identificación de infraestructura comunitaria crítica y de liderazgos sociales para la respuesta.

b) Sistemas comunitarios de alerta temprana y vigilancia epidemiológica con base territorial.

c) La integración explícita del enfoque de cambio climático y gestión del riesgo en la planificación sanitaria de los territorios.

d) Capacidades especializadas en salud mental comunitaria post-emergencia, con prioridad en personas mayores y en situación de dependencia.

e) Estrategias diferenciadas para comunidades rurales y aisladas, reconocidas como territorios de máxima vulnerabilidad sanitaria ante el cambio climático.

Artículo VI

De la transformación digital y la interoperabilidad como condiciones de equidad

VI.1 Reafirmamos que la transformación digital de la salud no es un fin en sí mismo, sino una condición necesaria para superar la fragmentación de la red, garantizar la continuidad del cuidado y reducir —no profundizar— las brechas entre territorios urbanos y rurales.

VI.2 Constatamos que los sistemas de información actuales operan como silos desconectados, que la trazabilidad fin a fin del paciente entre la APS y los niveles hospitalarios sigue siendo inexistente en muchos territorios, y que la brecha digital rural constituye una amenaza directa al principio de equidad de Alma-Ata.

VI.3 Hacemos nuestras las propuestas del Foro 6 del Congreso y comprometemos nuestro esfuerzo en impulsar:

a) Una ficha clínica única e interoperable entre APS y hospitales antes de 2028, con trazabilidad fin a fin del paciente.

b) La garantía de conectividad universal y hardware adecuado para la APS rural, con estándares nacionales mínimos.

c) La incorporación progresiva de inteligencia artificial para tamizajes, ecografía portátil (POCUS)[2] y diagnóstico en el punto de atención (POC), con evaluación tecnológica rigurosa y criterios éticos.

d) El cumplimiento estricto de la normativa de protección de datos personales sensibles, reconociendo que la confianza de las personas es condición previa de toda digitalización legítima.

Llamado a la acción

A los gobiernos nacionales, les exhortamos a asumir plenamente la responsabilidad ineludible del Estado en la garantía del derecho a la salud, traducida en presupuestos suficientes, normativas exigibles y capacidad rectora efectiva.

A los gobiernos regionales y municipales, les convocamos a ejercer la gobernanza territorial de la salud, asumiendo la inversión sanitaria, la planificación intersectorial y los traspasos de competencias que correspondan, con vinculación efectiva entre el PLADECO y la política de salud.

A los equipos de salud de la atención primaria, les reconocemos como columna vertebral del sistema y les invitamos a hacer suya esta declaración, sabiendo que sin su compromiso ninguna política pública es viable.

[2] El POCUS (*Point-of-Care Ultrasound* o Ultrasonido en el Punto de Atención) es la ecografía realizada directamente a la cabecera del paciente por el médico tratante

A las comunidades y a las asociaciones de usuarios, les llamamos a ocupar el lugar que Alma-Ata les reservó, el de protagonistas con capacidad de decisión, no el de beneficiarios.

A la academia y a las sociedades científicas, les invitamos a poner el conocimiento al servicio de esta transformación, formando profesionales comprometidos con el territorio y con su gente.

A los gremios profesionales de la salud, les convocamos a defender, desde la deliberación democrática y la cooperación con el Estado, las condiciones laborales y formativas que esta renovación exige.

A los organismos internacionales —OPS, OMS, agencias de cooperación—, les exhortamos a renovar el sentido original de Alma-Ata frente a las presiones de mercantilización y de selectividad que han diluido su radicalidad histórica.

A los pueblos de América Latina y del mundo, les convocamos a hacer del 50° aniversario de Alma-Ata no una efeméride, sino el punto de partida de una salud del futuro nacida desde el territorio, desde las personas y para las personas.

Suscriben

La presente Declaración de San Clemente 2026 es suscrita por las instituciones y organizaciones convocantes, organizadoras, patrocinadoras y participantes del Congreso Nacional de Atención Primaria de Salud "Camino a los 50 años de Alma-Ata".

Firman los Convocantes y organizadores

— Corporación Alma-Ata Chile

— Municipalidad de San Clemente

— Asociación de Municipios Urbanos y Rurales del Maule

Adherentes

La presente Declaración queda abierta a la adhesión de toda persona natural, organización comunitaria, institución pública o privada, gremio, sociedad científica, universidad u organismo internacional que comparta sus principios y compromisos. Las adhesiones pueden registrarse en el siguiente espacio o canalizarse a través de la Secretaría Técnica del Congreso.