



**REVISTA No 6 de mayo-agosto de 2025**  
**Click en la página para ir al artículo**

**INDICE**

<b>PRESENTACIÓN</b>	<a href="#">p.1</a>
<b>EDITORIAL</b>	<a href="#">p.3</a>
En este número colaboraron como autores	<a href="#">p.5</a>
Comité editorial de esta Revista	<a href="#">p.6</a>
<b>A 20 AÑOS DEL “AUGE-GES”: EVALUACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA TRANSFORMADORA EN SALUD EN CHILE. Dr. Hernán Sandoval O.</b>	<a href="#">p.8</a>
<b>PANORAMA DE LA SALUD MENTAL EN CHILE. Marjorie Braniff P.</b>	<a href="#">p.21</a>
<b>CENABAST COMO MECANISMO DE AHORRO AL ESTADO. Jaime Espina</b>	<a href="#">p.47</a>
<b>IMPACTO DE LA LEY CENABAST EN EL COSTO Y ACCESO A MEDICAMENTOS PARA LA SALUD MENTAL EN CHILE. Ismael Aguilera C.</b>	<a href="#">p.57</a>
<b>COMENTARIOS A LA PUBLICACIÓN: “LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD EN LAS AMÉRICAS. DATOS E INDICADORES REGIONALES” DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)</b>	<a href="#">p.71</a>
Michelle Guillou	
<b>RESEÑA: GUILLEM LOPEZ I CASASNOVAS. CINCUENTA AÑOS DE ECONOMÍA DE LA SALUD Health Policy Papers Collection 2025 – 1</b>	<a href="#">p.81</a>

**ACTIVIDADES DE APROB**

<b>ASAMBLEA ANUAL APROB 2025</b>	<a href="#"><u>p.86</u></a>
<b>SATISFACCIÓN USUARIA, HUMANIZACIÓN Y PERSPECTIVA DE DERECHO EN APS: CONTRIBUCIÓN A LA SATISFACCIÓN Y LA EXPERIENCIA USUARIA. J. Sarmiento</b>	<a href="#"><u>p.87</u></a>
<b>PROPUESTA INICIATIVA LEGISLATIVA POPULAR PARA LA MODIFICACIÓN DE LA ACTUAL Ley de Salud de Andalucía.</b>	<a href="#"><u>p.88</u></a>
<b>INVITACIÓN A PARTICIPAR CON ARTÍCULOS</b>	<a href="#"><u>p.91</u></a>

## PRESENTACIÓN

**Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo** es una publicación cuatrimestral de la **ASOCIACIÓN PARA LA PROMOCION DEL BIENESTAR, APROB** con ISSN 2810-6997.

APROB es una Corporación sin fines de lucro Rut: 65.139.415-5 certificada en el Servicio de Registro Civil e Identificación con el N°344319 con fecha 23-03-2023.

APROB tiene entre sus objetivos, definir el concepto de bienestar que podría dar un norte a las acciones de políticas públicas en diversos ámbitos.

La salud, entendida como ausencia de enfermedad, es un componente fundamental del bienestar que las personas valoran. Como tal, es de máxima importancia para la sociedad mejorar el desempeño del sistema de salud (su universalidad, equidad, calidad y eficiencia). Entonces, se debe medir este desempeño a través de indicadores suficientes que permitan identificar resultados.

La Revista, catalogada como indexada, es de completa independencia editorial y sigue los procedimientos y criterios académicos habituales, incluida la revisión de sus artículos por especialistas internos y externos. El objetivo de la publicación es exponer casos, experiencias, metodologías, conceptos o teorías que ayuden a identificar los ámbitos para mejorar la calidad y la eficiencia en las prestaciones de salud y, por tanto, mejorar el bienestar de los usuarios. En esta medida, se podrán identificar indicadores relevantes en la perspectiva de mediciones de bienestar que incluya otros sectores, desde luego, la economía y el medio ambiente.

La publicación se distribuye a universidades, institutos de investigación y otras organizaciones, especialmente las relacionadas con la salud, así como a usuarios individuales vinculados al área de la salud y de la gestión de las políticas públicas de diferentes países.

Las opiniones expresadas en los artículos son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de APROB. Para solicitar los envíos de esta o futuras revistas o boletines diríjase a [contacto@aprobienestar.cl](mailto:contacto@aprobienestar.cl)

El Director-editor de la Revista es Rafael Urriola U. complementado por un Comité Editorial compuesto, además, por Loreto Espinoza, Carolina Guerra, Julio Sarmiento y José Leandro Urbina.

El texto completo de la Revista puede obtenerse también en la página web de APROB: [www.aprobienestar.cl](http://www.aprobienestar.cl) en forma gratuita.

Esta publicación debe citarse como: Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB). Revista Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo No 6. Santiago, mayo de 2025. (la abreviatura

de título de esta publicación según las normas del ISSN es "Sist. salud bienestar colect."). Se autoriza reproducir total o parcialmente esta obra mencionando la fuente respectiva.

**Mayo de 2025**

## EDITORIAL

Este número, aparece en los momentos en que las élites políticas de Chile se han volcado al proceso electoral de fines de 2025. Los objetivos de Reforma del sector salud se han postergado o han encontrado trabas insalvables para avanzar más rápido. APROB, por cierto, cumple con su rol de aportar desde la experiencia práctica y académica de sus socios(as), colaboradores y amigos(as) a las reformas que podría necesitar el país para mejorar el bienestar de la población, así como potenciar aquellas acciones que se han comprobado relevantes para estos efectos.

Evaluar la Reforma GES de 2005 a 20 años de su implementación es un hito necesario. Faltan estadísticas públicas, confiables y oportunas para que la ciudadanía sepa de los logros de un programa crucial para el bienestar de la población. Asimismo, Hernán Sandoval en su artículo hace una sugerencia de complementar el GES actual con un GES 2.0 que se centre en la prevención y promoción; que ataque las "causas de las causas" como son los determinantes sociales; y, en lo sanitario, la obesidad, la hipertensión, el sedentarismo, el consumo de alimentos dañinos, de drogas y alcohol,

En este campo agréguese las enfermedades mentales. El panorama de la salud mental con estadísticas muy actuales que nos presenta Marjorie Braniff da cuenta de un problema que debe estar con prioridad en ese GES 2.0. Los países han descuidado la salud mental. Las incertidumbres y las dudas para resolver los problemas de sobrevivencia ya no son de los pobres sino de toda la población. Quienes tienen trabajo parecen enfrentar factores estresantes tan graves como quienes no lo tienen. La tasa de intentos de suicidios en Chile parece mostrar una sociedad con grandes problemas que van mucho más allá de lo sanitario.

APROB quiere también destacar los logros del sistema de salud. La presentación de Jaime Espina mostrando que Cenabast es un factor esencial para regular y organizar las compras del sector público con ahorros significativos, es decir, con compras a precios muy por debajo de los que obtienen los establecimientos por separado. Hay que poner los esfuerzos en desarrollo logístico para que esta situación se generalice.

El artículo de Ismael Aguilera hace un nexo entre los dos anteriores mostrando como Cenabast ayuda a reducir los costos de los medicamentos en enfermedades mentales. Este análisis, es asimismo, una invitación a replicar los estudios en otras patologías y ampliar el ámbito de la intervención de Cenabast.

Este número sale justamente el 1º de mayo, Día Internacional de los trabajadores que, finalmente, son los que sostienen los sistemas productivos y de servicios como el de la salud. El examen de Michelle Guillou sobre la fuerza laboral en el sector salud en América Latina y el Caribe da cuenta de problemas crecientes para el sector (feminizado, a menudo maltratado, con jornadas exageradas y con remuneraciones mediocres).

Todo esto abre dudas en cuanto a cómo se podrá sostener el sistema. Para algunos la solución de privatización parece simple sin visualizar los impactos en la exacerbación de las desigualdades por imposibilidad de acceso en los sectores de menores ingresos. Vivimos con habitantes de Andalucía una preocupación similar que los ha hecho reaccionar por mantener una salud pública y equitativa. Hay que reaccionar aquí y ahora para enfrentar el eventual deterioro de la salud que ellos están sintiendo luego de tener un sólido sistema de bienestar.

La Reforma, al parecer, en lo fundamental ha quedado postergada para el próximo período presidencial. Parece posible encontrar consensos amplios en temas clave como el rol de la APS y su ampliación en la solución de problemas; transparentar y reformar drásticamente el sistema de financiamiento y gestión de las licencias médicas; establecer mecanismos para ampliar los seguros sin perder la capacidad regulatoria para evitar los abusos, entre otros. Guillem López, economista de la salud, da cuenta de los desafíos actuales en esta área de la salud. La reseña de su documento presentada en esta Revista nos aportará a buscar soluciones a problemas que se nos vienen encima como la digitalización de las intervenciones; la atención sanitaria a distancia; o la "personalización" de los medicamentos.

Todo con la gente. Este llamado ha dejado de ser consigna y empieza a ser considerado una condición imprescindible de la Reforma para potenciar el bienestar colectivo como lo señala Julio Sarmiento en su ponencia que se suma en este texto.

APROB sigue desarrollando estudios, técnicas y métodos para medir bienestar. Están en curso trabajos sobre las mediciones de bienestar en el plano macroeconómico y sobre el bienestar subjetivo. Esto ayudará -esperamos- a que las políticas públicas tengan un norte claro, aceptable y medible.

**Comité Editorial**

## PARTICIPARON COMO AUTORES EN ESTE NUMERO

**Ismael Aguilera Correa** Ph.D.(c) en Sistemas de Ingeniería. Ing. Civil Industrial, Mag. Ing. Negocios con TI, Mag. Gest. y Pol. Púb. Especializado en Economía de la Salud y optimización de sistemas públicos. Más de 10 años de experiencia aplicando ciencia de datos (Big Data, Machine Learning), investigación de operaciones (optimización, simulación) y evaluación cuantitativa de políticas públicas para mejorar la eficiencia y la gestión sanitaria en el sector público de salud (MINSAL, SSMSO, U. de Chile).

**Marjorie Braniff Pérez** Psicóloga clínica y psicoterapeuta de adolescentes y adultos, Magister en Salud Pública. Dedicada a la investigación y creación de programa de promoción y prevención en salud mental para jóvenes, adultos y personas mayores. Presidenta de la Fundación Aquí Nos Vemos, entidad dedicada a trabajar la promoción en salud mental desde el cine comunitario y la psicología comunitaria. Integrante del colectivo Cabildo Salud un Derecho.

**Jaime Espina Ampuero** Ingeniero Civil Industrial, MBA, desarrollo en Sistemas de Información en sector privado, experiencia en logística y operaciones en diversas instituciones públicas y privadas. Director de Cenabast desde 2023, liderando la participación institucional en el retail farmacéutico e incorporando innovación a los procesos de abastecimiento de la red de instituciones de salud pública.

**Michelle Guillou** Economista MD, ex-Professeur de l' Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de Francia, ha sido profesional de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, del Ministerio de Salud de Chile. Actualmente es consultora independiente en Recursos Humanos para la Salud, principalmente para la OPS.

**Hernán Sandoval Orellana** Médico cirujano de la U. de Chile. Especialista en Medicina del Trabajo de la U. de Paris. Experto en Salud Ocupacional y Ambiental de la OMS 1974-1983. Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud de Chile 2000-2004. Asesor de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS 2006-2008.

## COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

### Rafael Urriola Urbina (editor general)

Magister en Economía Pública y Planificación. Universidad de Paris X, Francia. Ha sido jefe Departamento de Estudios Minsal; Director de Planeamiento Institucional Fonasa. Funcionario a contrata P-3 en Cepal División de Estadísticas Económicas y Sociales; Coordinador académico y profesor del Diplomado anual Economía y Salud (Flacso, Cepal, OPS) entre 2006 y 2016. Recientemente, Consultor Banco Mundial, Subsidios de Incapacidad Laboral (2024); Consultor: Purchasing instruments to strengthen quality health services for chronic illnesses; case study for Chile. OCDE Paris. (sept 2022-marzo 2023); Consultor OPS "estudio nacional de costos relacionados con tuberculosis en Chile" (2022). Consejero Cenabast ley No 21.198; Presidente de APROB.

### Loreto Espinoza Tellería.

Dentista Universidad de Chile. Magister en Asentamientos Humanos y Medio Ambiente, Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales, Pontificia Universidad Católica de Chile. Candidata a Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Cirujano Universidad de Chile, mención en Epidemiología y Políticas Públicas.

(2022-2023) Profesional del departamento de Planificación y Control de Gestión del Minsal. (2020 -2022) encargada de la planificación operativa anual y estrategia de salud del Subdepartamento de Epidemiología en la Región Metropolitana. (2019-2022) Profesional referente de la Mesa de Trabajo de Medio Ambiente y Salud de la Región Metropolitana.

Docente en: Universidad del Alba (Ex Pedro de Valdivia); docente del Departamento de Salud Pública y Medicina Social, Facultad de Medicina. Universidad Finis Terrae. Universidad de Chile Ayudante Colaborador: Área de Salud pública, V año, 2011-2013. Facultad de Odontología Universidad de Chile.

### Carolina Guerra Fuentes

Socióloga, Universidad de Chile. Máster en Políticas Sociales y Dirección Estratégica para el Desarrollo Sostenible del Territorio, Universidad de Bologna, Italia.

Ha desempeñado roles como asesora de género para sindicatos, encargada y jefa de la Unidad de Género del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, consultora en temas de género y desarrollo U. de Concepción Stat -Com data voz (actualmente); en Sagaz consulting estudio exploratorio "Desarrollo profesional ascendente y acceso de acuerdo al género a los cargos de mayor jerarquía en el Poder Judicial de Chile". Departamento de Estudios. Poder Judicial. Docente en Universidad Bernardo O'Higgins (2022 - a la fecha) en el Magister de Género e Intervención Social.

Consultora en análisis de datos cuantitativos y cualitativos, y diseño de programas de intervención social (Asesorías para el Desarrollo desde el 2014 al 2019). Ha sido docente en

estas materias en la Universidad Central, Universidad Alberto Hurtado, U. Diego Portales Universidad de Chile y U Academia de Humanismo Cristiano.

### **Julio Sarmiento Machado**

Médico Cirujano y Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile. Ha sido: Jefe de Salud de la Comuna de la Pintana. Director de la Carrera de Medicina de la Universidad de Alba. Director CESFAM Quinta Bella comuna de Recoleta. Médico de Urgencias Hospital San Juan de Dios. Jefe Departamento de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud. Consultor OPS/OMS en Chile en Respuesta a Emergencia Hidrometeorológica de Atacama. Publicaciones: "La formación médica en la encrucijada. Diseño de estudio longitudinal cualitativo de Estudiantes de medicina en Chile." Libro de actas del CUICID 2021 con ISBN 978-84-09 31464-5. 2021 • "Emergencia Hidrometeorológica Región de Atacama; Respuesta Sectorial: Sistematización y aprendizajes desde la Experiencia" Departamento de Gestión de Riesgos en Emergencias y Desastres. Ministerio de Salud. 2015

### **José Leandro Urbina**

Doctorado en la Universidad Católica de las Américas, Washington DC. con especialidad en literatura latinoamericana. Su tesis versa en la relación entre ficción e historia.

Profesor en universidades en Canadá y Estados Unidos. En Chile ha sido Profesor invitado en la USACH, Universidad de Chile y Profesor a tiempo completo en la Universidad Alberto Hurtado.

Ha trabajado como traductor (inglés-español) y como periodista para la revista Rocinante y la revista Occidente. Miembro del Comité editorial de LOM ediciones.

Evaluador de proyectos literarios para el *Fondo del Libro y la lectura* del Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio.

Ha publicado artículos académicos en *Historia Crítica de la literatura chilena*, Lom editores, y el *Diccionario enciclopédico de las letras de América Latina*, editorial Monteávila. Numerosos artículos sobre cultura y política en revistas chilenas y extranjeras, y cuentos y novelas en Chile, Norteamérica y Europa.

# A 20 AÑOS DEL “AUGE-GES”: EVALUACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA TRANSFORMADORA EN SALUD EN CHILE

**Dr. Hernán Sandoval Orellana**<sup>1 2</sup>

## RESUMEN

La implementación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), conocido originalmente como AUGE, implementado desde 2005 ha sido la reforma más relevante del sistema sanitario chileno de este S XXI. El GES con un diseño participativo introdujo un modelo basado en cuatro garantías fundamentales: acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Estableció derechos exigibles para un conjunto creciente de patologías prioritarias, seleccionadas por criterios epidemiológicos y de impacto social.

A 20 años de su puesta en marcha, la evidencia muestra avances sustantivos. Cerca de 15 millones de personas han accedido a prestaciones GES, destacando mejoras en la atención ambulatoria (atención primaria), y en ciertos indicadores de salud pública, como la reducción de mortalidad por cáncer cervicouterino y el aumento del acceso a tratamiento antirretroviral en personas con VIH. El financiamiento ha experimentado un incremento sostenido y ha favorecido a la población de menores ingresos.

A pesar de los logros, persisten desafíos en materia de conocimiento ciudadano sobre el programa, evaluación efectiva del desempeño. Asimismo, hay diferencias estructurales entre afiliados a FONASA e ISAPRE, particularmente en atención hospitalaria. La satisfacción ciudadana con el GES supera el 70%, superando la percepción global del sistema de salud.

Esta evaluación a dos décadas confirma que el GES ha sido una política pública exitosa, con impactos positivos en equidad, acceso, calidad y protección financiera. No obstante, su sostenibilidad futura exige mayor inversión en monitoreo, evaluación y fortalecimiento institucional para responder a las nuevas demandas sanitarias de la población.

**Palabras clave:** ID 418 Garantías Explícitas en Salud, GES, AUGE, ID 3695 reforma sanitaria, equidad en salud, política pública, ID 204 Chile.

## ABSTRACT

The implementation of the Explicit Health Guarantees Regime (GES), originally known as AUGE, implemented in 2005, has been the most significant reform of the Chilean healthcare system in the 21st century. The GES, with a participatory design, introduced a model based on four

---

<sup>1</sup> Ex Secretario Ejecutivo. Comisión Reforma de la Salud del Gobierno del Presidente Ricardo Lagos.

<sup>2</sup> El autor agradece los aportes de Rafael Urriola así como los de revisores anónimos de este texto.

fundamental guarantees: access, opportunity, quality, and financial protection. It established enforceable rights for a growing set of priority pathologies, selected based on epidemiological and social impact criteria.

Twenty years after its implementation, evidence shows substantial progress. Nearly 15 million people have accessed GES benefits, with notable improvements in outpatient care (primary care) and in certain public health indicators, such as the reduction in cervical cancer mortality and increased access to antiretroviral treatment for people living with HIV. Funding has experienced a sustained increase and has benefited the lower-income population.

Despite the achievements, challenges persist in terms of public awareness of the program and effective performance evaluation. Likewise, there are structural differences between FONASA and ISAPRE members, particularly in hospital care. Citizen satisfaction with the GES exceeds 70%, exceeding the overall perception of the health system.

This two-decade evaluation confirms that the GES has been a successful public policy, with positive impacts on equity, access, quality, and financial protection. However, its future sustainability requires greater investment in monitoring, evaluation, and institutional strengthening to respond to the population's new health demands.

**Keywords: Explicit Health Guarantees (GES), health reform, health equity, public policy, Chile.**

## I. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTOS DE LA REFORMA

En junio de 2000, en la presidencia de Ricardo Lagos se instruyó la creación de la Comisión de Reforma de la Salud con el mandato de mejorar el acceso a una atención médica integral en todos los niveles, priorizando a los grupos más vulnerables.

La equidad en el acceso a la salud es un factor clave en la percepción de justicia social. Sin atención oportuna, expedita y de bajo costo, la población siente que el Estado no responde a sus necesidades. Además, garantizar el acceso oportuno no solo fortalece la confianza en el sistema de salud, sino que también reduce la discapacidad y la mortalidad prevenible. La Comisión tuvo por objeto diseñar un mecanismo que garantizara dicha equidad.

Tras un extenso debate entre los representantes de los ministerios de Salud, Trabajo y Previsión Social, Hacienda y la Secretaría General de la Presidencia y la Comisión de Reforma se concluyó que la mejor estrategia era establecer un sistema de garantías para un conjunto de patologías basada en criterios epidemiológicos, considerando la carga de enfermedad y el impacto socioeconómico. A diferencia de experiencias internacionales previas (como en Oregón, EE.UU., y Suecia), donde las garantías se enfocaban en la cobertura financiera de procedimientos específicos, esta propuesta tenía un enfoque sanitario integral.

**i) El diseño de la reforma contempló cuatro ejes principales:**

1. Definición de las patologías garantizadas: Basado en estudios de carga de enfermedad y otros criterios como disponibilidad de tratamientos, preferencias ciudadanas y costos.
2. Establecimiento de garantías explícitas: Determinación de derechos exigibles en la atención de salud.<sup>3</sup>
3. Mecanismos de exigibilidad: Diseño de instrumentos legales y administrativos que permitieran a la ciudadanía hacer valer sus derechos.
4. Reorganización del sistema de salud: Adaptación del sector público y privado para priorizar la atención de las patologías garantizadas.

El AUGE inició su implementación en 2002 con un plan piloto. En 2005, con la promulgación de la ley (ibid.), se garantizaron 25 patologías de una lista inicial de 56. La selección de enfermedades de alta frecuencia y severidad buscó mejorar el acceso de los grupos más desfavorecidos, quienes eran los más afectados por estas patologías.

## ii) Las cuatro garantías del AUGE

Para asegurar una cobertura efectiva, se establecieron cuatro garantías explícitas:

1. **Acceso:** Atención en el nivel de complejidad requerido, incluyendo atención primaria, especializada y hospitalaria.
2. **Oportunidad:** Definición de tiempos máximos de espera en cada etapa del tratamiento.
3. **Calidad:** Implementación de estándares nacionales mediante protocolos, guías clínicas y acreditación de prestadores.
4. **Protección financiera:** Gratuidad para los afiliados de FONASA grupos A y B; copagos de 10% y 20% para los grupos C y D, respectivamente (eliminados en 2022 en la modalidad institucional). En ISAPRE, se fijó un copago del 20% con tope anual.

Uno de los debates centrales fue definir quién debía garantizar el cumplimiento de estas garantías. El texto concluye que se le otorgan derechos a la ciudadanía, para exigir al Estado el cumplimiento de sus derechos.

## iii) Criterios de selección e impacto organizacional en el sistema de salud

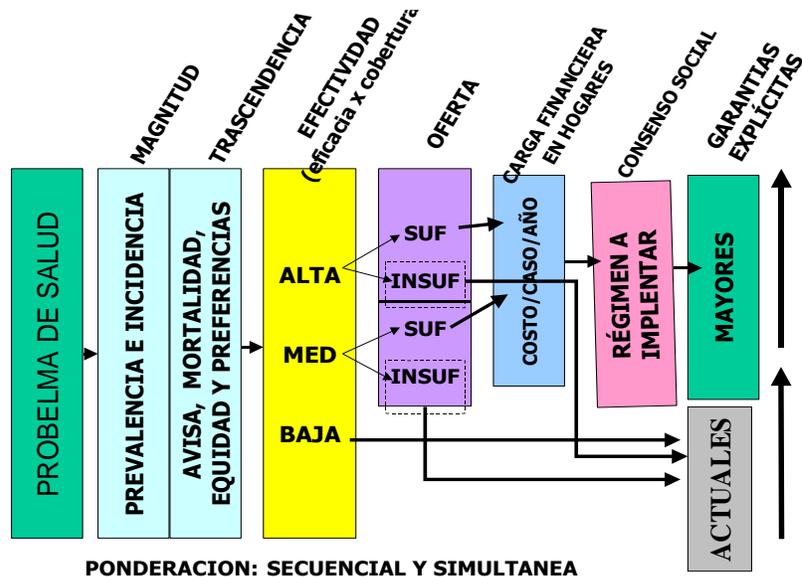
La priorización de patologías garantizadas requirió un rediseño del sistema de salud que se puede visualizar en la figura 1. Los impactos esenciales fueron:

---

<sup>3</sup> Diario Oficial. Ley 19966 ESTABLECE UN REGIMEN DE GARANTIAS EN SALUD. Promulgada el 25.8.2024. Ver también Decreto 121 del año 2005. APRUEBA REGLAMENTO QUE ESTABLECE NORMAS PARA LA ELABORACION Y DETERMINACION DE LAS GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD A QUE SE REFIERE LA LEY Nº 19.966. Minsal.

- **Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS):** Considerada la puerta de entrada del AUGE, se priorizó su financiamiento y capacidad resolutoria. El gasto público en APS aumentó del 12% en 2000 al 28% del gasto sanitario en 2006.
- **Mejora de la red hospitalaria:** Identificación y resolución de brechas en hospitales regionales para garantizar la atención especializada.
- **Aumento del financiamiento:** El presupuesto de salud se incrementó en más de 500 mil millones de pesos en 2004 (equivalentes a 1.000 millones de dólares de la época)

**Figura 1. Algoritmo de priorización del AUGE**



Fuente: Minsal (1999)<sup>4</sup>

#### iv) Participación ciudadana en la formulación del AUGE

El diseño de la reforma incluyó una consulta amplia y sistemática a la ciudadanía mediante:

- 40 focus groups con usuarios, trabajadores y expertos del sector salud.
- Entrevistas a informantes clave, incluyendo dirigentes gremiales, parlamentarios y académicos.
  - Más de 60 asambleas ciudadanas organizadas entre 2000 y 2002, con apoyo de la Universidad de Chile.

<sup>4</sup> Ministerio de Salud. Prioridades de Salud, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. 1999.

- Encuesta nacional a 5.700 hogares en 2001, con representación regional y nacional.

Estas instancias permitieron argumentar en lo referente a que la reforma reflejaba las necesidades reales de la población, contrarrestando las críticas de la época por escasez de consulta pública.

El AUGE representó un cambio disruptivo en el sector salud, enfrentando incluso una oposición de gremios profesionales, trabajadores del sector público e instituciones privadas (Asociación de Clínicas Privadas y Asociación de ISAPREs). No obstante, la gente respaldó la iniciativa cuando se le explicaba en los grupos focales.

## II. RESULTADOS TRAS 20 AÑOS DE IMPLEMENTACIÓN

Los principales impactos del AUGE han sido:

### i) Mayor y mejor acceso a la atención

Desde 2005 hasta 2025, 13.799.593 afiliados a FONASA y 1.083.679 a ISAPRE habrían utilizado las garantías GES, lo que representa a casi 15 millones de personas en un país de 20 millones de habitantes, de acuerdo con estadísticas de FONASA y la Superintendencia de Salud (2004)<sup>5</sup>.

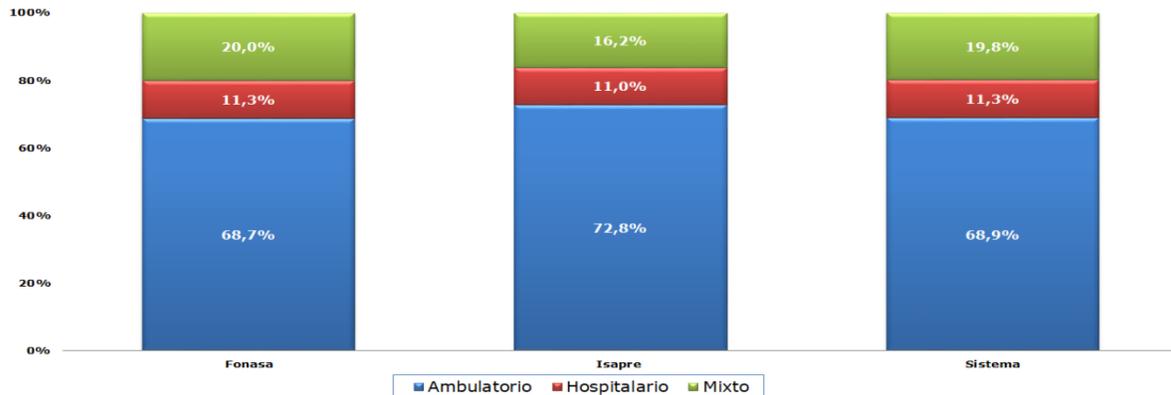
Por otra parte, la encuesta Signosanalytics de marzo de 2025<sup>6</sup>, que consultó específicamente sobre la atención GES en los últimos 12 meses, confirma que un 20% de la población (el o la entrevistada o su núcleo familiar directo) ha recibido atención en este lapso. En todo caso como se demuestra en esta sección hay una importante diferencia entre el impacto y uso del GES en Fonasa y en Isapres.

Ciertamente, las atenciones ambulatorias -más simples sanitariamente- que se realizan mayoritariamente en atención primaria son las más contabilizadas como se observa en el gráfico 1.

---

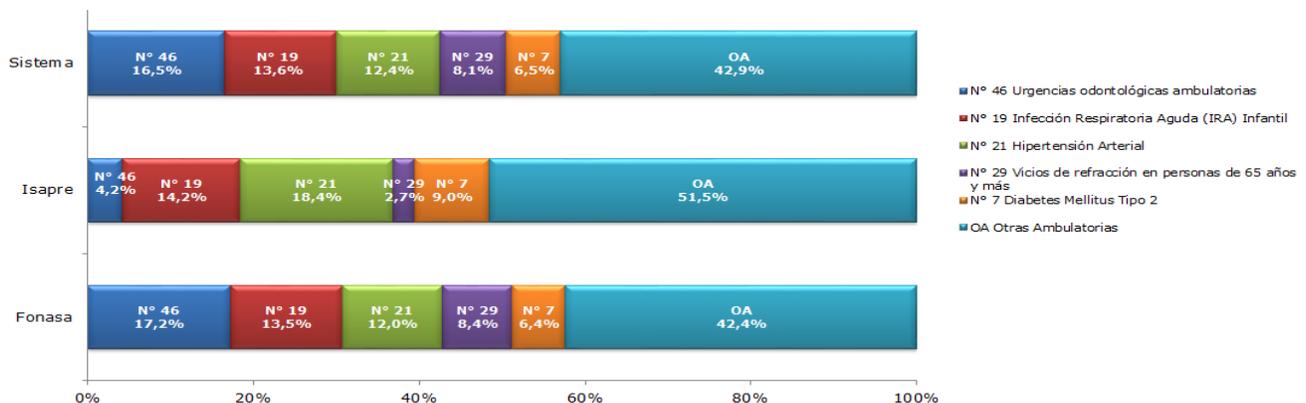
<sup>5</sup> Superintendencia de salud (2024) Estadística trimestral s de casos GES acumulados 2005-2022.

<sup>6</sup> Encuesta Signosanalytics. En El desenfoque.cl 25.3.2025 [Encuesta Signos: Mano dura contra la delincuencia es el principal atributo para presidente - Desenfoque.cl](https://www.desenfoque.cl/encuesta-signos-manos-dura-contra-la-delincuencia-es-el-principal-atributo-para-presidente)

**Gráfico 1. Distribución de casos acumulados según modalidad de atención a marzo 2023**


Fuente: Superintendencia de Salud (2024)

En general, los casos GES atendidos han venido creciendo sistemáticamente desde 2005 con la excepción del año 2020 que, a causa de la pandemia se redujo de alrededor de tres millones de atenciones anuales en los años previos a poco menos de dos millones en ese año. Este proceso explica el incremento de atenciones con mayor gravedad en años posteriores.

**Gráfico 2. Problemas de salud acumulados en la atención ambulatoria a marzo 2023**


Fuente: Superintendencia de Salud (2024)

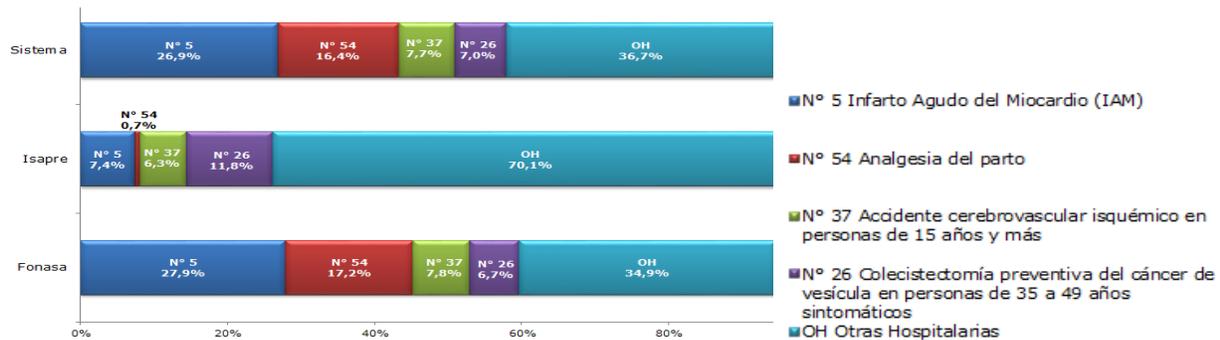
En el gráfico 2 referido a la atención ambulatoria se visualiza una cierta similitud en la proporción de problemas de salud entre Fonasa e Isapres con la excepción de las urgencias odontológicas que tienen una cobertura muy básica y que los usuarios que pueden pagar no se atienden por GES como sucede en los usuarios de Isapres.

En cambio, en la atención hospitalaria las diferencias son mayores. En esto influyen de manera decisiva los pagos complementarios que hacen los afiliados a Isapres para mejorar sus planes.

Esto hace aumentar la prima en 66% promedio para cada cotizante (o sea en lugar de 7% del ingreso como pagan los afiliados a Fonasa los afiliados a Isapre llegan a 11% de ese ingreso)<sup>7</sup>.

En efecto, los planes complementarios en Isapre están centrados en enfermedades catastróficas y en eventualidades de parto. Por ello, como se observa en la figura 4 las diferencias en la atención hospitalaria GES a pacientes Fonasa e Isapres son mayores que en la atención primaria.

### Gráfico 3. Problemas de salud acumulados en modalidad de atención hospitalaria (marzo de 2023).



Fuente: Superintendencia de Salud (2024)

Hay pocos estudios de evaluación completa del GES tanto por la dificultad para disponer de estadísticas comparables ya que el GES no incluye en todos los casos el total de los problemas de salud que se presentan en una patología o por las estadísticas sobre prevalencias antes y después del inicio del programa, entre otras cosas. No obstante, El estudio de Urriola C. et al de 2016<sup>8</sup> intenta una evaluación del GES a 10 años concluyendo que "... la reforma fue posible debido a varios factores, el más importante de los cuales fue la voluntad política y posteriormente las decisiones estratégicas, como aislar el diseño de la reforma de presiones externas, dotarla de un componente técnico robusto y basado en evidencia científica, y enfatizar los mecanismos de coordinación de la red nacional de salud. También la estrategia de gradualidad en la implementación permitió que tanto en el sector público como en el privado se pudiesen anticipar desafíos que al momento del diseño inicial no habían sido considerados".

Entre las evaluaciones de tipo general vale la pena destacar lo que señalan Infante y Paraje (2010) "Como en todo proceso parlamentario, algunos puntos que se estimaban importantes en el diseño de una reforma con énfasis en la equidad (e.g. fondo de compensación de

<sup>7</sup> Como se sabe, el 7% se paga con un tope de 50 UF. Es decir, los cotizantes Isapres, aun pagando un seguro complementario, pueden pagar menos del 7% de sus ingresos reales. Asimismo, por circular del 24 de mayo de 2005 de la Superintendencia de Salud las Isapres están autorizadas a cobrar una prima especial por concepto AUGE.

<sup>8</sup> Urriola C, Infante A, Aguilera I, Ormeño H. La reforma de salud chilena a diez años de su implementación. Salud Publica Mex 2016; 58:514-521. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8240>

riesgos, financiamiento del AUGE) no lograron ser aprobados. Ante la posibilidad de que el “corazón” de la Reforma (las garantías explícitas) fuera rechazado si se insistía con estas medidas, se decidió abandonarlas. Es cierto que con ello se redujo la posibilidad de introducir mayor “solidaridad” en el sistema. No obstante, se evaluó que el aumento de la cobertura (y, en menor medida, la equidad) introducida por la reforma era más importante”.<sup>9</sup>

Los recursos para evaluar el desempeño general del programa GES parecieran restringirse al estudio de evaluación de costos que monitorea el Departamento de Economía de la Salud del ministerio de Salud. Si bien, es usual que se consulten las instancias especializadas del ministerio para la “actualización” del programa tanto en contenidos como costos hay carencias como señala D. Sugg cuando afirma que “el proceso GES hoy en evaluación, que definirá las coberturas para los años 2025-2028, carece de monitoreo y evaluación del gasto, así como tampoco mide la efectividad de las prestaciones garantizadas para cada problema de salud. Antes de iniciar el proceso de adecuación, se debería contar con información básica de la ejecución de lo garantizado (información que debería ser permanente). Esto permitiría definir el marco financiero potencial y también identificar «cuellos de botella» y áreas en las que no se está siendo efectivo en relación con las metas sanitarias”<sup>10</sup>.

En todo caso, el GES aún presenta tasas de desconocimiento elevadas en torno al 30% (Superintendencia de Salud 2016). El desconocimiento se manifiesta en el hecho de que un 11,2% menciona no haberse tratado por GES debido a que no sabía que su enfermedad estaba cubierta, según la CASEN 2015<sup>11</sup>. Esta aseveración se ve refrendada en la encuesta SygnosAnalytic de 2025<sup>12</sup> que arrojó que un 36% de la población conoce nada o muy poco del GES.

En general, hay una cierta desconfianza en los resultados que se entregan por parte de las autoridades con respecto a las listas de espera de pacientes GES lo cual es un déficit del sistema estadístico del Minsal. No obstante, los trabajos tienden a coincidir en que un 95,7% de la resolución se llevó a cabo por los Servicios de Salud. El Bono AUGE aportó un 1,9% a la reducción de la lista. Y la no resolución en tiempo requerido no debiese superar a 2,5%<sup>13</sup>. En la cuenta pública de 2024 el director de Fonasa evaluó este retraso en 1,5% (70.440 casos).

## ii) Mejoras en salud pública

Hay diversos estudios parciales que permiten verificar el impacto sanitario del GES. Solo a modo de ejemplo, se citan algunos de ellos.

---

<sup>9</sup> Infante A, y G. Paraje (2010). La reforma de salud en Chile. Doc de trabajo PNUD.

<sup>10</sup> Daniela Sugg. Cambios profundos al GES, más allá de la gran reforma de Salud. CIPER 03.07.2024

<sup>11</sup> Josefa Henríquez P. Limitaciones al acceso de las Garantías Explícitas en Salud (GES). CEP, 19 junio, 2017

<sup>12</sup> Encuesta Signosanalytics. En El desenfoque.cl 25.3.2025 [Encuesta Signos: Mano dura contra la delincuencia es el principal atributo para presidente - Desenfoque.cl](https://www.desenfoque.cl/encuesta-signos-manos-dura-contrala-delincuencia-es-el-principal-atributo-para-presidente/)

<sup>13</sup> DCS Consulting. Evaluación del Bono AUGE de FONASA. Facultad de Economía y Negocios. Universidad de Chile. Mayo 2013

Un estudio de la USS-Fonis (2017)<sup>14</sup> sobre el impacto del GES entre 2005 y 2016 concluye que se ha observado una reducción en el período en las tasas de mortalidad de los cánceres cervicouterino (43%), mama (7%) y vesícula (12%). La mortalidad por cáncer cervicouterino es la que presenta una mayor reducción atribuible a las GES. Sin embargo, la tasa ha tenido un mayor descenso debido a la sinergia con otras intervenciones. A nivel nacional, esto significaría una reducción aproximada de 340 muertes por cáncer cervicouterino para todo el periodo en estudio (11 años), que corresponde a un 4% de reducción de la tasa anual de mortalidad específica, sólo por el efecto del GES.

Cabe considerar en todo caso que, por definición (ver algoritmo arriba), los problemas de salud GES necesitaban tener un “pasado” que permitiera asegurar la eficacia de las intervenciones tanto en disponibilidad de infraestructura, de profesionales competentes como de experiencia en la resolución de tales problemas. Esto hace que algunos problemas de salud venían mejorándose previamente y su introducción al GES solo le otorgó el carácter de prestaciones garantizadas.

Otro ejemplo: El estudio de Valdés J et al (2019)<sup>15</sup> incluyó datos de mortalidad por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en personas de 65 a 79 años y de 80 años o más entre 1990 y 2014. Después del inicio del Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) se observaron disminuciones significativas de la tasa de mortalidad por NAC en personas de 65 años o más en Chile. Mientras que a partir de la incorporación de la NAC al programa GES en 2005 no se encontraron cambios estadísticamente significativos en esas tasas.

Otro impacto medible del GES se demuestra en el caso del VIH-Sida<sup>16</sup>. En una evaluación entre 1984-2018 se verifica que después del 2005, se incrementó anualmente el número de personas viviendo con VIH/sida (PVVS) en tratamiento antirretroviral (TARV) en torno a 2.268 casos y las defunciones por sida disminuyeron en alrededor de -17,6%. Asimismo, los egresos hospitalarios aumentaron en cerca de 70%. El pronóstico señaló que, en ausencia de la Ley GES, de manera estimada 99 321 PVVS ( $P < 0,001$ ) no hubiesen accedido a TARV y se hubiesen presentado 657 casos más de sida ( $P < 0,001$ ).

En este caso particular se concluye que, con la Ley GES, se logró un aumento sustancial del acceso de las PVVS al TARV y una disminución en su morbilidad vinculada al incremento en la cobertura. No obstante, la disminución de los casos de sida estaría por debajo de lo esperado debido a brechas en el continuo de atención de las PVVS.

---

<sup>14</sup> María José Monsalves, Doris Durán, Carmen Antini, Shrikant I. Bangdiwala, Sergio Muñoz. Estudio de Evaluación de impacto de las “Garantías explícitas en salud” en la mortalidad por Cáncer de Mamas, Cervicouterino, Vesícula, Estómago y Colorectal en Chile entre los años 2002-2016. Facultad de Medicina y Ciencia USS-FONIS. 2017

<sup>15</sup> José Tomás Valdés, Claudia Contreras, Marcela Cárcamo, Pamela San Martín, Nicolás Valdés, Alyssa Sbarra, María Teresa Valenzuela. Impacto de los programas de salud ERA y GES en la mortalidad por neumonía adquirida en la comunidad en personas de 65 años o más en Chile. Rev Panam Salud Publica. 2019 May 3;43:e41. doi: 10.26633/RPSP.2019.

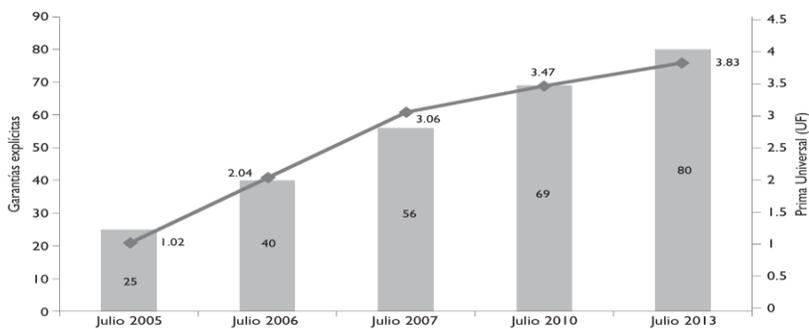
<sup>16</sup> Jordanis Enríquez-Canto y Giovanni Díaz-Gervas. Luis Menacho-Alvirio. Evaluación del acceso a antirretrovirales en personas viviendo con VIH/sida bajo la ley chilena de garantías explícitas en salud, 1984-2018. Rev Chil Salud Pública 2021, Vol 25(1): 63-75

### iii) Financiamiento creciente y equidad en el uso

El costo GES en el ámbito público es asumido completamente por el presupuesto de salud. Considerando que el número de problemas de salud se ha incrementado en estos 20 años prácticamente en cada revisión bi o trianual ha sido necesario aumentar el presupuesto GES en términos reales de acuerdo con periódicas evaluaciones de costos de las intervenciones, pero también por la inclusión de cambios técnicos en los procedimientos y equipos, nuevos medicamentos y nuevos problemas GES (en 2025 se ha llegado a 85 problemas de salud en el GES).

Más aún, desde 2023 se decretó la total gratuidad de las atenciones sanitarias otorgadas por el sector público en establecimientos públicos lo que hizo gratuitas las intervenciones por esta modalidad. También acceden gratuitamente al GES quienes hayan sido transferidos al sector privado por incapacidad de respuesta del sector público en el marco de los plazos (garantía de oportunidad) que establecen las patologías GES.

#### **Gráfico 4. Número de patologías y monto de la prima universal individual para GES (2005 – 2013)**



Fuente: Infante y Paraje (2010)

El trabajo de Infante y Paraje (2010)<sup>17</sup> muestra el efecto distributivo total del esquema de financiamiento-gasto en prestaciones AUGE. LA reforma en sus inicios fue financiada con un 1% de aumento del IVA. La cuarta columna de la tabla 1 señala cuánto más recibe cada quintil calculado por los costos de las prestaciones GES recibidas por encima de su contribución al financiamiento. Entonces, el decil uno recibe alrededor del 11% del gasto total en prestaciones GES y contribuye con alrededor el 2% de la recaudación extra del IVA para financiar dichas prestaciones. en este sentido el programa es progresivo. Asimismo, el decil 10, el de mayores recursos, otorga un "subsidio" negativo de 28%, es decir, recibe en valor de prestaciones 28% menor que lo que otorga, según cálculo de su aporte al IVA.

<sup>17</sup> Antonio Infante y Guillermo Paraje. La Reforma de Salud en Chile. Documento de Trabajo 2010 – 4- PNUD. En "Las nuevas políticas de protección social". Osvlado Larrañaga y Dante Contreras editores. Santiago de Chile, 2010.

**Tabla 1. Efecto total en el financiamiento AUGE, por decil de ingreso**

<i>Deciles</i>	<i>Total FONASA</i>	<i>Contribución en recaudación total del IVA</i>	<i>Subsidio neto por AUGE</i>
1	11,4	1,8	9,6
2	11,7	3,6	8,0
3	11,4	4,7	6,8
4	11,4	5,6	5,8
5	11,2	6,8	4,4
6	10,7	7,9	2,8
7	10,0	9,6	0,4
8	9,3	11,6	-2,3
9	7,7	15,4	-7,7
10	5,2	33,0	-27,8
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>0,0</i>

Fuente: Infante y Paraje (2010)

#### **iv) Satisfacción ciudadana**

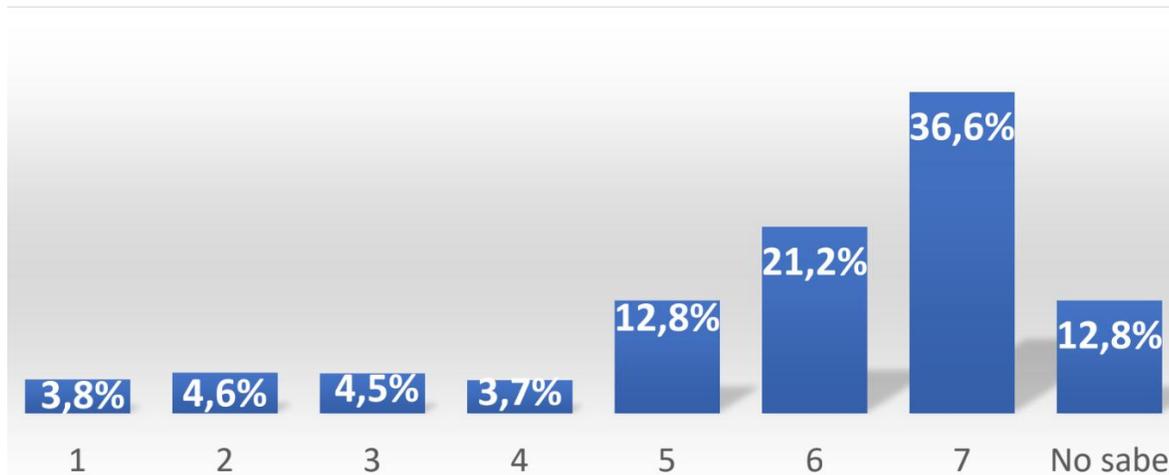
La Superintendencia de Salud realizó en 2019 una evaluación general del sistema de salud que incluía el GES<sup>18</sup>. En notación 5 a 7 en el GES se ubicaba el 76% de la población Fonasa y el 80% de la población Isapre. Estos resultados son mas relevantes si se compara con la opinión que tienen los entrevistados con respecto a su sistema global de salud. En efecto, la satisfacción con respecto al sistema (siempre considerando notación 5 a 7) alcanzó a 51% en Fonasa y 75% en Isapre. En consecuencia, el GES ha mejorado la percepción de los servicios de salud y la equidad

Entre el 12 y el 19 de marzo de 2025 la empresa Sygnos Analytics ya mencionada también agregó en su encuesta semanal (1.305 encuestas para muestra nacional) unas preguntas acerca de la opinión del GES. En ella aparece que, en el último año, 23,6% de los entrevistados (a) o alguien de su familia directa (padres, hijos, cónyuge) habían recibido alguna atención por GES lo cual es coherente con las cifras generales de cobertura GES mencionadas anteriormente.

Asimismo, la opinión con respecto a GES en la notación de 1 a 7 se presenta en la gráfica siguiente:

<sup>18</sup> Superintendencia de Salud (2020). Estudio de Opinión sobre el Sistema de Salud 2019. [https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2022/02/articles-20794\\_recurso\\_1.pdf](https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2022/02/articles-20794_recurso_1.pdf)

**Gráfica 5. Notación de evaluación GES (siendo 1 muy malo y 7 muy bueno)**



Fuente: SygnosAnalytics (2025)

De acuerdo con estos resultados la opinión favorable al GES (notas 5 a 7) alcanza al 70,6% pudiendo aumentar a 81% si se excluye al 12,8% que no tiene opinión del Programa.

#### **v) Conclusiones y discusión**

El AUGE (hoy GES) ha sido una política pública exitosa, consolidada en el sistema de salud chileno y con amplio uso y respaldo ciudadano. Ha mejorado el acceso y la equidad en salud, fortalecido la atención primaria y reorganizado una parte del sistema sanitario. A 20 años de su implementación, su impacto sigue siendo importante para mejorar la calidad de vida de la población.

A pesar de los logros, persisten desafíos en materia de conocimiento ciudadano sobre el programa, evaluación efectiva del desempeño. Asimismo, hay diferencias estructurales entre afiliados a FONASA e ISAPRE, particularmente en atención hospitalaria. La satisfacción ciudadana con el GES supera el 70%, superando la percepción global del sistema de salud.

Así también, hay un déficit en las estadísticas globales oportunas, confiables y sistemáticas que permitan hacer evaluaciones específicas del impacto de cada problema de salud GES para hacer un seguimiento del desempeño global del sistema en este aspecto.

Asimismo, convendría iniciar una discusión en lo que podría llamarse el GES 2.0, es decir, incorporar nuevos problemas de salud que pongan el énfasis en la atención primaria y en la intervención en actividades de prevención y promoción de la salud.

## PANORAMA DE LA SALUD MENTAL EN CHILE

**Marjorie Braniff Pérez**<sup>19</sup>

### Resumen

En los últimos años, la salud mental de la población chilena ha mostrado un marcado deterioro, estrechamente vinculado a los determinantes sociales de la salud. Estos incluyen las desigualdades socioeconómicas, las expectativas culturales y los sistemas laborales y educativos moldeados por el modelo económico neoliberal imperante en el país.

El aumento sostenido de los trastornos mentales no transmisibles —como la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias, la ideación suicida y el suicidio— refleja el impacto negativo de este modelo en el bienestar de la población. Chile se encuentra entre los países con mayor desigualdad económica de la OCDE, una condición que se ha mantenido estable a lo largo del tiempo y ha afectado significativamente la salud psicológica.

Factores como las precarias condiciones de vida, la competitividad individualista, la exclusión social, el debilitamiento de los vínculos comunitarios y la disrupción de los ciclos vitales y familiares han contribuido a una sensación generalizada de inestabilidad y estrés crónico. Estas condiciones han provocado una mayor prevalencia de depresión y conductas autodestructivas, especialmente entre los grupos más vulnerables.

La pandemia de COVID-19 exacerbó estos desafíos, profundizando las desigualdades preexistentes y aumentando el aislamiento, las dificultades económicas y el miedo, comprometiendo aún más el bienestar emocional y mental de la población.

En este contexto, el Estado chileno y el sistema de salud enfrentan un desafío urgente: cerrar las brechas existentes en la atención oportuna de la salud mental. Esto implica no solo garantizar el acceso equitativo a los servicios, sino también promover políticas que fortalezcan los factores de protección y reduzcan los riesgos mediante un enfoque de derechos y justicia social.

Palabras clave: ID 204 Chile; ID 356 salud mental; ID 377 estadísticas de salud

### Abstract:

### Overview of Mental Health in Chile

---

<sup>19</sup> Psicóloga clínica y psicoterapeuta de adolescentes y adultos, Magister en Salud Pública.

In recent years, the mental health of the Chilean population has significantly deteriorated, closely linked to the social determinants of health. These include socioeconomic inequality, cultural expectations, and labor and educational systems shaped by the country's dominant neoliberal economic model.

The steady rise in non-communicable mental disorders—such as depression, anxiety, substance use, suicidal ideation, and completed suicides—reflects the adverse effects of this model on population well-being. Chile remains one of the OECD countries with the highest levels of economic inequality, a persistent condition that has severely impacted psychological health.

Several structural factors contribute to this scenario, including precarious living conditions, individualistic competition, social exclusion, the weakening of community networks, and the breakdown of family and life cycles. These dynamics have created a widespread sense of instability and chronic stress, increasing the prevalence of depression and self-harming behaviors, particularly among the most vulnerable groups.

The COVID-19 pandemic further intensified these challenges by amplifying existing disparities and fostering greater isolation, economic insecurity, and fear of illness and death. As a result, the emotional and mental well-being of the population was profoundly affected.

In light of this context, the Chilean government and healthcare system face the pressing task of closing the gap in access to timely and equitable mental health care. This requires not only expanding services and resources but also implementing public policies that reinforce protective factors and reduce risk, grounded in a rights-based and socially just framework.

## **1. Introducción**

La salud mental se ha convertido en un tema prioritario en las políticas públicas chilenas debido a la alta prevalencia de trastornos mentales y su impacto a largo plazo a lo largo de la vida. Este estudio examinará aspectos clave de la conceptualización de la salud mental y los efectos de los determinantes sociales en el bienestar mental. También proporcionará una breve reseña epidemiológica de diversos trastornos asociados a estos determinantes en niños, adolescentes, adultos y personas mayores, específicamente los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, el consumo de sustancias y alcohol, la ideación suicida y el suicidio.

El análisis se centrará en datos estadísticos del sistema público de salud, ya que no se dispone de información detallada del sector privado. Por lo tanto, los datos presentados se han extraído de la plataforma estadística oficial del Ministerio de Salud (MINSAL), específicamente del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS)

Este estudio descriptivo deberá complementarse en el futuro con indicadores y datos cualitativos, actualmente escasos en el sistema de salud pública. Finalmente, el informe incluirá un breve análisis basado en diversos marcos teóricos que exploran la relación entre las

afecciones de salud mental y los efectos de los determinantes sociales, en particular aquellos vinculados al modelo socioeconómico imperante. El documento concluirá con una reflexión y algunas propuestas sobre los principales desafíos que enfrenta el sistema de salud pública chileno para abordar las necesidades de salud mental.

### i) Concepto de Salud Mental

Tradicionalmente, la salud mental es entendida como la ausencia de trastornos mentales; Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el propio MINSAL han evolucionado hacia una comprensión más amplia. La salud mental es considerada un **estado de bienestar emocional y psicológico** en el cual la persona:

- **Es consciente de sus propias capacidades.**
- **Puede afrontar las tensiones normales de la vida.**
- **Tiene la capacidad de trabajar de manera productiva.**
- **Es capaz de contribuir a su comunidad** (OMS, 2013).

Este enfoque supera el carácter meramente patológico: incluye la promoción de la calidad de vida, las habilidades de afrontamiento y la autonomía, a abarcar tanto la **dimensión individual** (capacidades y recursos internos) como la **dimensión relacional** (comunidad, redes de apoyo, ambiente social).

En Chile, el Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 (MINSAL) complementa esta perspectiva y apunta al desarrollo de un modelo comunitario que promueva el **respeto de los derechos humanos**, la **inclusión sociocomunitaria**, la **participación de la comunidad** y la **articulación intersectorial** para abordar los **determinantes sociales asociados a los problemas de salud mental**.

Este último punto da cuenta de una de las principales causas de la presencia de diferentes problemas relacionados con la salud mental y con muchas de las enfermedades o patologías no transmisibles o que no tienen un origen biológico, a saber: los determinantes sociales de la salud.

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que afectan su salud o mejor dicho su bienestar de manera significativa. Ha de entenderse que cuando se habla de salud el concepto lleva asociado el concepto de salud mental.

La Organización Mundial de la Salud, en el año 2001, señalaba que la salud mental no es solo ausencia de enfermedad o trastornos de salud mental, sino un **estado de bienestar** en el cual las personas pueden afrontar las tensiones normales de la vida, permitiéndoles educarse, aprender y trabajar adecuada y productivamente, desarrollado la totalidad de sus habilidades y contribuyendo a la mejora de su comunidad.

Estos determinantes sociales incluyen una amplia gama de factores, como:

1. **Condiciones socioeconómicas:** El nivel de ingresos y la distribución de la riqueza en una sociedad tienen un impacto directo en la salud de las personas. La pobreza, el desempleo, la falta de acceso a recursos y servicios básicos, como la educación y la vivienda adecuada, pueden influir negativamente en la salud.
2. **Entorno físico:** El entorno en el que vive una persona puede tener un impacto significativo en su salud. La calidad del aire, el agua y el suelo, así como la exposición a sustancias químicas tóxicas y contaminantes ambientales, pueden afectar la salud de manera adversa. Además, la disponibilidad de espacios verdes, parques y áreas recreativas puede influir en la actividad física y el bienestar.
3. **Redes sociales y apoyo comunitario:** El apoyo social y la cohesión comunitaria son importantes para la salud. Las relaciones sociales positivas, la participación comunitaria y el sentido de pertenencia pueden proporcionar un soporte emocional y práctico que influye en la salud mental y física de las personas.
4. **Factores de estilo de vida:** Los comportamientos y hábitos de vida, como la dieta, el ejercicio físico, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y el uso de drogas, pueden tener un impacto significativo en la salud. Estos factores de estilo de vida, a menudo, están influenciados por el entorno social y económico en el que vive una persona.
5. **Acceso a servicios de salud:** El acceso equitativo y asequible a servicios de salud de calidad es un determinante social clave de la salud. La disponibilidad de atención médica, la proximidad de los servicios de salud, la capacitación de los profesionales de la salud y el acceso a medicamentos y tratamientos influyen en la salud de las personas.

Estos determinantes sociales interactúan entre sí y pueden crear desigualdades en salud y en salud mental. Las personas que experimentan desventajas en uno o más de estos determinantes sociales tienen más probabilidades de tener peor salud y enfrentar mayores barreras para acceder a la atención médica adecuada. Abordar los determinantes sociales de la salud es fundamental para promover la equidad en salud y mejorar el bienestar psicológico de las comunidades.

## 2. Panorama actual

La salud mental en Chile ha experimentado un marcado deterioro en los últimos años, influenciada profundamente por diversos determinantes de la salud. Estos determinantes abarcan condiciones socioeconómicas, expectativas culturales, sistemas laborales y el modelo económico imperante. Se debe incluir el gran menoscabo que generó la pandemia COVID 19 a la población donde las condiciones de desigualdad, aislamiento, empobrecimiento, afectaron la mente y el alma de las personas.

Chile se caracteriza por ser una de las naciones con mayor desigualdad económica en el mundo, situación que se ha mantenido estable en los últimos años y que afecta directamente a la salud mental o mejor dicho el bienestar psicológico de sus ciudadanos.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2016-2017 (Minsal, 2017), el 15,8% de la población presenta síntomas depresivos, siendo más prevalente en personas de estratos socioeconómicos bajos, quienes enfrentan mayores dificultades de acceso a servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

El sistema económico neoliberal, predominante en Chile, ha generado una presión significativa sobre las expectativas y las condiciones de vida. Esta presión ha sido especialmente notoria en la población joven, sometida a altas exigencias académicas y laborales, lo que ha provocado un incremento sustancial de los niveles de ansiedad y estrés. Por ejemplo, de acuerdo con un estudio de la Universidad Católica (2021), alrededor del 32% de los jóvenes universitarios chilenos presentaban cuadros severos de ansiedad o estrés, atribuibles a presiones socioeconómicas y expectativas de éxito personal y profesional.

El mercado laboral chileno también se caracteriza por una alta precarización en diversos sectores productivos. La inseguridad laboral y las extensas jornadas, particularmente en el sector informal, han contribuido notablemente al deterioro de la salud mental, desde el estallido social de octubre de 2019 y posteriormente con la pandemia por COVID-19. La crisis sanitaria profundizó esta realidad, aumentando la prevalencia de trastornos mentales; según un estudio publicado por la revista médica de Chile (2022) se estima que durante la pandemia en 2020, se diagnosticaron 241.000 nuevos casos de depresión, lo que equivale al 40,6% en comparación a 2019. Asimismo, se diagnosticaron 394.000 nuevos casos de ansiedad, representando un aumento del 37,4% en su prevalencia

Entre los problemas asociados se encuentra la insuficiencia en la infraestructura sanitaria dedicada a la atención en salud mental, lo cual ha sido ampliamente destacado por diversas organizaciones de salud pública. Además, la estigmatización social asociada a los trastornos mentales dificulta aún más el acceso oportuno y adecuado a los servicios necesarios.

Corresponde ahora poder visualizar diferentes indicadores que permitan dar una bajada al impacto e del actual sistema económico y social y sus efectos en el estado de la salud mental de Chile. De esta forma se abordarán:

- a. **Prevalencia de trastornos mentales**, especialmente depresión, ansiedad, consumo de drogas y alcohol.
  - b. **Tasas de suicidio** por ser un indicador crítico que refleja los problemas severos de salud mental y podría estar relacionado con acceso a servicios de apoyo y tratamiento.
  - c. **Disponibilidad y acceso a servicios de salud mental y Gasto es Salud Mental** observando el acceso a psiquiatras y psicólogos.
  - d. **Indicadores de bienestar psicosocial**: obtenidas a través de encuestas poblacionales.
- a. **Prevalencia de trastornos mentales (Perfil de la demanda).**

## a) Trastornos en Salud mental

Respondiendo a este punto se trabajó sobre datos de trastornos del ánimo y ansiedad y consumo de drogas y alcohol, debido a que mayoritariamente corresponde a enfermedades no transmisibles o de disposición genética, respondiendo a variables situacionales y contextuales de los sistemas de vida.

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, un 22,2% de la población chilena mayor de 15 años presenta sospecha de trastorno mental, siendo más frecuente en mujeres (27,1%) que en hombres (16,8%).

- Los trastornos más comunes son:
  - Depresión: Afecta al 6,2% de la población.
  - Ansiedad: Presente en el 5,6% de los chilenos.
  - Consumo problemático de alcohol: Afecta al 4,3% de la población.

Según el Termómetro de la Salud Mental en Chile. Un estudio realizado por la Universidad Católica y la ACHS en colaboración con el MINSAL (2021-2022), para evaluar el impacto de la pandemia por COVID -19, muestra que:

- El 32,8% de los chilenos encuestados presentó síntomas de ansiedad.
- El 22,9% mostró síntomas de depresión.
- El 46,7% reportó un deterioro en su salud mental.

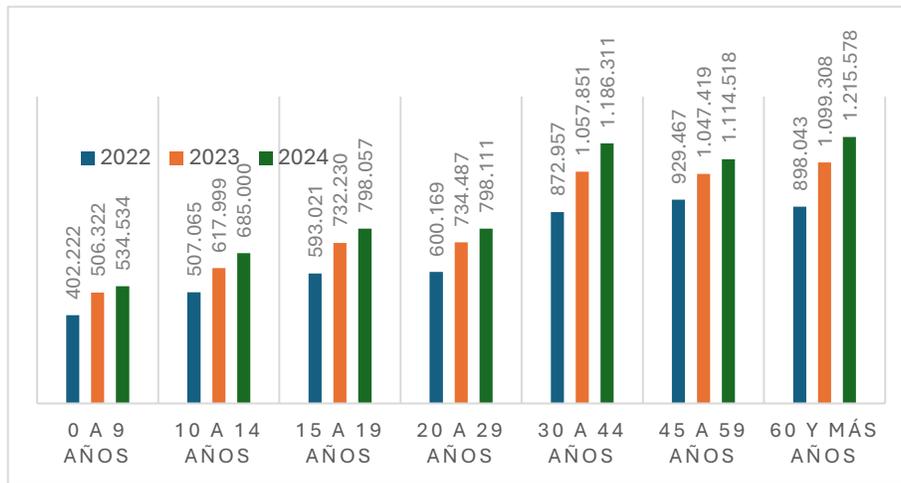
El aislamiento social, la incertidumbre económica y el miedo al contagio fueron factores clave en este deterioro.

Ahora bien, para dar cuenta de cifras concretas se tomaron los datos directamente del Departamento de estadísticas del Sistema Público de Salud (DEIS) de los años 2017, 2022, 2023, y 2024 que cruza atenciones en el sistema primario, secundario y terciario. En el año 2024 hubo un total de 6.332.109 de atenciones<sup>20</sup> en el Programa de salud mental (PSM); el 2023 hubo 5.795.616 y en el 2022 hubo 4.802.944, con la siguiente distribución por rango etario:

---

<sup>20</sup> Se entiende por personas atendidas a la intervención ambulatoria individual o grupal que es realizada por un profesional, técnico y/o gestor comunitario, tanto a nivel primario como secundario.

- **Gráfico 1. Atenciones por el Programa de Salud Mental (años 2022, 2023 y 2024)**

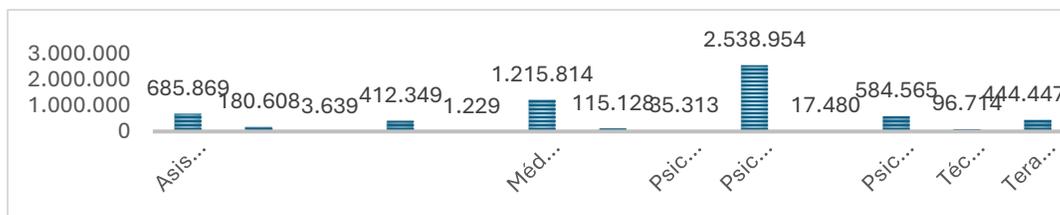


Fuente: DEIS. MINSAL

Según los datos del último Censo 2024 en Chile hay un total de 18.480.432 habitantes; se puede proyectar que en el año 2024 un 34,26% de la población (6.332.109) tuvo algún tipo de atención en salud mental en el sistema público de salud y de esa cifra, 1.286.673 personas ingresaron al programa de salud mental, lo que equivale a. 20,31% del total de consultantes. En el gráfico se puede observar que la tendencia es al alza.

Al comparar el crecimiento de las cifras de los años 2022, 2023 y 2024; post pandemia, cuyo peak estuvo entre los años 2022 y 2023, en el año 2024 no disminuyeron. Esto podría deberse a que las causas de trastornos de salud mental o malestar psicológico no tienen como causal la pandemia propiamente tal, sino otros estresores ambientales.

- **Gráfico 2. Profesionales y técnicos que realizaron atenciones en Salud Mental (2024)**



Fuente: DEIS- MINSAL. Elaboración propia

Del gráfico anterior se desprende que el médico sólo pudo atender al 19,2% de las consultas. Los psicólogos dieron cobertura en un 40% a través de consultas psicológicas y en un 9,2% por psicoterapias. A su vez las trabajadoras o asistentes sociales cubrieron el 10,8% de las

atenciones del programa de salud mental el año 2024. Es importante aclarar que si bien hay atenciones por psicólogos en modalidad de consulta clínica, esto no es equivalente a la realización de psicoterapia. La primera es una consulta indagatoria o de orientación; la segunda responde a un plan integral de trabajo que se puede extender hasta 12 sesiones dependiendo del diagnóstico, con objetivos y diseño de resultados esperados.

### **Población Bajo Control**

Es la población que cuenta con un diagnóstico médico y son atendidas en el nivel Primario y/o Secundario por médico u otro profesional, por factores de riesgo y condiciones de Salud Mental y/o por diagnóstico de trastornos mentales. En 2017 hubo 824.695 personas bajo control en el PSM; en 2024 hubo 1.023.195 personas (incremento de 18,4% en 7 años).

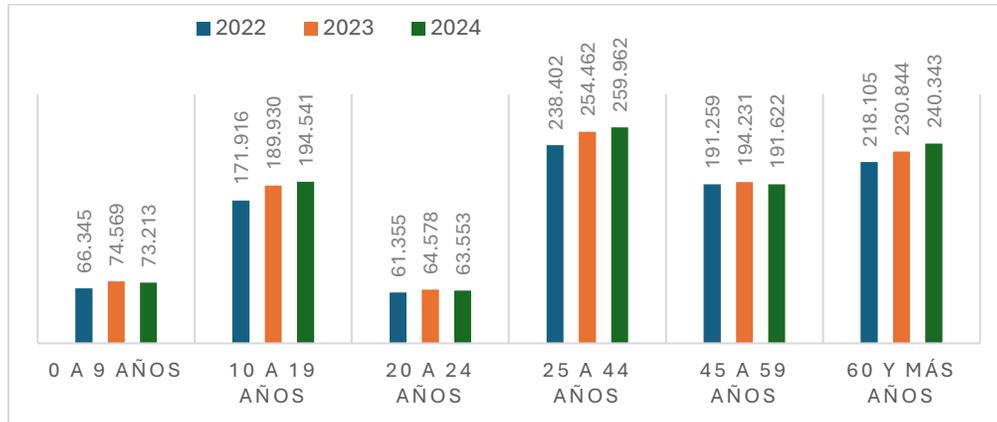


Fuente: DEIS. MINSAL. Elaboración propia

En el año 2022 hubo un total de 949.404 personas bajo control en el sistema público por algún tipo de problema de salud mental; en el año 2023 un total de 1.010.637 (cifra muy por debajo de las expectativas de mejora y las necesidades de cobertura).

Si se compara el total de atenciones del año 2024 con el total de personas que quedaron bajo control, se puede observar que de un total de 6.332.109 de atenciones, sólo 1.025.258 tuvieron un diagnóstico y continuaron con tratamiento (bajo control), lo que representa 16,19% del total de consultas. Puede suceder que las personas que no están bajo control no lograron acceder a un diagnóstico médico para tener el pase de ingreso a población bajo control. También hay que resaltar que en ambos años las mujeres duplicaron a los hombres.

#### Gráfico 4. Población bajo control en salud mental



Fuente: DEIS. MINSAL. Elaboración propia

Al visualizar la tendencia se puede señalar que en los diferentes tramos etarios algunos valores han aumentado o mantenido la tendencia. Por ejemplo, en 2 años aumentó en adolescentes en 22.625 personas; en personas mayores en 22.238; en adultos de 25 a 44 años en 21.560, niñez en 7.868 y jóvenes en 2.198. Sólo ha descendido la cifra de adultos entre 45 y 59 años, pero se mantiene la tendencia de años anteriores.

Ahora bien, tal como se mencionó anteriormente, para evaluar el estado de salud mental de una población es necesario usar los indicadores sanitarios de trastornos afectivos o del humor (depresión), trastornos de ansiedad, consumo de alcohol y otras sustancias, intentos de suicidio y suicidio.

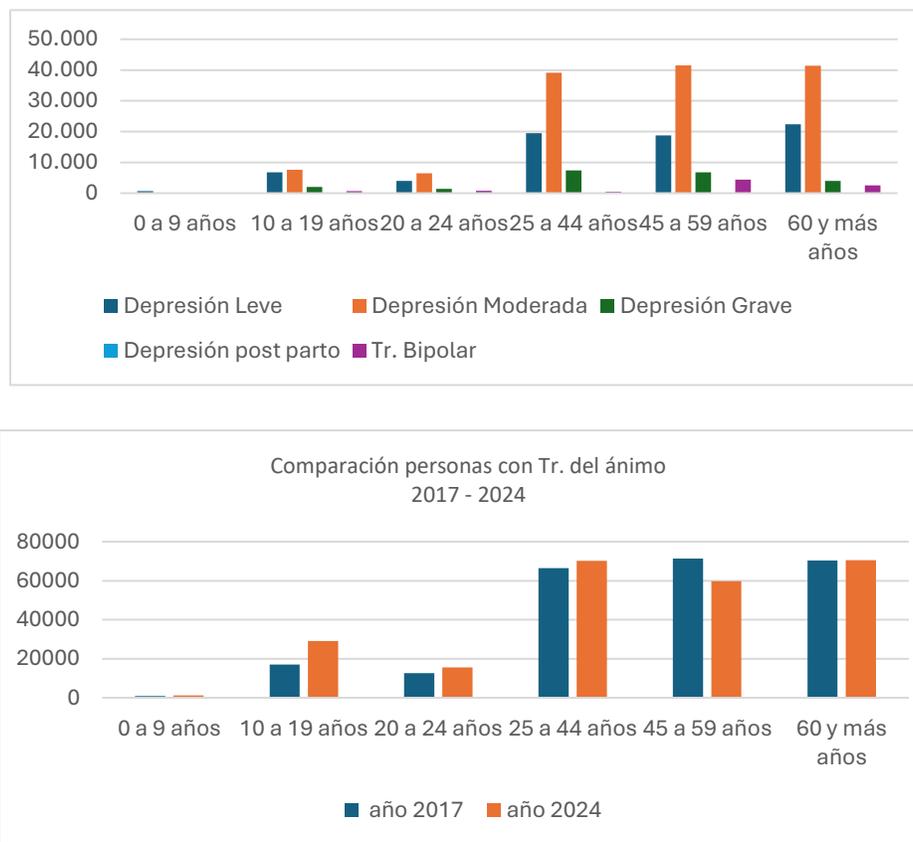
#### Personas bajo Control con diagnóstico de Trastorno del Humor o del Animo (Depresión)

Según la CIE-11, el trastorno depresivo o depresión, se caracteriza por un episodio clínico en el que se presenta un estado de ánimo deprimido o una marcada pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, acompañado de otros síntomas significativos que pueden incluir: cambios en el apetito o en el peso, alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias), fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultades para concentrarse, tomar decisiones o pensar con claridad, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Para el diagnóstico, estos síntomas deben ser persistentes y estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, durante un período mínimo (generalmente al menos dos semanas), y deben causar un deterioro importante en el funcionamiento social, laboral u otras áreas relevantes de la vida.

La CIE-11 también enfatiza la importancia de evaluar la severidad del cuadro. De esta forma se pueden clasificar en diferentes niveles, leve, moderado o grave o mayor. Se reconoce que, en algunos casos, la depresión puede tener una base multifactorial en la que interactúan predisposiciones biológicas, genéticas, pero las actuales orientaciones apuntan a factores ambientales.

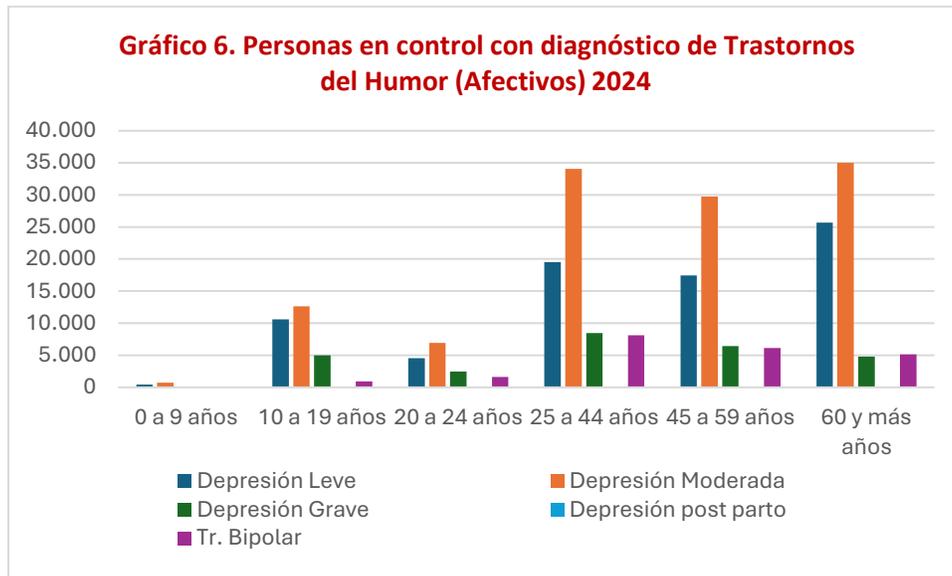
En el año 2017 de 824.695 personas bajo control en el PSM, un total de 238.881 personas tuvieron diagnóstico de trastorno afectivo, cifra equivalente a una prevalencia del período del 29% respecto de la totalidad de personas bajo control en el programa de Salud Mental. Con el desglose del gráfico 5.

**Gráfico 5. Personas en control con diagnóstico de trastornos del humor (afectivos) 2017**



Fuente: DEIS. MINSAL. Elaboración propia

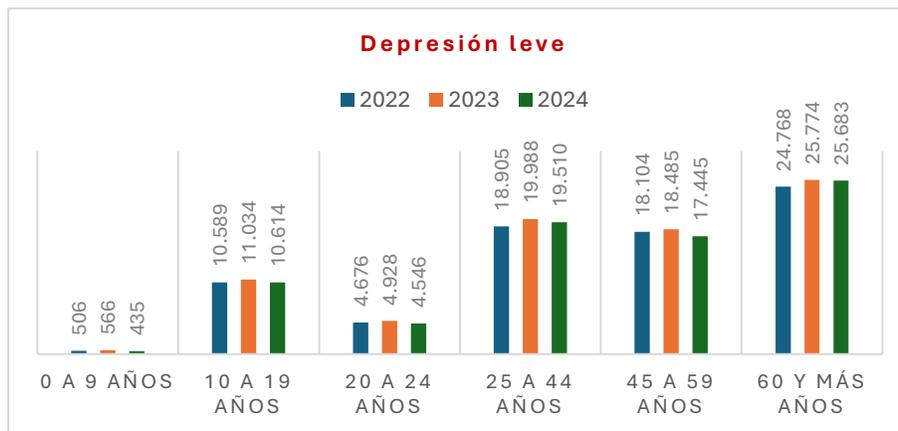
En el año 2024 de 824.695 bajo control en el PSM, se presentó un total de 246.717 con diagnósticos de trastorno afectivo cifra equivalente a una prevalencia del período del 30% respecto a la totalidad de personas bajo control en el programa de Salud Mental.

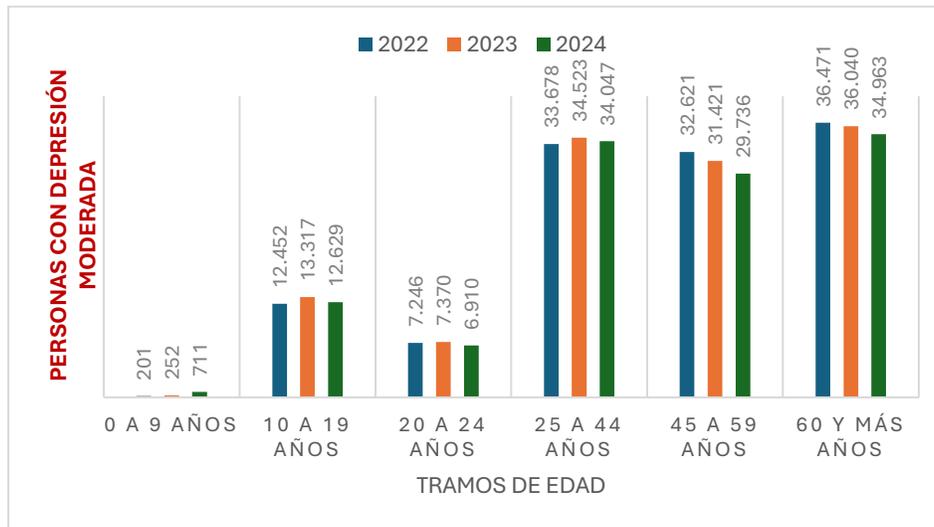


Fuente: DEIS. MINSAL. Elaboración propia

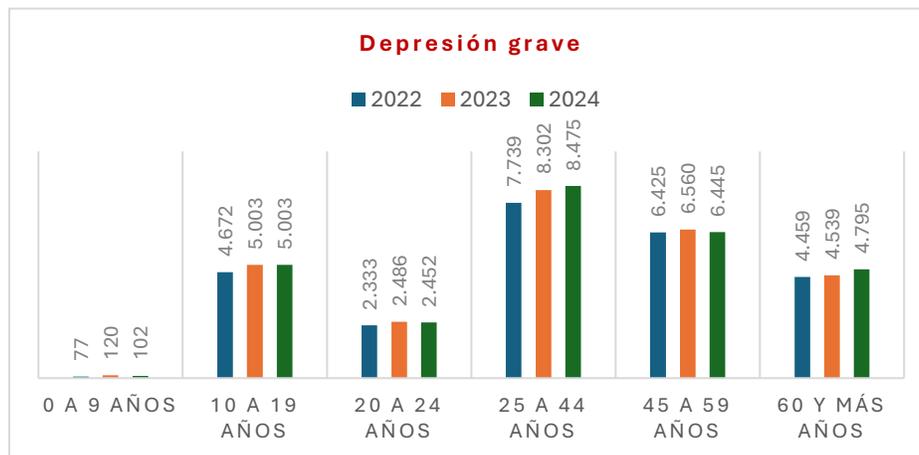
Es necesario hacer mención respecto a la presencia de trastorno del ánimo en población infantil y el aumento en población adolescente. A su vez se observa un incremento en el tramo de 25 a 44 años que corresponde al curso de vida más productivo de la población. De igual forma, se hace necesario indagar qué sucede con los usuarios/as en la etapa en que comienza el receso laboral.

En los siguientes gráficos se puede visualizar el panorama de los 3 últimos años por tramo etario. Sobresale la depresión moderada pues su diagnóstico es muy concreto al igual que en los casos graves. Muchas veces las depresiones leves están en una delgada línea divisoria con los trastornos de ansiedad,





Fuente: DEIS. MINSAL. Elaboración propia



Fuente: DEIS. MINSAL Elaboración propia

Al observar las cifras en 3 años las tendencias se mantienen con poca variabilidad. Esto debe ser preocupante porque las depresiones leves, moderadas y graves no son enfermedades crónicas, se espera que con apoyo médico, medicamentos y psicoterapia, se comience a salir entre 6 meses y un año. Lo que pudiera implicar que el flujo de ingreso es constante.

En términos generales se puede observar que a pesar de los esfuerzos de cobertura los trastornos depresivos han aumentado o se han mantenido. Se podría pensar que las cifras del año 2022 y 2023 responden a efectos post pandemia, pero los datos dan cuenta que los cambios no son significativos a la baja, más aún si se compara la prevalencia del año 2024 con el año 2017.

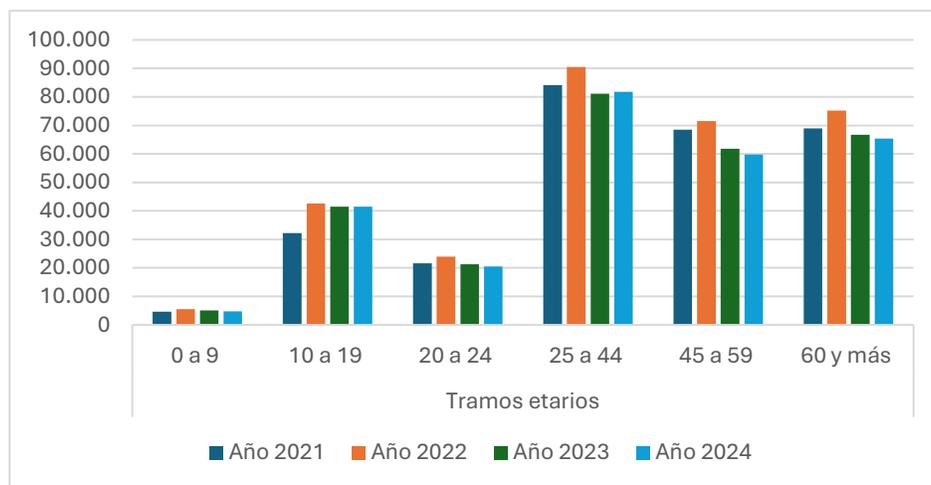
A su vez es necesario recordar que por la falta de especialistas muchos usuarios de Fonasa han acudido al sistema privado para el diagnóstico, buscando alternativas más económicas de medicamentos como las farmacias populares o comunitarias. También en estos resultados faltan los usuarios del sistema de ISAPRE a cuyos datos no se tuvo acceso.

### Trastornos de Ansiedad

El trastorno de ansiedad se entiende como una condición mental en la que la persona experimenta miedo, preocupación o nerviosismo excesivo, persistente y desproporcionado frente a situaciones que, en circunstancias normales, no representarían una amenaza real. Estos trastornos pueden manifestarse a través de síntomas tanto psicológicos (como pensamientos intrusivos y miedos irracionales) como físicos (por ejemplo, palpitaciones, sudoración, temblores o tensión muscular). Conocer la dimensión que alcanza permite visualizar el impacto de intervenciones, cambios sociales, económicos o ambientales en las personas. Teniendo presente que si no se tratan a tiempo y de manera adecuada pueden desembocar en depresión.

En el año 2017 una cantidad de 249.788 personas fueron diagnosticadas con trastorno de ansiedad, el año 2024 se tuvo a 273.613 personas diagnosticadas, con la siguiente distribución por edad.

**Gráfico 8. Población en control por Trastorno de ansiedad**



Fuente: DEIS MINSAL. Elaboración propia

Al igual que en el caso para las depresiones, la tendencia es al alza con un incremento general de 8,7% en 7 años.

Si comparamos las tendencias de los trastornos de ansiedad, el patrón es el mismo que en el caso de los trastornos del ánimo y las depresiones.

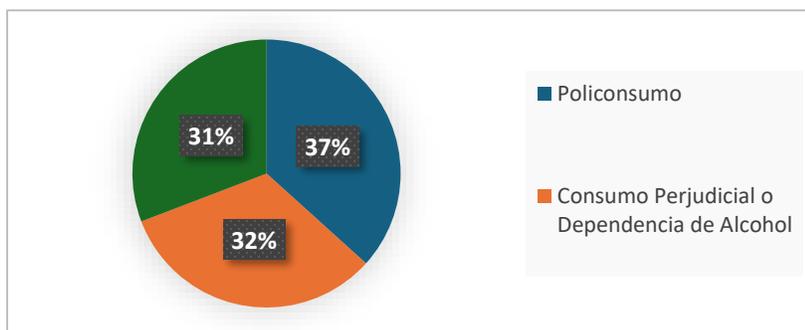
## Consumo de Alcohol y Drogas

Algunos datos estadísticos aportados por investigaciones masivas:

- La ENS 2016-2017 indicaba que el 12,3% de la población chilena tiene un consumo de alcohol considerado de riesgo.
- En cuanto a drogas, el Décimo Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población General del Senda del año 2022 señaló que:
  - El 7.7% de la población consume marihuana.
  - El 0,9% consume cocaína.
  - El consumo de drogas es más alto en jóvenes entre 15 y 24 años.
  - El consumo de alcohol en Chile sigue siendo alto, con un 12,3% de la población con consumo de riesgo.

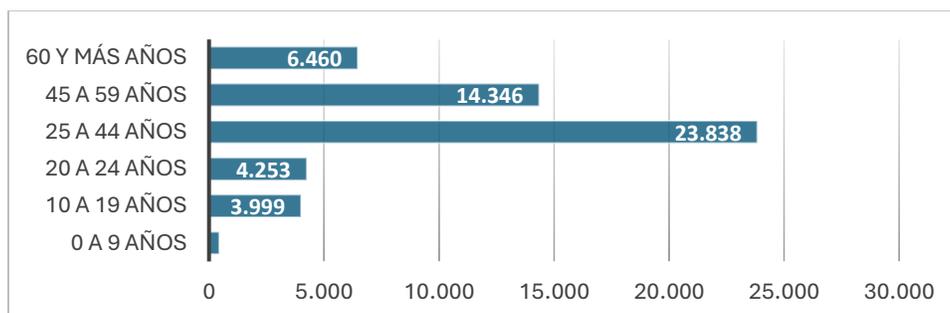
Al enfrentar los datos del DEIS - MINSAL, se observa que en el año 2022 se realizó levantamiento por el tipo de consumo (no hay datos de años posteriores),

### Gráfico 9. Consumo de drogas según tipo. 2022



Fuente: DEIS – MINSAL Elaboración propia

### Gráfico 10. Personas bajo control por consumo de drogas 2022



Fuente: DEIS- MINSAL. Elaboración propia

Ahora bien, los datos recabados del DEIS - MINSAL para los años 2017 y 2024 dan cuenta que en el año 2017 recibieron intervención por consumo un total de 905.357, y en el año 2024 un total de 1.923.577 personas. De esta cifra un 63% correspondió a mujeres y un 37% a hombres. (La intervención individual por patrón de consumo se realiza a las personas que son detectadas con riesgo (bajo, intermedio y alto) o problema de consumo de OH y OD.

Las cifras representan que en 7 años ha habido un incremento del consumo de aproximadamente 48%. El incremento es en todos los tramos etarios, pero la tendencia es mayor entre los de 24 a 44 años y en los de 65 años y más. Si se compara esta cifra con la tendencia de trastornos del ánimo, se observa una alta correlación. Se repite lo mismo con el trastorno de ansiedad para el tramo de 24 a 45 años.

### **b) Suicidio y Conductas Autolesivas**

Evaluar la Salud Mental de una población atendiendo a cifras de suicidios y/o intentos suicidas significa utilizar estos indicadores como una medida indirecta de bienestar psicológico colectivo. Es decir, hasta cierto punto estos indicadores refuerzan el panorama del estado de salud mental de una comunidad o país.

Los suicidios al ser multifactoriales reflejan en muchos casos trastornos mentales graves como la depresión, el trastorno bipolar o la esquizofrenia, especialmente cuando no han sido tratados adecuadamente (OMS, 2014).

Estos eventos también están fuertemente influenciados por factores sociales y estructurales, como el desempleo, el aislamiento social, la violencia, la discriminación, y la falta de acceso a servicios de salud mental. Por ello, las tasas de suicidio se utilizan como barómetro de salud pública (Durkheim, 1897/2002; OMS, 2021).

A su vez, existen limitaciones importantes al usar el suicidio como único indicador. El suicidio es un fenómeno complejo, influido también por factores culturales, religiosos y personales, lo que puede causar variaciones significativas entre regiones o países, incluso con niveles similares. Sin embargo, es importante señalar lo referente a Chile.

Según datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del MINSAL (2022 a 2024) indican que la tasa de suicidios en Chile por cada 100.000 habitantes fue de 11,25 en 2022, 10,63 en 2023 y 10,47 en 2024.

- Las regiones con mayores tasas de suicidio, promedio de estos 3 años son: son Aysén, Los Ríos y La Araucanía.
- El suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años.

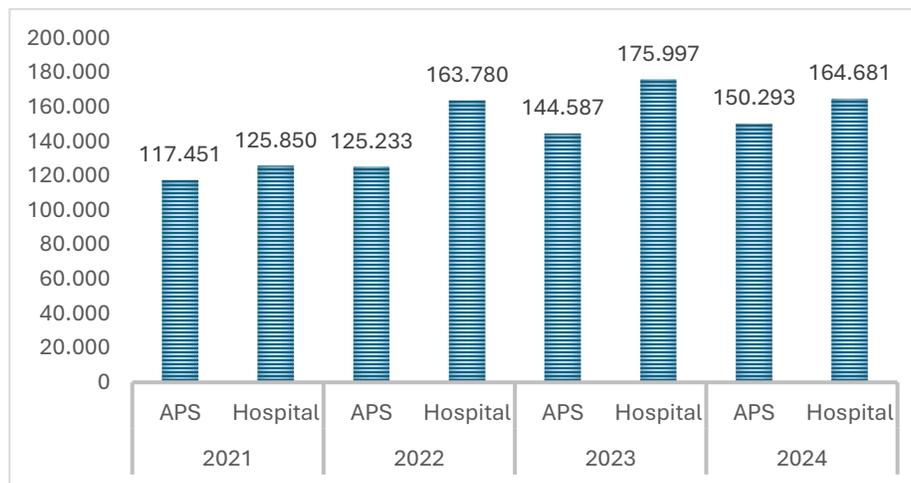
A nivel país, hay coincidencia en los tramos etarios de 25 a 44 años que presentan mayor prevalencia para trastornos del ánimo (depresión), trastorno de ansiedad y consumo de

Alcohol y otras drogas. Esto nos lleva a pensar en que se trata de un tramo etario en riesgo. A diferencia de los trastornos antes mencionados, la mayor prevalencia de suicidios está en la población masculina.

- **Ideaciones suicidas en el país**

En el año 2024, se produjo un total de **12.433** casos de ideaciones suicidas.

**Gráfico 11. Intentos de Suicidio Chile 2011-2014**



Fuente DEIS- MINSAL

Según registros correspondientes al año 2024, ( gráfico 11) se reportaron en Chile un total de 314.974 intentos de suicidio, en una población estimada de 18.480.432 habitantes. Esta cifra equivale a una tasa de aproximadamente 1.704,6 intentos de suicidio por cada 100.000 personas, lo que representa un valor extraordinariamente elevado en comparación con los estándares internacionales. Estos datos sugieren una situación crítica de salud mental en la población chilena, que podría estar reflejando múltiples factores de riesgo estructural, tales como la precarización laboral, el debilitamiento de redes de apoyo, barreras de acceso a servicios de salud mental, y los efectos post-pandemia.

### **Intentos de Suicidio en la Región Metropolitana**

Conforme al Estudio de perfil epidemiológico de intentos de suicidio en población de 15 años y más implementado en Establecimientos Centinelas de la región metropolitana entre los años 2022 y 2024 de la Seremi de Salud RM, se pueden observar que del total de las notificaciones un 5% sólo contaba con estudios básicos. Un 51% tiene educación media y el 39% tiene o está cursando estudios de educación superior.

Antecedentes de enfermedades de Salud mental de los casos de la región Metropolitana:

- Del total de los casos, un 73% tenía diagnóstico de depresión, un 19% Tr. Específico de la personalidad y un 9% Tr. Afectivo bipolar.
- Del 73% de los casos con diagnóstico, un 66% estaba en tratamiento de salud mental con una adherencia de un 70%
- Del 33.4% de las personas con IS, señalaron consumo de OH y/o drogas, siendo el consumo de alcohol en más frecuente, seguido de THC.
- Un 69% de los casos contaba con intentos previos (1.625).

### Resumen de los hallazgos

Una mirada global respecto a la prevalencia de trastornos entre ansiedad, depresiones, consumo de Alcohol y otras drogas, ideaciones e intentos suicidas, no sólo llama la atención el incremento de población con estos trastornos. Ahora bien, es necesario tener presente que esencialmente se trabajó con cifras de población bajo control y del sistema público, es decir personas que ya cuentan con un diagnóstico y están en tratamiento, pero no se conoce cuántas personas están a la espera de obtener atención en los niveles secundario o terciarios que es donde se tratan las especialidades. También llama la atención la concentración que se da en el tramo etario entre los 25 y 44 años, etapa del curso de vida que es denominada “etapa productiva” que es el tiempo en que se terminan los estudios y/o se ingresa al mundo laboral, es también la etapa de construcción familiar y la llegada de los hijos y por tal hay más exigencias económicas (salud, vivienda, educación, alimentación, etc.).

Al respecto, es necesario considerar que la prevalencia de los trastornos mentales como la depresión, la ansiedad y otros tiene un impacto significativo en los AVISA (Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad), un indicador clave para medir la carga de enfermedad en salud pública

- **Alta carga de discapacidad (AVD)**

Trastornos como la depresión mayor, la ansiedad generalizada, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y los trastornos por consumo de sustancias suelen no causar muerte directa, pero sí una gran cantidad de años vividos con discapacidad. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en países como Chile, los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio representan:

- 24% de todos los AVISA
- 37% de todos los AVD (años vividos con discapacidad). **(Boletín 17.003-11, Ley Integral de Salud mental)**

Asimismo, la depresión y la ansiedad afectan la funcionalidad, la participación social y laboral, y aumentan la comorbilidad con otras enfermedades crónicas (como diabetes, enfermedades cardiovasculares). Esto prolonga el tiempo que las personas viven en condiciones de salud no óptimas, aumentando el total de AVD y por tanto el AVISA.

- **Mortalidad asociada (AVP)**

Aunque menos frecuente, algunos trastornos mentales están vinculados a una mayor mortalidad, como es el caso del suicidio, especialmente entre jóvenes. Estos casos se registran como años de vida perdidos prematuramente (AVP), incrementando el AVISA global.

Dicho de otro modo, los trastornos mentales contribuyen sustancialmente al peso de la enfermedad en una población, no tanto por causar muerte directa, sino por su alta carga de discapacidad y sufrimiento prolongado, que estaría afectando a las personas entre los 25 y 44 años de edad. Otro hallazgo es la presencia de trastornos del ánimo y de ansiedad en población adolescente (10 a 19 años), especialmente porque en este curso de vida es población que se encuentra en etapa de estudiante. Por último, el tramo de 60 años y más presenta las constantes de trastornos del ánimo, Consumo de OH y otras drogas y una alta tasa de suicidio.

### **c) Disponibilidad y acceso a servicios de salud mental- Perfil de la oferta - Costos**

Organismos internacionales como la OPS (2022), señaló que en Chile solo el 38,5% de las personas con trastornos mentales recibe tratamiento y que además existe una brecha significativa en el acceso a servicios de salud mental entre las regiones urbanas y rurales. Del mismo modo faltan especialistas en salud mental con 2,6 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, muy por debajo del promedio de la OCDE, que es de 18 por cada 100.000.

En el informe de salud mental que entregó el Ministerio de Salud en el tercer trimestre del 2024 - que fue informado por la subsecretaría de redes asistenciales a la prensa- se señaló que había 3.006.001 personas en lista de espera por diferentes patologías, de los cuales el 87,4% de estos casos corresponde a consultas nuevas de especialidades. Respecto a las consultas psiquiátricas había 37.621 personas esperando por atención, de los cuales 23.721 son adultos y 13.900 son niños y adolescentes.

En el Visor Ciudadano de tiempos de espera del MINSAL (Tableau Public) de diciembre 2024 se señala que a nivel país había una media de 259 días de espera en psiquiatría adulto para 23.042 personas; y en psiquiatría infante – juvenil una media de 287 días de espera para 13.504 NNA. Las cifras en 3 meses prácticamente no disminuyeron.

Es necesario tener presente que diversos trastornos de salud mental están cubiertos por las Garantías Explícitas en Salud (GES). Ellas son los trastornos depresivos, Trastorno Bipolar y Esquizofrenia. Sin embargo, éstas tienen cobertura dentro de 30 días a partir de la confirmación

diagnóstica, la que debe ser extendida por un médico, pero ya se ha señalado que hay largos tiempos de espera para su consecución.

### **Sistema privado ISAPRES y Modalidad Libre Elección**

En el sistema privado, conforme lo que ha señalado la Superintendencia de Salud (2022), para atenciones psiquiátricas si bien los tiempos de espera son menores (de 1 a 3 semanas), tienen un mayor costo. Hoy la consulta de psiquiatra oscila entre 60.000 y 150.000 pesos, Las ISAPRES reembolsaban al año 2023 sólo 10.000 pesos por consulta en un plan de mediana cobertura económica. A lo anterior hay que sumar el gasto de bolsillo en medicamentos.

De acuerdo con el informe N° 4 emitido por la Superintendencia de Salud, de diciembre 2024, en Chile hay sólo 2.080 psiquiatras que certifican la especialidad de psiquiatría adulto y 610 en psiquiatría infanto – juvenil. De esta cifra Fonasa estima que un tercio está adscrito al sistema y atiende por bono.

Respecto a los psicólogos en Chile, en el mismo boletín la SIS, se señala que hay 93.715 profesionales debidamente acreditados en esa entidad. De esta cifra sólo 4.344 están inscritos en FONASA; 3.498 como personas naturales y 846 como personas jurídicas (instituciones). Sin embargo, en una encuesta aplicada por el colegio de psicólogas y psicólogos de Chile que consulta si está inscrito en FONASA y las razones en caso de que la respuesta sea negativa, un 85% no está inscrito y que el nulo interés por hacerlo responde a los bajos aranceles (aprox. 20.000 pesos brutos por sesión), exigencias y la burocracia para la tramitación, por ello se prefiere tener aranceles diferenciados para la población Fonasa, sin tener que utilizar los bonos.

Sobre la cantidad de prestaciones, el sistema de ISAPRES en el año 2023 realizó 486.044 prestaciones de atención médica en psiquiatría y 2.963 961 prestaciones en psicología clínica. Por su parte Fonasa el 2024, registró un total de 1.543.459 atenciones de psicólogos modalidad libre elección.

Respecto a los psicólogos que trabajan en la Atención Primaria de Salud, de acuerdo con informe de la SIS del año 2023, un total de 2.148 psicólogos prestaban funciones en dicho nivel de atención, y 1.088 en los niveles secundarios y terciarios.

Es importante tener presente que la frecuencia de atención psicológica promedio de usuarios en APS por un psicólogo/a es 1 vez al mes, debido a la alta demanda. Esta modalidad de atención no es recomendada para establecer psicoterapia, se trata de una consulta general y orientación.

Distinto es en los COSAM, cuya frecuencia de atención 1 vez cada 15 días o una a la semana según la urgencia, donde además se requiere especialización en psicoterapia. Sin embargo, no hay suficientes especialistas para cubrir la demanda de la población, ni médicos ni psicólogos por motivos presupuestarios, modalidad de pago (honorarios) e infraestructura. Es por esta razón que se generan largas listas de espera.

- **Gasto Público**

En el año 2022 el gasto en salud mental representó alrededor del 1,5% del presupuesto total del sector salud. En el año 2023, proyectó aumentar esa proporción hasta aproximadamente el 2%, lo que serían destinadas específicamente a programas de atención, prevención y fortalecimiento de la atención primaria en salud mental.

Según el departamento de Economía de la Salud, (Información Económica de Salud, 2025), el año 2023 el MINSAL tuvo un gasto total de 6.082.789 millones de pesos. De esta cifra 135.182 millones de pesos fueron invertidos en enfermedades de trastornos mentales y del comportamiento. Cabe recordar que Organismos Internacionales como la OMS recomiendan invertir entre el 5% y 10% del presupuesto total de Salud en Salud Mental

- **Cobertura GES**

Las Garantías Explícitas en Salud, corresponde a un conjunto de beneficios en salud que la ley 19.996 garantiza a las personas afiliadas a Fonasa o Isapre. Se implementó en Chile en el año 2015 como un esfuerzo por modernizar el sistema de salud del país, con objeto de garantizar el acceso oportuno y de calidad, reducir las desigualdades, proteger financieramente a los pacientes. Estas garantías se han ido ampliando a lo largo del tiempo respondiendo a las necesidades de la población y a los cambios del contexto sanitario.

Entre los beneficios contempla atenciones definidas para cada enfermedad, las prestaciones deben ser entregada en un plazo establecido y por un prestador debidamente registrado y considera protección financiera. De acuerdo a lo que señala la superintendencia de salud, los afiliados al Fonasa financian las GES con cargo al 7% de su renta imponible, los afiliados a ISAPRES deben pagar un precio por ellas, el cual es fijado por su Isapre que no debe ser mayor al 20% del valor de la prestación. El precio que la Isapre defina para las GES y la unidad en que se pacte (pesos o unidades de fomento), que sólo podrá variar cada 3 años, debe ser el mismo para todos sus beneficiarios sin que pueda aplicarse para su determinación la relación de precios por sexo y edad prevista sólo para el plan complementario (tablas de factores).

La cobertura para las patologías en salud mental considera diagnóstico, exámenes, atención médica, atención psicosocial, atención hospitalaria si es necesaria y medicamentos. Estos son gratuitos en el sistema público y con copago en el sistema privado.

En la siguiente tabla se presentan las 5 patologías de Salud Mental GES y las respectivas modalidades de funcionamiento.

**Tabla 2. Patologías de Salud mental cubiertas por GES**

CONDICIÓN	Esquizofrenia	Depresión	Tr. Bipolar	Consumo de OH y Drogas	Alzheimer y otras demencias.
EDAD	Cualquiera	> 15 años	>15 años	< 20 años	cualquiera
<b>Plazos - Tiempo máximo de espera</b>					
Evaluación de sospecha	sin plazo	sin plazo	sin plazo	sin plazo	sin plazo
Diagnóstico / Consulta por especialista desde la derivación de sospecha	20 días	30 días	sin plazo	sin plazo	60 días y 120 días para diagnóstico Diferencia.
Tratamiento desde confirmación diagnóstica	Inmediato	Inmediato	24 horas	10 días	60 días
Hospitalización desde la indicación médica	Inmediato	N/N	24 horas	N/N	N/N

Fuente: Superintendencia de Salud 2025

El principal problema de entrar al GES (salvo en la detección y tratamiento para consumo de OH y otras drogas) se encuentra en que el ingreso al sistema de garantías parte desde atención primaria (Cesfam/Cecosf) quienes establecen la "sospecha". Es APS la que deriva a los niveles secundarios o terciarios para realizar el diagnóstico y posteriormente el tratamiento; es allí donde se general las listas de espera por la falta de horas o especialistas. Además, muchas veces la carencia de médicos en salud mental en APS ententece aún más la derivación. En el mismo sentido, la gran falencia es de centros públicos de rehabilitación de alcohol y drogas. Aquellos que son de gestión de Senda, no tienen vacantes.

<b>Tabla 3. Población bajo control en patologías GES 2024</b>					
<b>Año</b>	<b>Esquizofrenia</b>	<b>Depresión</b>	<b>Tr. Bipolar</b>	<b>Consumo de OH y Drogas</b>	<b>Alzheimer y otras demencias.</b>
<b>2024</b>	48.026	223.325	22.000	313.704	39.259

Fuente: DEIS. MINSAL

### **3. Conclusiones: La salud mental en Chile y desafíos estructurales**

La situación de la salud mental en Chile evidencia una alta prevalencia de trastornos en todos los grupos etarios, con manifestaciones diferenciadas a lo largo del ciclo vital. Si bien se han observado avances significativos en las políticas públicas —como el Plan Nacional de Salud Mental o el Plan Nacional de Demencia— y un creciente reconocimiento de la importancia de la detección precoz, el enfoque comunitario y el trabajo intersectorial, aún persisten brechas sustantivas.

Entre las principales limitaciones se encuentran el bajo financiamiento (aproximadamente un 2–3% del presupuesto total de salud), la insuficiente formación y distribución de recursos humanos especializados, y el acceso desigual a servicios oportunos, especialmente en zonas rurales y entre grupos vulnerables. La pandemia de COVID-19 evidencia la urgencia de fortalecer la prevención, la atención primaria en salud mental y la articulación efectiva con organizaciones territoriales.

Las necesidades específicas varían según la etapa del desarrollo: niñas, niños y adolescentes requieren abordajes integrales e interdisciplinarios; la población adulta enfrenta múltiples tensiones derivadas del trabajo, la educación y la vida familiar, que elevan el riesgo de trastornos del estado de ánimo y ansiedad; las personas mayores, por su parte, necesitan estrategias que integren atención médica, apoyo psicosocial, reconocimiento biográfico y promoción de la autonomía, a fin de prevenir el aislamiento, el deterioro cognitivo y el suicidio.

En este contexto, el Estado tiene la responsabilidad de generar las condiciones necesarias para enfrentar los efectos de las condiciones sociales, políticas y económicas que inciden en el bienestar psíquico. Un paso relevante ha sido la elaboración del Proyecto de Ley Integral de Salud Mental (Boletín N.º 17.003-11), actualmente en discusión parlamentaria. Esta propuesta busca establecer un marco legal orientado a promover, proteger y garantizar la salud mental y el bienestar de la población a lo largo del curso de vida, integrando un enfoque de derechos humanos, inclusión social e intersectorialidad.

El proyecto se estructura en torno a cuatro ejes fundamentales: (1) el reconocimiento de la salud mental como un derecho humano, en consonancia con los estándares internacionales; (2) un enfoque intersectorial que involucre a distintos ministerios y fomente la cooperación público-privada; (3) el compromiso con la desinstitucionalización y la inclusión plena de personas con discapacidad psíquica o intelectual; y (4) el fortalecimiento del modelo comunitario en el marco de la red de salud.

Entre los principios transversales que orientan esta iniciativa destacan la dignidad, la equidad de género, la participación ciudadana, la cooperación intersectorial y la no discriminación. A su vez, se contemplan acciones concretas como campañas educativas, formación profesional, la creación de una nueva institucionalidad (Plan Nacional, Comité Interministerial, Comisiones de Protección de Derechos), garantías procesales para las personas usuarias del sistema, regulación clara de la hospitalización psiquiátrica, estrategias de desinstitucionalización y reformas normativas.

Este proyecto representa una profundización y ampliación de la Ley N.º 21.331, avanzando desde la garantía de derechos en el ámbito sanitario hacia una política estatal transversal.

No obstante, ningún marco legal o inversión técnica será suficiente sin una reflexión crítica sobre los efectos del modelo capitalista neoliberal en la salud mental colectiva. Este modelo, al promover la precarización, la competitividad individualista y la mercantilización de la vida, genera condiciones estructurales de sufrimiento psíquico.

### **Desafíos para el sistema público de Salud.**

Desde una perspectiva psicosocial, la psicología propone enfrentar las dificultades en la salud mental mediante el fortalecimiento de los factores protectores y la reducción de los factores de riesgo. En este sentido, el Estado puede contribuir significativamente adoptando un enfoque integral y multidimensional que aborde tanto los determinantes sociales de la salud como las condiciones necesarias para el desarrollo individual y comunitario. Entre las estrategias prioritarias se destacan:

- Fortalecimiento de la atención primaria y la educación en salud mental:
  - Implementar programas de detección temprana y promoción de habilidades emocionales, comunicacionales y cognitivas en establecimientos educativos y centros de salud. Para ello, es fundamental incrementar la dotación de equipos psicosociales, mejorar sus condiciones laborales y salariales.
  - Formar y capacitar profesionales en intervenciones comunitarias con enfoque en resiliencia y psicología positiva, integrando estas prácticas en acciones cotidianas y de promoción en salud mental.
- Desarrollo de políticas sociales inclusivas:

- Fortalecer redes de apoyo mediante programas comunitarios que fomenten la participación ciudadana, el voluntariado y la cohesión social.
- Garantizar el acceso equitativo a servicios básicos como vivienda, empleo, educación y salud, reduciendo así la desigualdad y el estrés socioeconómico.
- Fomento de entornos seguros e inclusivos:
  - Diseñar políticas que promuevan la integración social y reduzcan la discriminación, minimizando el impacto del aislamiento y el estigma.
  - Crear espacios comunitarios y culturales que refuercen el sentido de pertenencia y la cohesión social.
- Inversión en prevención y promoción del bienestar:
  - Asignar un porcentaje significativo del presupuesto de salud a programas preventivos, conforme a recomendaciones internacionales (por ejemplo, destinar al menos el 5% del gasto en salud a salud mental).
  - Desarrollar campañas públicas de sensibilización sobre la relevancia del bienestar psicológico.
- Colaboración intersectorial:
  - Coordinar acciones entre ministerios (salud, educación, trabajo, desarrollo social) para implementar estrategias transversales que promuevan condiciones estructurales favorables al bienestar.
  - Establecer alianzas con el sector privado, organizaciones de la sociedad civil y comunidades locales para ampliar la red de apoyo.

La implementación articulada de estas medidas no sólo permitiría enfrentar situaciones de crisis, sino también promover un desarrollo sostenible a largo plazo, reduciendo la vulnerabilidad y fortaleciendo la resiliencia colectiva.

El modelo capitalista financiero-neoliberal, que privilegia la competitividad, la precarización y la desigualdad, ejerce una presión sostenida sobre la salud mental. Se ha naturalizado la noción de que cada individuo debe responsabilizarse en solitario de su bienestar, sin considerar las condiciones estructurales que generan sufrimiento psicosocial. Esta lógica produce una sensación crónica de inseguridad, que incrementa la prevalencia de trastornos como la depresión, la ansiedad y el consumo problemático de sustancias, e incluso el riesgo de suicidio.

Los determinantes sociales —tales como las políticas laborales, el acceso a la vivienda, la protección social y la cohesión comunitaria— cumplen un papel central en la aparición de estas problemáticas. Diversas organizaciones internacionales, como la OMS y la OPS, subrayan la necesidad urgente de incorporar la justicia social y la equidad como pilares fundamentales en la prevención y abordaje de la salud mental. En este contexto, el fortalecimiento del tejido social resulta prioritario, por sobre la expansión de dispositivos hospitalarios especializados.

En síntesis, para hacer frente a esta situación crítica, se requiere un abordaje integral desde la salud pública que promueva la equidad social, mejore las condiciones laborales, amplíe el

acceso a servicios psicológicos y psiquiátricos, y desarrolle políticas orientadas al bienestar psicosocial de la población chilena. Dicho de otro modo, abordar los desafíos de salud mental en Chile no requiere sólo transformaciones institucionales, sino también cambios estructurales que promuevan un modelo de desarrollo centrado en la dignidad humana, la equidad y el bienestar colectivo. No habrá salud mental sin justicia social.

### Referencias y Consultas:

1. Berardi, F. "Bifo". (2015). *Después del futuro: Desde la imprenta de Gutenberg hasta la Web*. Buenos Aires: Tinta Limón.
2. Defensoría de la Niñez. (2024). *Diagnóstico sobre la situación de derechos de la niñez y adolescencia 2024*. Recuperado de <https://observatorio.defensorianinez.cl>
3. Departamento de Economía de la Salud. (2025) Información Económica de Salud. Visto en <https://ies.minsal.gob.cl/reports/178>
4. Durkheim, É. (2002). *El suicidio: estudio de sociología* (JA Spaulding & G. Simpson, Trads.). Madrid: Akal. (Obra original publicada en 1897)
5. Fundación Todo Mejora. (2024). *Análisis Temático de la ENSSEX 2022-2023: Enfoque en Salud, Educación Sexual y Experiencias de Violencia en la Población LGBTIQ+*. Recuperado de [https://otdchile.org/wp-content/uploads/2024/08/ENSSEX\\_LGBTI\\_FTM.pdf](https://otdchile.org/wp-content/uploads/2024/08/ENSSEX_LGBTI_FTM.pdf)
6. Gaete, J., y Rojas, G., Gaete, J. y Araya, R. (2022). *Cambios en los diagnósticos de depresión y ansiedad en Chile durante la pandemia de COVID-19*. Revista Médica de Chile, 150(5), 691–700. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000500691>
7. Harvey, D. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal.
8. IPSOS. (2023). *Monitor Global de Salud 2023*. Recuperado de <https://www.ipsos.com>
9. IPSOS. (2024). *Día Mundial de la Salud Mental 2024*. Recuperado de <https://www.ipsos.com>
10. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016–2017*. Recuperado de <https://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>
11. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025*. Organización Mundial de la Salud . (2013) . *Salud mental : fortaleciendo nuestra respuesta*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
12. Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud mental: fortaleciendo nuestra respuesta*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
13. Organización Mundial de la Salud (OMS).(2014)Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio. Recuperado de [https://www.who.int/news/item/04-09-2014-first-who-report-on-suicide-prevention?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.who.int/news/item/04-09-2014-first-who-report-on-suicide-prevention?utm_source=chatgpt.com)
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. Recuperado de <https://icd.who.int>
15. Organización Mundial de la Salud (2021). *Suicidio a nivel mundial en 2019*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Recuperado de <https://www.who.int/home>

17. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (s.f.). Recuperado de <https://www.paho.org/es>
18. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2017). *Health at a Glance: OECD Indicators*. OECD Publishing. Recuperado de [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en.html)
19. Observatorio de Salud Mental Chile. (2025). *Estudios diciembre 2023 y marzo 2024*. Recuperado de <https://observatoriodesaludmentalchile.com>
20. Russo, J., & Sweeney, A. (Eds.). (2016). *Searching for a Rose Garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies*. Monmouth: PCCS Books.
21. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2022). *Informe Nacional de Drogas*. Recuperado de <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2024/11/ENPG-2022.pdf>
22. Spade, D. (2022). *Apoyo mutuo: Construir solidaridad en sociedad en crisis*. Madrid: Traficantes de Sueños.
23. Superintendencia de Salud de Chile. (2025). *Boletines informativos RNPI (enero-diciembre 2024)*. Recuperado de <https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2025/01/boletin-n4-2024-rnpi-enero-diciembre-2024-1.pdf>
24. Superintendencia de Salud de Chile. (2025) *Garantías Explícitas en Salud (GES)*. Recuperado de <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-temas-de-orientacion/garantias-explicitas-en-salud-ges-1962/>
25. Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). (2023). *Datos sobre enfermedades profesionales de origen mental en el ámbito laboral*. Recuperado de <https://www.suseso.cl>
26. Universidad Católica & ACHS. (2021). *Termómetro de la Salud Mental en Chile: Cuarta ronda*. Recuperado de <https://www.uc.cl/site/assets/files/14609/termometro-de-la-salud-mental-en-chile-cuarta-ronda-07092021.pdf>
27. Universidad Católica & ACHS. (2024). *Termómetro de la Salud Mental*. Recuperado de <https://www.achs.cl>
28. Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *Desigualdad: Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. México: Turner.

# CENABAST COMO MECANISMO DE AHORRO AL ESTADO

Jaime Espina Ampuero<sup>21</sup>

## Índice

1. Introducción
2. Evidencia de compras centralizadas
3. Datos CENABAST
4. Evolución del Ahorro Generado por CENABAST (2018-2024)
5. Conclusión
6. bibliografía

## Resumen

La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST) es una institución pública chilena creada en 1984, cuyo propósito es centralizar la compra de medicamentos, insumos médicos y alimentos para la red de salud pública del país. Gracias a este modelo, se optimiza el uso de recursos públicos y se mejora el acceso equitativo a productos esenciales en zonas urbanas y rurales.

El informe destaca cómo la centralización de compras ha sido una estrategia utilizada a nivel internacional, con experiencias exitosas en países como Reino Unido y México, y a través de organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estos ejemplos confirman los beneficios de este enfoque en términos de ahorro fiscal, eficiencia en la gestión de recursos y acceso universal a productos de salud.

En 2024, CENABAST logró un ahorro de \$642.220 millones de pesos chilenos mediante su intermediación en compras públicas. Entre los productos con mayor ahorro se encuentran el implante anticonceptivo de etonogestrel, jeringas para insulina, medicamentos para enfermedades respiratorias, oncológicos y cardiovasculares. A nivel de usos terapéuticos, los mayores ahorros se registraron en anticonceptivos, antidiabéticos y antiasmáticos.

Entre 2018 y 2024, los ahorros acumulados se incrementaron considerablemente, pasando de \$93.313 millones a más de \$642.000 millones anuales, representando cerca del 45% del valor de mercado. Estos recursos equivalen, por ejemplo, a la construcción de 2,5 hospitales de alta complejidad o la compra de miles de ambulancias.

---

<sup>21</sup> Ingeniero Civil Industrial, MBA, desarrollo en Sistemas de Información en sector privado, experiencia en logística y operaciones en diversas instituciones públicas y privadas. Director de Cenabast desde 2023.

Finalmente, el informe proyecta que CENABAST debe continuar fortaleciendo su infraestructura tecnológica y explorando nuevas estrategias logísticas, alianzas institucionales y herramientas de análisis de datos para mantener su eficiencia y ampliar su impacto en la salud pública chilena.

Palabras clave: ID 204 Chile; ID 3990 contratos públicos; ID 2213 medicamentos

## Abstract

The Central Supply Center of the National Health Services System (CENABAST) is a Chilean public institution created in 1984, whose purpose is to centralize the purchase of medicines, medical supplies, and food for the country's public health network. This model optimizes the use of public resources and improves equitable access to essential products in urban and rural areas.

The report highlights how centralized purchasing has been used internationally, with successful experiences in countries such as the United Kingdom and Mexico, and through organizations such as the Pan American Health Organization (PAHO). These examples confirm the benefits of this approach in terms of fiscal savings, efficient resource management, and universal access to health products.

In 2024, CENABAST achieved savings of 642.22 billion Chilean pesos through its intermediation in public procurement. Among the products with the greatest savings are the etonogestrel contraceptive implant, insulin syringes, and medications for respiratory, oncological, and cardiovascular diseases. In terms of therapeutic uses, the greatest savings were recorded in contraceptives, antidiabetics, and antiasthmatic medications.

Between 2018 and 2024, accumulated savings increased considerably, from \$93.313 billion to more than \$642 billion annually, representing nearly 45% of the market value. These resources are equivalent, for example, to the construction of 2.5 high-complexity hospitals or the purchase of thousands of ambulances.

Finally, the report projects that CENABAST must continue strengthening its technological infrastructure and exploring new logistics strategies, institutional partnerships, and data analysis tools to maintain its efficiency and expand its impact on Chilean public health.

## 1. Introducción

La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST) es una institución clave en el sistema de salud pública de Chile, cuya misión principal es centralizar la compra de medicamentos, insumos médicos y alimentos para las instituciones de salud

pública. Desde su creación en 1984<sup>22</sup>, CENABAST ha desempeñado un papel fundamental en la optimización del gasto público en salud, implementando un modelo de compras centralizadas que maximiza los recursos del Estado y mejora el acceso de la población a productos esenciales a precios más bajos.

El alcance de CENABAST es amplio y abarca toda la red de atención primaria y hospitalaria del país, asegurando el abastecimiento tanto en zonas urbanas como rurales. Gracias a este modelo, los productos de salud llegan de manera equitativa a todos los rincones de Chile, incluyendo las regiones más apartadas, donde el acceso a insumos médicos de calidad puede ser limitado. Además de garantizar precios más competitivos, la centralización de compras permite que todos los productos cumplan con los estándares de calidad exigidos por las autoridades sanitarias.

A lo largo de los años, CENABAST ha tenido un impacto positivo en la salud pública, mejorando la disponibilidad de medicamentos esenciales y contribuyendo a la sostenibilidad del sistema de salud. Según su informe anual de 2024, las compras centralizadas generaron un ahorro total de \$642.220 millones, lo que representa una optimización significativa del presupuesto del sector. Este ahorro no solo demuestra la eficiencia del modelo, sino que también permite reinvertir en otras áreas críticas de la atención médica, beneficiando a millones de personas.

El éxito de CENABAST en la consolidación de compras la ha convertido en un referente para otros países de Latinoamérica y el mundo, demostrando cómo un enfoque centralizado puede ser una estrategia eficaz para optimizar los recursos públicos y mejorar la cobertura de salud de la población.

## **2. Evidencia de compras centralizadas**

La centralización de compras no es un fenómeno exclusivo de Chile. A nivel global, diversos países han implementado sistemas similares para optimizar el gasto público en salud y otros sectores estratégicos.

Un ejemplo destacado es la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>23</sup>, que, a través de su Fondo Estratégico de Medicamentos, facilita la compra conjunta de fármacos para los países de América Latina y el Caribe, permitiendo reducir costos y mejorar el acceso a medicamentos esenciales (OPS, 2023). Durante la pandemia, la OPS fue un papel clave en la

---

<sup>22</sup> CENABAST fue creada mediante el Decreto con Fuerza de Ley (DFL) N° 41 del Ministerio de Salud de Chile. Desde entonces, ha evolucionado para convertirse en un actor clave en la compra y distribución de medicamentos e insumos médicos en el sistema de salud pública del país. Su origen como central de compras se remonta a 1929, cuando se creó la "Sección de Compras y Distribución de Medicamentos" dentro del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social.

Con el tiempo, esta entidad evolucionó hasta convertirse en la actual Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST), consolidándose como el organismo encargado de la compra y distribución de medicamentos e insumos médicos para la red pública de salud en Chile.

<sup>23</sup> Cuando CENABAST no logra abastecimiento a nivel local, recurre a OPS para satisfacer la demanda de productos farmacológicos, insumos o dispositivos. Las importaciones por OPS para CENABAST también significan ahorros importantes en muchos casos, pero se utiliza este mecanismo en caso de no encontrar las mejores condiciones en a nivel local.

mitigación de sus efectos en la región, proporcionando recursos, ofreciendo apoyo técnico y asegurando un acceso equitativo a las vacunas. Su trabajo evidencia la importancia de la cooperación internacional y la necesidad de organismos coordinadores para responder eficazmente a emergencias de salud pública.

En el Reino Unido, la *Crown Commercial Service (CCS)*, una agencia ejecutiva del Gobierno adscrita a la Oficina del Gabinete, gestiona la adquisición centralizada de bienes y servicios comunes. Su objetivo principal es maximizar los ahorros para los contribuyentes y liderar la política de adquisiciones gubernamentales. En el año fiscal 2023/2024 (1 de abril de 2023 - 31 de marzo de 2024), la CCS informó que los clientes que utilizaron sus acuerdos lograron beneficios comerciales equivalentes a \$6.200 millones de dólares, mientras que aproximadamente \$38.300 millones de dólares del gasto del sector público fueron canalizados a través de sus acuerdos comerciales.

En México, la Oficialía Mayor es la entidad gubernamental encargada de administrar los recursos humanos, materiales y financieros en diversas dependencias del gobierno federal. Entre sus funciones clave se encuentra la gestión de compras centralizada para garantizar eficiencia y transparencia en la administración pública. Entre 2014 y 2019, la compra consolidada de medicamentos generó ahorros de \$1.450 millones de dólares, optimizando el uso de los recursos estatales.

Estos ejemplos evidencian cómo la centralización de compras se ha convertido en una estrategia fundamental a nivel global, permitiendo mejorar la eficiencia del gasto público y garantizar el acceso a productos esenciales a precios accesibles

Este documento tiene por objeto medir el ahorro que Cenabast logra con respecto a las compras que el Estado hace de los mismos productos por otros mecanismos. El recuadro siguiente especifica la definición de ahorro que se utiliza en este texto.

- **Cálculo del ahorro potencial**

El cálculo del ahorro considera la canasta de medicamentos y dispositivos médicos intermediados por CENABAST con la misma canasta comprada directamente por los establecimientos de salud del sector público a través del Portal Mercado Público, como se indica en la siguiente fórmula:

$$\text{Monto Ahorro} = \left( \frac{\sum \text{Monto Canasta}_{\text{Chilecompra}} - \sum \text{Monto Canasta}_{\text{Cenabast}}}{\sum \text{Monto Canasta}_{\text{Chilecompra}}} \right) * 100$$

Corresponde específicamente a la canasta de medicamentos y dispositivos médicos valorizada a precio promedio ponderado obtenidos en Mercado Público por establecimientos de salud menos canasta de medicamentos y dispositivos médicos valorizada a precios de CENABAST por establecimientos de salud.

De esta manera, el cálculo se determina:

- Se determina una canasta a medir y los datos de compras son capturados a través del portal de compras públicas ([www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl)) para un mismo periodo de tiempo, información elaborada por una empresa dedicada a estudios de mercado.
- Se valoriza la canasta de CENABAST considerando las cantidades y el precio de adquisición de cada producto informado por los proveedores adjudicados en [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl) o en las cotizaciones en caso de trato directo de los respectivos procesos de compra.
- Se compara la cantidad y precios comprados por CENABAST respecto a las mismas cantidades valorizadas con el precio promedio ponderado de los establecimientos de salud registrados en Mercado Público.

### 3. Datos CENABAST

A continuación, se muestra los productos con mayor ahorro en el año 2024.

**Tabla 1: Los 10 productos que generaron el mayor ahorro en CENABAST año 2024.**

Nº	Nombre Genérico	Ahorro Potencial	Cantidad Adjudicada
1	Etonogestrel 68 mg implante subcutáneo	\$48.174.612.500	219.100
2	Jering ins 1 ml 100 ui/a. Fija 29-31g x 6mm	\$19.236.217.000	227.110.000
3	Ipratropio 20mcg/do s/cfc fra 200-270 do	\$15.384.176.640	915.724.800
4	Insulina nph humana 100 ui/ml fam 10 ml	\$14.851.515.397	9.551.428
5	Eltrombopag 25mg cm rec	\$11.787.564.678	761.820
6	Rituximab 10mg/ml soluc. Inyec.fam 50 ml	\$11.151.223.646	25.173
7	Levodopa/benserazida 200/50mg cm/cm rec	\$9.991.737.954	49.537.620
8	Formula de inicio tarro 400 a 900g	\$9.669.864.960	2.302.348.800
9	Rivaroxaban 20 mg cm recubierto	\$7.844.266.416	13.170.360
10	Paracetamol 10mg/ml iny fam/am/bol 100ml	\$7.719.431.874	7.100.940

Fuente: Inteligencia de Negocios (CENABAST)

La adquisición centralizada de estos productos farmacéuticos no solo optimiza la eficiencia económica del sistema de salud pública en Chile, sino que también mejora la calidad de vida de millones de personas que dependen de estos medicamentos para su tratamiento. Desde pacientes con diabetes que requieren insulina de manera continua junto con la jeringa para

la administración de esta, hasta personas con enfermedades respiratorias crónicas que necesitan broncodilatadores, sin olvidar a quienes enfrentan cánceres como los linfomas, estos fármacos son esenciales para el manejo de diversas enfermedades graves y crónicas.

Por ejemplo, el etonogestrel es un anticonceptivo de larga duración que beneficia a miles de mujeres en edad fértil. A su vez, el rituximab y el eltrombopag son fundamentales para pacientes con cáncer o trastornos hematológicos, condiciones que afectan a una parte significativa de la población. En el ámbito cardiovascular, el rivaroxabán desempeña un papel clave en la prevención de trombosis y otras afecciones cardiovasculares, resultando especialmente crucial para personas mayores y pacientes con enfermedades preexistentes.

Además, medicamentos como el paracetamol inyectable y la fórmula de inicio para lactantes son esenciales en la atención de urgencias y el cuidado infantil, garantizando que incluso en las zonas más rurales y vulnerables del país, estos recursos estén disponibles para quienes más los necesitan. La centralización de compras permite adquirir estos productos a precios más bajos, asegurando su acceso sin distinción de ubicación geográfica o nivel socioeconómico.

En total, millones de chilenos se benefician de este modelo, lo que subraya la importancia de un sistema de compras centralizadas para optimizar los recursos y garantizar un acceso equitativo a medicamentos esenciales. Este enfoque no solo maximiza la eficiencia del gasto público, sino que también impacta positivamente en la salud de la población, fortaleciendo la sostenibilidad del sistema de salud y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Asimismo, en la Tabla 2 se presentan los principales usos terapéuticos que generaron el mayor ahorro en CENABAST. En primer lugar, se encuentran los anticonceptivos, seguidos por los productos utilizados para el tratamiento de la diabetes, mientras que en tercer lugar destacan los fármacos antiasmáticos.

**Tabla 2: Principales usos terapéuticos con mayor ahorro para CENABAST en el año 2024**

<b>N°</b>	<b>Uso terapéutico</b>	<b>Suma de Monto Ahorro Potencial</b>
<b>1</b>	Anticonceptivo	-\$68.219.807.739
<b>2</b>	Antidiabético	-\$44.795.171.140
<b>3</b>	Antiasmático	-\$42.331.436.107
<b>4</b>	Oncológico	-\$42.026.846.435
<b>5</b>	Antibacteriano	-\$26.019.172.105
<b>6</b>	Anticoagulante	-\$21.030.808.774
<b>7</b>	Administración de Medicamento <sup>24</sup>	-\$20.766.272.605
<b>8</b>	Inmunomodulador	-\$20.461.527.681
<b>9</b>	Cardiovascular	-\$17.633.295.388
<b>10</b>	Sistema Antidepresivo	-\$15.930.589.929

Fuente: Inteligencia de Negocios (CENABAST)

<sup>24</sup> Se refiere a un insumo de clase 2 según clasificación de riesgo del Instituto de Salud Pública (ISP)

#### 4. Evolución del Ahorro Generado por CENABAST (2018-2024)

A lo largo de los años, CENABAST ha logrado incrementos significativos en los ahorros generados mediante su intermediación en las compras del sector salud. A continuación, en Tabla 3, se detalla el resumen de los montos de ahorro promedio por licitación en millones de pesos chilenos (MM\$) desde el año 2018 hasta el año 2024.

**Tabla 3: Evolución ahorro generado por CENABAST**

<b>Año</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
<b>N° de procesos de compra</b>	1.028	958	1.162	1.112	1.066	936	1.020
<b>Cantidad de productos</b>	870	828	971	938	940	840	923
<b>Valor Cenabast (MM\$)</b>	\$177.404	\$272.844	\$495.903	\$490.135	\$594.411	\$674.173	\$800.906
<b>Valor Mercado Público (MM\$)</b>	\$271.317	\$435.903	\$820.845	\$866.259	\$958.118	\$1.245.378	\$1.443.125
<b>Ahorro (MM\$)</b>	\$93.313	\$163.059	\$325.036	\$376.124	\$363.707	\$571.205	\$642.220
<b>% de Ahorro</b>	34,60%	37,40%	39,60%	43,40%	38,00%	45,90%	44,50%

Fuente: Inteligencia de Negocios (CENABAST)

Por otro lado, el gráfico 1 muestra una tendencia creciente en el ahorro generado por CENABAST entre 2018 y 2024, tanto en monto absoluto como en porcentaje de ahorro sobre el total de compras. En 2018, el ahorro fue de \$93.913 millones y en 2024, el ahorro proyectado alcanza \$642.220 millones. Esto representa un incremento de aproximadamente 6,8 veces en 6 años.

**Gráfico 1: Evolución del ahorro generado por CENABAST**


Fuente: Inteligencia de Negocios

La evolución del porcentaje de ahorro ha mostrado un crecimiento sostenido, pasando del 34,6% en 2018 a un máximo del 45,9% en 2023. En 2024, aunque ligeramente menor, se mantiene en un 44,5%, lo que refleja una consolidación en la eficiencia de compra de CENABAST.

Para dimensionar el impacto de estos ahorros en la infraestructura de salud en Chile, un ejemplo ilustrativo es el Hospital Félix Bulnes, cuya construcción tuvo un costo aproximado de \$250.000 millones. Con los \$642.220 millones ahorrados por CENABAST en 2024, sería posible financiar la construcción de 2,5 hospitales de esta magnitud.

Otro caso representativo es la adquisición de ambulancias equipadas, cuyo costo oscila entre \$80 y \$120 millones por unidad. Con los ahorros de CENABAST en 2024, se podrían adquirir entre 5.350 y 8.000 ambulancias, fortaleciendo significativamente la red de atención prehospitalaria en el país.

En términos de presupuesto, en 2022 CENABAST destinó \$900.000 millones a la compra de medicamentos. El ahorro logrado en 2024 equivale aproximadamente al 71% de ese presupuesto, lo que demuestra cómo la eficiencia en la adquisición de insumos ha liberado una cantidad significativa de recursos que pueden ser reinvertidos en otras áreas críticas del sistema de salud.

Estos datos evidencian el impacto tangible del modelo de compras centralizadas de CENABAST en la infraestructura y el acceso a medicamentos en Chile, fortaleciendo la capacidad del sistema de salud para atender las necesidades de la población de manera más eficiente y equitativa.

## 5. Conclusión

CENABAST ha consolidado su posición como un modelo eficiente de gestión de compras centralizadas, logrando generar un ahorro significativo para el Estado y garantizando el acceso a medicamentos e insumos médicos esenciales. Con más de 600 millones de dólares ahorrados anualmente, su labor no solo optimiza el gasto público, sino que también contribuye a la equidad en el sistema de salud, permitiendo que millones de personas en Chile reciban tratamientos oportunos sin importar su ubicación geográfica o nivel socioeconómico.

El futuro de CENABAST estará determinado por su capacidad de innovación y adaptación a los cambios en la demanda de medicamentos y dispositivos médicos. Para continuar maximizando su impacto, será fundamental fortalecer su infraestructura tecnológica, implementar herramientas de inteligencia artificial y *big data* para mejorar la planificación de compras y optimizar la distribución de insumos. Además, ampliar su red de proveedores garantizará una mayor competitividad en los procesos de adquisición, mientras que una gestión transparente y eficiente reforzará la confianza de la ciudadanía y las instituciones de salud.

Otro desafío clave será la integración con nuevas estrategias de salud digital y logística avanzada, lo que permitirá una distribución más rápida y eficiente de los productos. La posibilidad de alianzas con el sector privado, organismos internacionales y otras entidades gubernamentales también podría fortalecer su capacidad operativa y generar aún mayores beneficios para el sistema de salud pública. A medida que Chile avanza en la consolidación y modernización de su sistema de salud,

CENABAST seguirá desempeñando un papel esencial en la provisión de medicamentos y en la optimización del presupuesto estatal. Su labor no solo impacta en la sostenibilidad financiera del sector, sino que también mejora directamente la calidad de vida de la población, asegurando que los tratamientos esenciales lleguen a quienes más los necesitan.

## 6. Bibliografía

[https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio%2F10221%2F33171%2F1%2FRegulacion\\_de\\_las\\_compras\\_publicas\\_en\\_la\\_Union\\_Europea\\_Australia\\_y\\_Nueva\\_Zelanda.pdf](https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio%2F10221%2F33171%2F1%2FRegulacion_de_las_compras_publicas_en_la_Union_Europea_Australia_y_Nueva_Zelanda.pdf)

Auer, A., & Guerrero Espinel, J. E. (2011). *La Organización Panamericana de la Salud y la salud internacional: una historia de formación, conceptualización y desarrollo colectivo*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(2), 111-121. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9474>

CENABAST. (2024). *Informe anual de gestión 2023*. <https://www.CENABAST.cl>

OPS. (2023). *Fondo Estratégico de Medicamentos y su impacto en la región de las Américas*. <https://www.paho.org>

Crown Commercial Service. (2023). *Annual report and accounts 2022 to 2023*. <https://www.gov.uk/government/organisations/crown-commercial-service>.

El País. (2024). *El ahorro generado por las compras centralizadas de medicamentos en México*. <https://elpais.com>

MedlinePlus. (2021). *Etonogestrel implant*. U.S. National Library of Medicine. <https://medlineplus.gov>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). *Rituximab for the treatment of non-Hodgkin lymphoma*. NICE Guideline. <https://www.nice.org.uk>

American Cancer Society. (2021). *Rituximab*. <https://www.cancer.org>

Mayo Clinic. (2021). *Rivaroxaban (Oral Route)*. <https://www.mayoclinic.org>

National Institutes of Health (NIH). (2020). *Paracetamol (Acetaminophen)*. MedlinePlus. <https://medlineplus.gov>

[https://assets.publishing.service.gov.uk/media/669e734fce1fd0da7b592a6b/CCS\\_annual\\_report\\_and\\_accounts\\_web\\_version.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/669e734fce1fd0da7b592a6b/CCS_annual_report_and_accounts_web_version.pdf)

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/942092/Informe\\_Consolidado\\_IGG\\_3era\\_Entrega\\_vf.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/942092/Informe_Consolidado_IGG_3era_Entrega_vf.pdf)

<https://www.elfinanciero.com.mx/economia/hacienda-estima-ahorros-de-30-en-el-gasto-con-centralizacion-de-compras/>

<https://ciep.mx/eficiencia-del-gasto-en-salud-compra-consolidada-de-medicamentos/>

<https://consultorsalud.com/compra-centralizada-de-medicamentos-para-enfermedades-huerfanas-en-colombia-conozca-aqui-los-criterios>

<https://concesiones.mop.gob.cl/proyectos/Paginas/detalleExplotacion.aspx?item=126>

<https://infinitychassis.com/es/precio-de-la-ambulancia/>

# IMPACTO DE LA LEY CENABAST EN EL COSTO Y ACCESO A MEDICAMENTOS PARA LA SALUD MENTAL EN CHILE

Ismael Aguilera Correa<sup>25</sup>

## Resumen

La salud mental es una prioridad en Chile con dificultades para acceder a tratamientos farmacológicos por su alto costo. Desde 2020, las transacciones de la Central de Abastecimiento (Cenabast) han involucrado a un mayor número de entidades, ya que la ley se ha implementado para mitigar esta barrera económica. Este estudio evalúa el impacto de la ley Cenabast en los precios y cantidades de medicamentos de salud mental en Chile. Se aplicaron análisis descriptivos y pruebas estadísticas comparativas a datos de la central y del Mercado Farmacéutico desde 2017 a 2024, con precios ajustados por inflación (IPC). Los hallazgos indican una disminución en los precios (-27%) y un aumento en las cantidades (+76%) atribuibles a la ley, particularmente dado que el volumen intermediado por Cenabast es 2,1 veces mayor. Prueba del impacto más allá de las compras públicas es una reducción significativa de los precios en el mercado farmacéutico del -18,9% (\$53 por unidad al mes). Las variaciones tuvieron un impacto significativo, aunque en distinta medida, en los antidepresivos y los antipsicóticos. La discusión abarca las implicaciones para la política farmacéutica y el acceso a los tratamientos de salud mental, reconociendo limitaciones como la comparabilidad de los precios de compra de Cenabast con los precios de venta del mercado farmacéutico privado.

Palabras clave: ID 204 Chile; ID 3954 Economía de la salud; ID 2213 medicamentos; ID 356 salud mental

## Abstract

Mental health is a priority in Chile with difficulties in accessing pharmacological treatments due to their high cost. Since 2020, the procurement of the Central Supply Center (Cenabast) has involved a greater number of entities, as the law has been implemented to mitigate this economic barrier. This study assesses the impact of the Cenabast law on the prices and quantities of mental health medications in Chile. Descriptive analysis and comparative statistical tests were applied to data from the Central and the Pharmaceutical Market from 2017 to 2024, with prices adjusted by CPI inflation. The findings indicate a decline in prices (-27%) and an increase in quantities (+76%) attributable to the law, particularly given that the volume intermediated by Cenabast is 2.1 times higher. Evidence of the impact beyond public procurement is demonstrated by a significant price reduction in the pharmaceutical market of

---

<sup>25</sup> PhD.(c) en Sistemas de Ingeniería. Ing. Civil Industrial, Mag. Ing. Negocios con TI, Mag. Gest. y Pol. Púb. Especializado en Economía de la Salud

-18.9% (\$53/unit per month). The variations had a significant impact, albeit to a different extent, on antidepressants and antipsychotics. The discussion encompasses the implications for pharmaceutical policy and access to mental health treatment, acknowledging limitations such as the comparability of Cenabast purchase prices with the private pharmaceutical market sales prices.

## Introducción

La salud mental es un componente fundamental del bienestar general de la población chilena. Para ilustrar la relevancia de este aspecto, es importante considerar la dimensión de ciertos problemas de salud mental. Por ejemplo, la prevalencia de sospecha de depresión es 15,8% de la población adulta según la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016-2017) sin variaciones significativas desde el 2003 al 2017 y manteniendo la brecha según sexo donde una de cada cinco mujeres presenta sospecha de depresión y para los hombres, uno de cada diez.

Un componente clave en el tratamiento de la salud mental es la farmacoterapia. Esto, a su vez, implica comprender la importancia de la adherencia terapéutica y su efecto recíproco en los resultados de salud (Eaddy et al., 2012; Sensharma y Yabroff, 2019). Tanto el acceso, la continuidad como la adherencia se ven afectados por los altos costos de los tratamientos. Por ejemplo, el 30% de los y las adolescentes consideran el alto precio de los medicamentos relacionados con la salud mental una barrera importante en la atención de salud mental para niños, niñas y adolescentes (Defensoría de la Niñez, 2022). En efecto, con frecuencia, el factor determinante es el precio, lo que induce a los pacientes a omitir dosis, disminuir la posología o reducir la adquisición de los productos recetados (Zullig et al., 2013; Eaddy et al., 2012; Vyas et al., 2022).

En contraste, las intervenciones que reducen los gastos de bolsillo de los pacientes pueden mejorar la adherencia, aunque los efectos varían según las diferentes clases de medicamentos (Sensharma y Yabroff, 2019). Por ejemplo, Soumerai et al. (1994) examinaron la restricción en la cobertura en el tratamiento de la esquizofrenia (antipsicóticos, antidepresivos, litio, ansiolíticos e hipnóticos). Esta medida resultó en una disminución del uso de medicamentos y un aumento del 16,7% la demanda de servicios ambulatorios de salud mental (urgencias y hospitalización parcial), sin alterar los ingresos hospitalarios. Esto implicaría un aumento de 17 veces en el gasto estatal, independientemente del impacto en el bienestar de los pacientes. En cambio, proporcionar medicamentos sin costo alguno puede aumentar en un 10,1% la adherencia en comparación con el acceso habitual, e incluso reducir los costes sanitarios totales durante dos años (Persaud et al., 2021). Sin embargo, incluso entre los pacientes que reciben subsidios completos para la medicación, la adherencia puede ser deficiente (Vyas et al., 2022; Aziz et al., 2016), lo que indica la necesidad de estrategias integrales para abordar este asunto.

De modo que, el bienestar de la población se relaciona con los resultados de salud; éstos con la adherencia terapéutica la que se relaciona con las magnitudes de los costos/precios de los medicamentos. Estas implicancias encadenadas son fundamentales para la evaluación del impacto de las políticas implementadas por el Estado chileno, como la Ley de Fármacos II (Ley 20.850), que promueve la competencia de genéricos bioequivalentes, y el programa de compras centralizadas de medicamentos a través de CENABAST. Esto aclara el impacto de las estrategias de Cenabast en el bienestar de la población, pues estas medidas tienen el propósito de mitigar el efecto precio y garantizar acceso a los medicamentos.

Por ello, este artículo tiene por propósito evaluar el cambio en precio y cantidad generado por la Ley Cenabast vigente desde el 2020 en medicamentos relacionados con salud mental. Donde la hipótesis subyacente es una disminución de los precios y un aumento en las cantidades intermediadas por Cenabast a partir de 2020.

## Metodología

Para alcanzar los objetivos propuestos, se recopilaron bases de datos públicas de Cenabast, que incluyen precios de compra y cantidades intermediadas, así como información pública del mercado farmacéutico obtenida de la Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud. Estos datos abarcaron el período comprendido entre 2017 y 2024.

Luego, se procesaron los datos y se identificaron los medicamentos para la salud mental, específicamente aquellos pertenecientes a los grupos terapéuticos ATC N05 (antipsicóticos) y N06 (psicoanalépticos), y los principios activos del grupo N03 (antiepilépticos) presentes en las canastas GES de salud mental (Ácido valproico, Carbamazepina, Clonazepam y Lamotrigina). Posteriormente, se homologaron las presentaciones de los medicamentos entre las bases de datos y se calcularon los precios unitarios promedio por comprimido para cada medicamento en cada período. Para garantizar la comparabilidad temporal, los precios unitarios se ajustaron por inflación utilizando el Índice de Precios al Consumidor (IPC) de diciembre de 2024. Es importante destacar que los precios de Cenabast y del Mercado Farmacéutico no se consideraron directamente equivalentes debido a sus diferentes posiciones en la cadena de valor; más bien, se compararon para identificar brechas y tendencias.

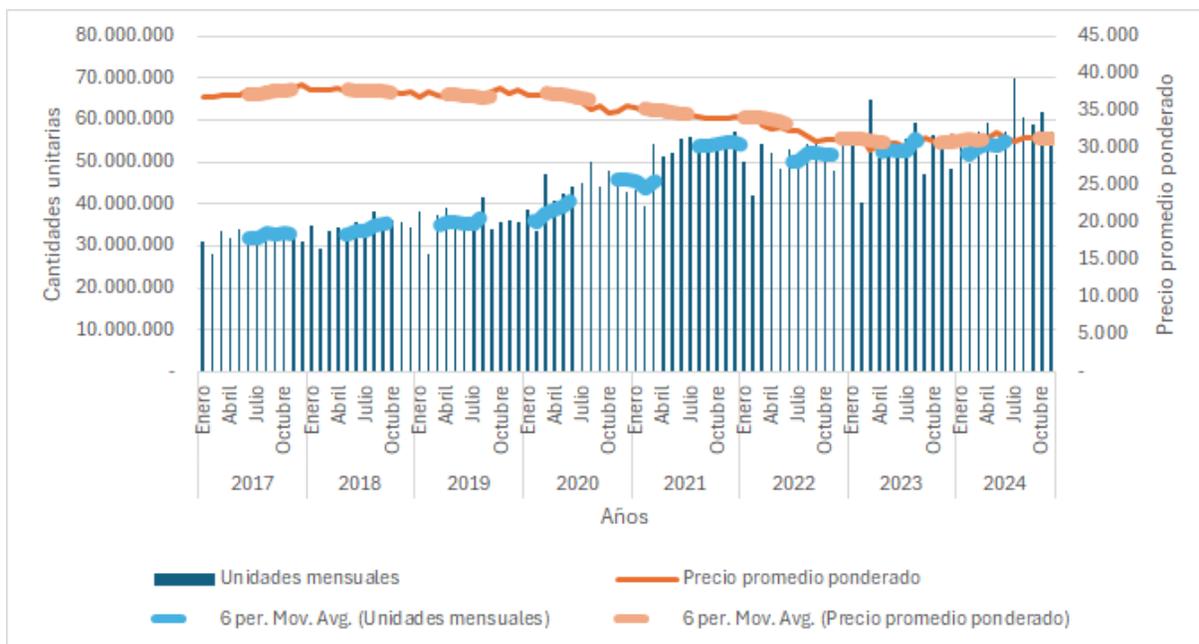
Finalmente, se realizó un análisis estadístico que incluyó, tanto un análisis descriptivo de las tendencias temporales de precios y cantidades, como pruebas estadísticas comparativas (t-test para muestras emparejadas) para evaluar el impacto de la Ley Cenabast. Por otro lado, para estimar el efecto causal de la Ley Cenabast sobre los precios en el mercado farmacéutico se implementó un modelo Diferencias en Diferencias (DiD). La variable dependiente del modelo corresponde a los precios promedio ponderados mensuales. La variable de tratamiento es una variable binaria que toma valor =1 desde que ocurrió la implementación

de la Ley. Considerando la adopción paulatina y puesta en marcha durante el año 2020 por parte de las entidades, permitiendo así una estimación más clara del efecto una vez que la política estaba plenamente operativa, el periodo de tratamiento se estableció en pleno régimen desde enero de 2021.

## Resultados

Como se observa en la Figura 1, los medicamentos de salud mental seleccionados del mercado farmacéutico muestran una tendencia general al alza en las unidades mensuales vendidas (barras azules) y una tendencia a la baja en el precio promedio ponderado (línea naranja), particularmente visible a partir del año 2020. Las líneas de promedio móvil de 6 meses (celeste para unidades, naranja claro para precio) suavizan las fluctuaciones mensuales y refuerzan la percepción de estas tendencias post-2020.

**Figura 1: Evolución de unidades mensuales y precio promedio ponderado para medicamentos de salud mental en el Mercado Farmacéutico**

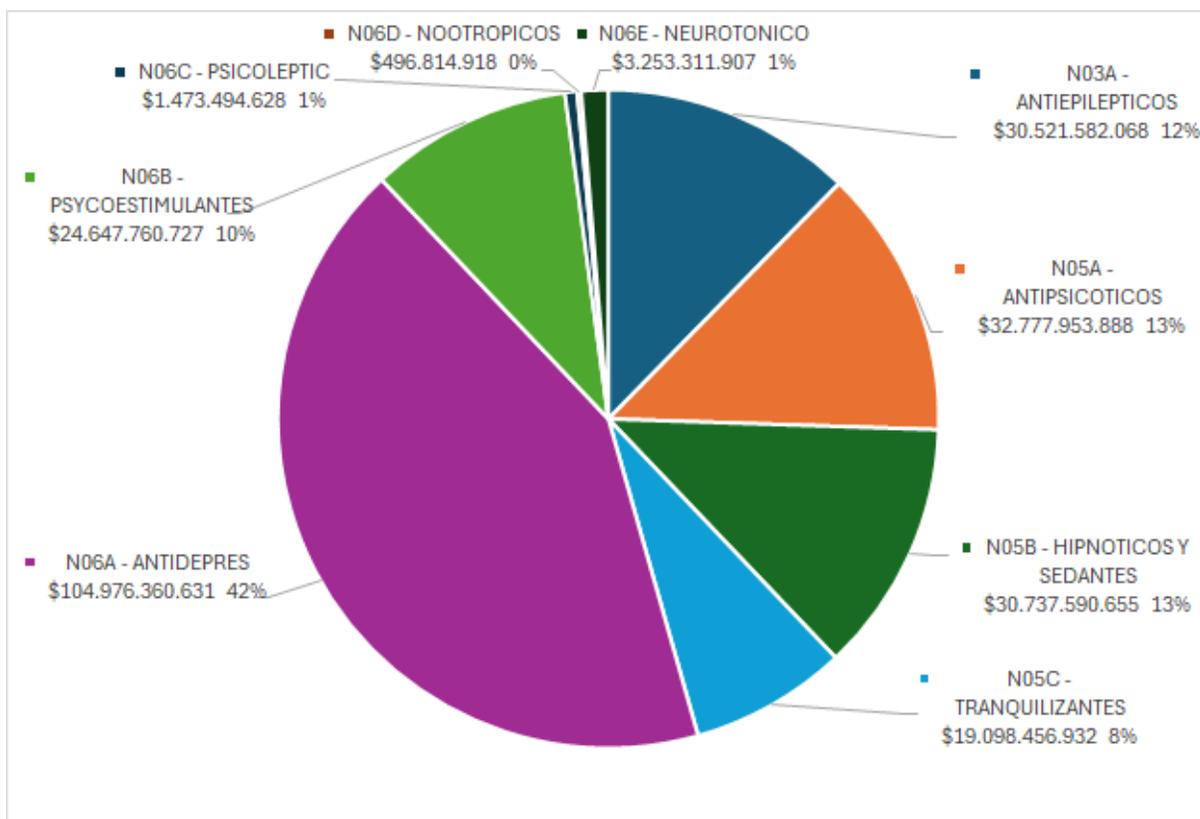


Fuente: Elaboración propia con datos de datos públicos de la Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud. <https://ies.minsal.gob.cl/reports/187>

La figura sugiere que la Ley Cenabast coincidió con un cambio en la dinámica del mercado farmacéutico en general (no solo las compras directas de Cenabast), con precios a la baja y cantidades al alza. El análisis causal DiD confirma que esta reducción de precio en el mercado es estadísticamente significativa, en promedio mensual -\$53 a pesos constantes ( $p=2,84e-05$ ). El modelo DiD entregó un R cuadrado ajustado del 91,5% y también, es estadísticamente significativo ( $p\text{-value}: < 2,2e-16$ ). Por tanto, con alta confianza se puede declarar que la Ley Cenabast redujo el precio de los medicamentos en salud mental en el Mercado Farmacéutico.

A continuación, se presenta un gráfico de torta que desglosa el dinero total dentro del mercado farmacéutico para medicamentos de salud mental en 2024 que muestra que los antidepresivos (N06A) representan la mayor proporción del gasto (42%), seguidos por los antipsicóticos (N05A) y los hipnóticos/sedantes (N05B) con un 13% cada uno, y los antiepilépticos usados en salud mental (N03A) con un 12%. Otros grupos como psicoestimulantes y tranquilizantes tienen participaciones menores.

**Figura 2: Distribución del gasto anual 2024 en el mercado farmacéutico en medicamentos de Salud Mental según Subgrupo Terapéutico Farmacológico**



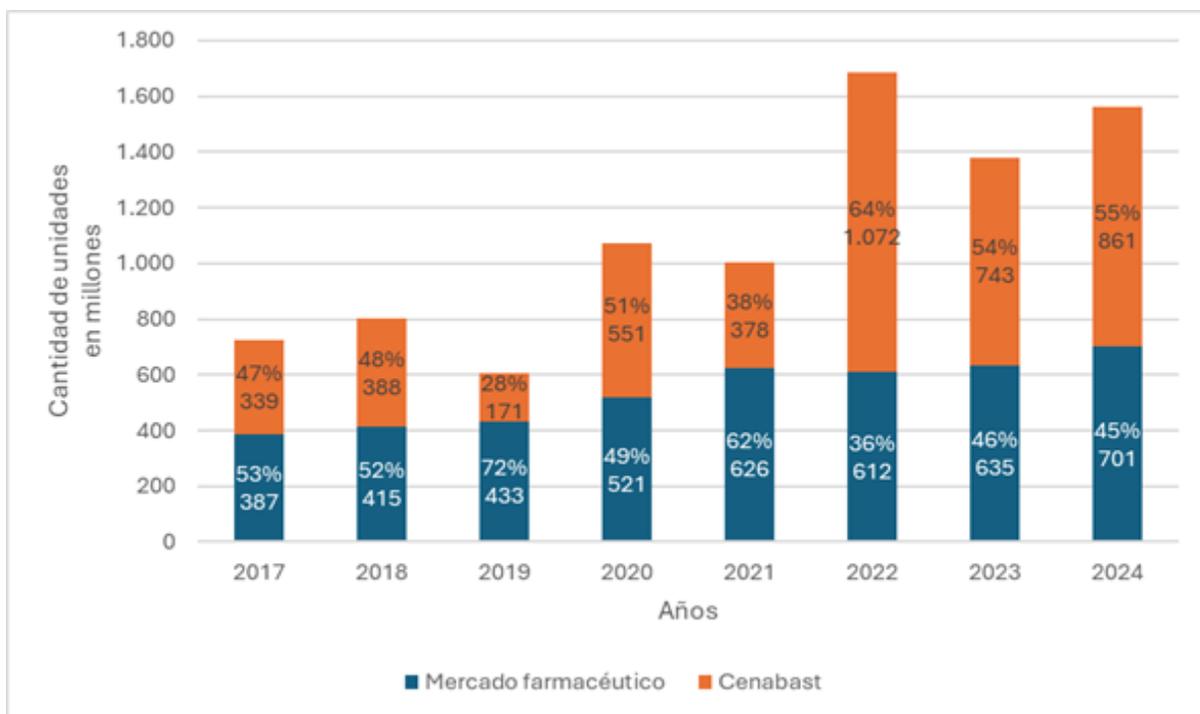
Fuente: Elaboración propia con datos de datos públicos de la Oficina de Información Económica en Salud, Ministerio de Salud. <https://ies.minsal.gob.cl/reports/187>

Además, los antidepresivos mostraron una reducción de precio del 23% en pesos constantes y un aumento de la cantidad del 83%. Los principios activos de los medicamentos que representan más del 50% de los montos totales son: Escitalopram, Venlafaxina, Sertralina. Por su parte, los antipsicóticos mostraron una reducción de precio del 58% en pesos constantes y un aumento de tres veces la cantidad. Los principios activos de los medicamentos que representan más del 80% de los montos totales son: Quetiapina, Aripiprazol, Risperidona,

Olanzapina. Estos efectos para antidepresivos y antipsicóticos sugieren que el impacto de la ley fue diferente entre subgrupos terapéuticos.

A continuación, se compara el volumen de unidades compradas anualmente a través del mercado farmacéutico (azul) versus las intermediadas por Cenabast (naranja). Se observa un claro aumento en las unidades totales después de 2020. Más importante aún, la *proporción* de unidades intermediadas por Cenabast (naranja) aumenta significativamente en 2022, indicando un mayor uso del mecanismo Cenabast tras la ley.

**Figura 3: Cantidad de Unidades en millones compradas en mercado farmacéutico y por Cenabast, 2017 a 2024**



Nota: Porcentaje con respecto al año respectivo

Fuente: Elaboración propia con datos de datos públicos Ministerio de Salud y Cenabast.

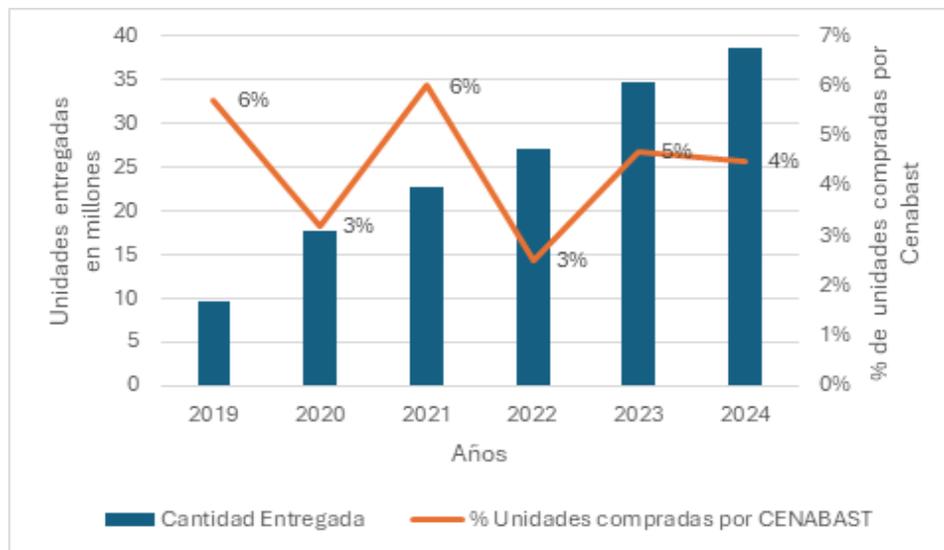
Las unidades anuales intermediadas por Cenabast aumentaron de 363 millones de unidades hasta 2020 a 764 millones de unidades después, es decir, un incremento en 2,1 veces. A su vez, en el Mercado farmacéutico fue de 439 millones de unidades anuales en promedio hasta 2020 y aumentó a 664 millones después de la ley. El total aumentó 76% de 801 a 1407 millones de unidades en promedio en ambos períodos, respectivamente.

Esto muestra que la ley no solo se asocia con un aumento total de unidades (y un mayor potencial acceso), sino que impulsó un cambio estructural, aumentando drásticamente la participación de Cenabast en el volumen total de medicamentos de salud mental adquiridos.

El volumen intermediado por Cenabast superó más del doble del promedio anual post-ley.

La siguiente Figura se enfoca en un canal específico para ver el efecto del cambio en las cantidades entregadas por Cenabast a las farmacias municipales. Muestra un aumento constante en la cantidad absoluta (barras azules) de 2019 a 2024. Sin embargo, la línea naranja indica que estas entregas representan un porcentaje pequeño (entre 3% y 6%) del total de unidades que Cenabast intermedia.

**Figura 4: Cantidad de Unidades en millones entregadas a farmacias municipales por Cenabast, 2019 a 2024**



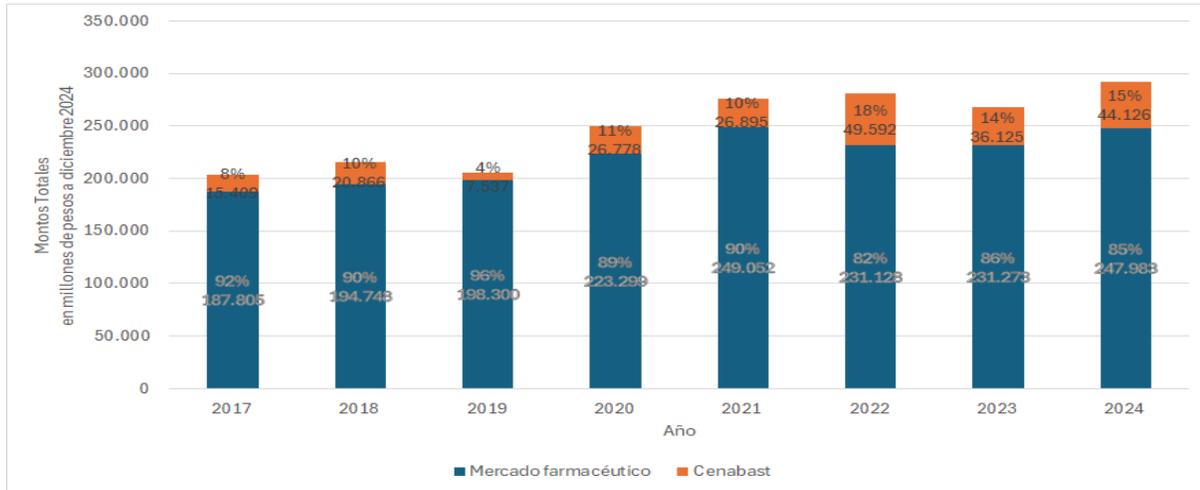
Nota: Sin información para 2017 y 2018

Fuente: Elaboración propia con datos de datos públicos Cenabast.

Aunque creciente, el canal de farmacias municipales representa una fracción muy pequeña del volumen total de Cenabast para estos medicamentos. Esto sugiere una oportunidad de crecimiento para este canal, implicando que es posible mejorar el acceso directo de los pacientes a través de precios Cenabast y que hoy podría estar siendo subutilizado.

La siguiente Figura 5 es similar a la Figura 3, pero en términos de *gasto* (millones de pesos constantes) en lugar de unidades. Muestra la misma tendencia: un aumento en el gasto total y un incremento muy significativo en la *proporción* del gasto intermediado por Cenabast (naranja) a partir de 2020 (del 4% en 2019, llegando al 18% en 2022).

**Figura 5: Montos totales en millones de pesos a diciembre 2024 compradas en mercado farmacéutico y por Cenabast, 2017 a 2024.**



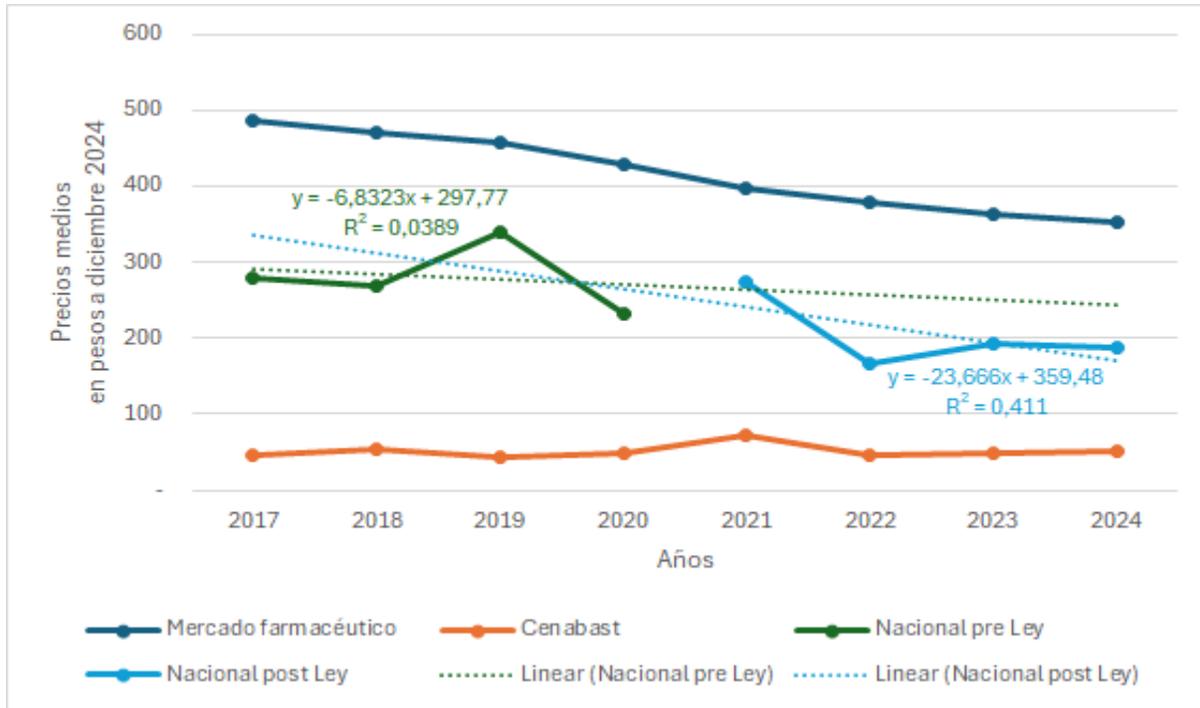
Nota: Porcentaje con respecto al año respectivo

Fuente: Elaboración propia con datos de datos públicos Ministerio de Salud y Cenabast.

Lo anterior confirma que el aumento de la participación de Cenabast no fue solo en volumen (unidades más baratas), sino también en el valor monetario total intermediado, reforzando su creciente importancia en el financiamiento y adquisición de estos fármacos post-ley.

Con todo lo anterior, identificados los montos totales y las unidades es posible comparar precios. La siguiente Figura 6 muestra que el precio promedio unitario en el mercado farmacéutico (línea azul oscuro) ha disminuido consistentemente, con una caída más marcada después de 2020. Los precios de Cenabast (línea naranja) son mucho más bajos y se han mantenido relativamente estables, con un ligero aumento no significativo. Las líneas verde (pre-ley) y celeste (post-ley) representan el valor nacional, mostrando una clara disminución del precio promedio general pagado en el sistema después de la ley (de \$288 a \$211, una reducción del 27% estadísticamente significativa ( $t = 2,413$ ;  $p=0,0474$ )). Las líneas punteadas muestran las tendencias lineales ajustadas.

**Figura 6: Precios medios por unidad a pesos a diciembre 2024 en mercado farmacéutico y por Cenabast, 2017 a 2024**

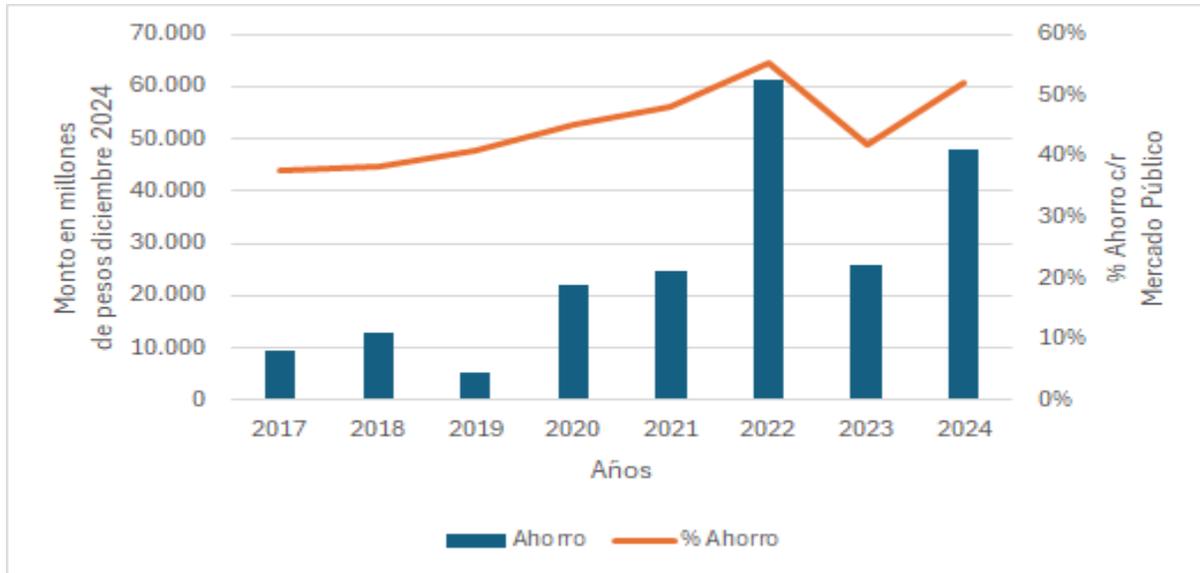


Fuente: Elaboración propia con datos de datos públicos Ministerio de Salud y Cenabast.

Por otro lado, el precio unitario promedio constante de los medicamentos de salud mental en Cenabast fue de \$49 antes de 2021 y de \$56 desde de 2021, representando un aumento del 13,2% (no es estadísticamente significativo). En el mercado farmacéutico, los precios fueron de \$473 y \$383 respectivamente, con una disminución estadísticamente significativa ( $p=0,0001$ ) del 18,9%. En otras palabras, los precios de Cenabast representan un 10% de los precios del mercado farmacéutico. Es importante destacar que estos precios no son equivalentes en la cadena de valor, pues el precio Cenabast es un precio de compra mayorista y el precio del Mercado Farmacéutico es un precio de venta al consumidor. Por ello, esto solo permite comprender las brechas y tendencias, lo cual no es posible de extrapolar a nivel de competencia. De todos modos, esta brecha exhibe el margen potencial de rentabilidad.

Por último y no menos importante, la siguiente Figura muestra el ahorro monetario (barras azules) que Cenabast genera al comprar estos medicamentos en comparación con los precios que se obtendrían a través del sistema de compras públicas estándar (Mercado Público). La línea naranja muestra este ahorro como porcentaje. Ambos (ahorro absoluto y porcentual) muestran un aumento significativo a partir de 2020.

**Figura 7: Ahorro por Ley Cenabast de los medicamentos de salud mental con respecto a precios de Mercado Público, pesos de diciembre 2024, 2017 a 2024**



Fuente: Elaboración propia con datos de datos públicos Cenabast.

Este resultado demuestra la eficiencia de la centralización de compras de Cenabast en comparación con otros mecanismos públicos, generando ahorros crecientes para el sistema, especialmente después de que la ley amplió su alcance.

## Discusión

Los resultados de este estudio indican que la implementación de la Ley Cenabast en 2020 tuvo un impacto significativo y multifacético en el mercado de medicamentos para la salud mental en Chile. Consistentemente con la hipótesis inicial y la literatura que vincula menores costos con mayor acceso (Eaddy et al., 2012; Persaud et al., 2021), se observó una reducción general del precio promedio nacional del 27% y un aumento del 76% en las unidades totales promedio adquiridas anualmente post-ley. Notablemente, el volumen intermediado directamente por Cenabast se incrementó en 2,1 veces, evidenciando un cambio estructural hacia este mecanismo de compra potenciado por la ley.

Esta reducción del precio promedio nacional se explica por un doble efecto, visible en los datos presentados. Por un lado, el análisis causal (DiD) confirma una disminución estadísticamente significativa del precio promedio ponderado mensual en el mercado farmacéutico general de \$53 pesos constantes y una caída del 18.9% promedio post-ley con respecto a antes de la ley, tendencia que se mostró en la Figura 1 y se cuantificó claramente en la Figura 6. Esto sugiere que la ley, al fortalecer a Cenabast, pudo haber ejercido una presión competitiva o regulatoria

que influyó en los precios de farmacias independientes más allá de las compras directas intermediadas por la central. Por otro lado, y de forma crucial, se produjo un drástico aumento en la proporción de unidades adquiridas a través de Cenabast (como muestra la Figura 3), un canal que opera con precios sustancialmente inferiores a los del mercado farmacéutico.

La Figura 6 ilustra la magnitud de esta diferencia de precios: las unidades intermediadas por Cenabast se adquirieron a precios que representaron consistentemente solo entre un 10% y un 15% de los precios promedio observados en el mercado farmacéutico durante el periodo. Si bien es fundamental reconocer la limitación metodológica de comparar directamente un precio de compra mayorista (Cenabast) con un precio promedio de venta en farmacias (Mercado Farmacéutico), esta enorme brecha subraya el considerable margen existente en la cadena de suministro y el potencial ahorro para las farmacias independientes adscritas a la Ley Cenabast y, potencialmente, para el paciente final al utilizar la intermediación estatal con un precio preferente. La eficiencia de este mecanismo de compra centralizada se ve reforzada por los crecientes ahorros que Cenabast genera en comparación con otras modalidades de compra pública (Mercado Público), como se demuestra en la Figura 7, validando así el enfoque de la ley en potenciar este instrumento.

El análisis desagregado por subgrupo terapéutico (Figura 2) revela que el impacto de la ley no fue homogéneo. Fue particularmente pronunciado en los antipsicóticos (N05A), donde los precios cayeron un 58% y las cantidades intermediadas se triplicaron post-ley, a pesar de que este grupo representa solo el 13% del gasto total del mercado en 2024. En contraste, los antidepresivos (N06A), que dominan el gasto (42%), experimentaron una reducción de precio más moderada (-23%) y un aumento de cantidad del 83%. Estas diferencias podrían atribuirse a diversos factores como una mayor competencia inducida post-ley en el segmento de antipsicóticos, diferencias en la elasticidad de la demanda entre clases terapéuticas, o cambios específicos en la cobertura o guías clínicas para ciertos grupos.

El incremento en las unidades nacionales y las intermediadas por Cenabast (Figura 3) sugiere una mayor disponibilidad y, por ende, una potencial mejora en el acceso a tratamientos farmacológicos para la salud mental. No obstante, es crucial interpretar estas cifras con cautela. La cantidad intermediada funciona como un proxy del acceso, pero no mide directamente el consumo final por parte de los pacientes, la adherencia terapéutica, ni considera factores como el stock en inventario en centros de dispensación o posibles pérdidas en la cadena logística. No obstante, al reducir la barrera del precio de adquisición para entidades como los prestadores de salud y las farmacias comunales, la ley crea las condiciones para que estos ahorros se transformen en un menor costo para el paciente final o en una mayor disponibilidad de fármacos en el sistema público, elementos clave para mejorar la adherencia y los resultados en salud mental, tal como sugiere la literatura (Sensharma y Yabroff, 2019; Soumerai et al., 1994; Persaud et al., 2021).

Finalmente, el rol de canales específicos de dispensación, como las Farmacias Comunales,

merece atención particular en el contexto de esta ley. Aunque la Figura 4 muestra un aumento en las unidades entregadas por Cenabast a estas farmacias entre 2019 y 2024, su participación en el volumen total intermediado por Cenabast para medicamentos de salud mental sigue siendo relativamente baja (entre 3% y 6%). Esto representa tanto una "oportunidad de crecimiento" para mejorar el acceso directo a precios bajos, como un área clave para futuras investigaciones que exploren cómo maximizar el impacto de la ley a través de estos puntos de contacto ciudadano. Es importante reconocer, además, que otros factores externos no analizados en este estudio, como cambios en guías clínicas, vencimiento de patentes o plazos de exclusividad comercial, podrían interactuar con los efectos observados de la ley.

## Conclusión

Este estudio proporciona evidencia cuantitativa robusta del impacto asociado a la Ley Cenabast post-2020 sobre los medicamentos para la salud mental en Chile. Los hallazgos demuestran una correlación clara entre la ley y cambios significativos en el mercado: una reducción estadísticamente significativa del precio promedio nacional ponderado del 27%, una disminución también significativa del precio promedio en el mercado farmacéutico del 18.9% (confirmada por el análisis causal DiD), y un aumento del 76% en las unidades totales promedio adquiridas anualmente. Además, el volumen intermediado directamente por Cenabast se multiplicó por 2.1 en promedio anual post-ley, subrayando un cambio estructural hacia este mecanismo.

Estos resultados sugieren que la ley contribuyó a reducir costos mediante un doble mecanismo: ejerciendo una aparente presión a la baja sobre los precios del mercado general (Figura 6) y, fundamentalmente, incrementando masivamente la participación del canal Cenabast (Figuras 3 y 5), que opera con precios sustancialmente menores. El impacto fue generalizado pero diferencial entre clases terapéuticas, siendo particularmente marcado en los antipsicóticos. En conjunto, los hallazgos validan el fortalecimiento de Cenabast como un instrumento clave de la política farmacéutica post-ley, logrando resultados consistentes con los objetivos de mejorar las condiciones de acceso a través de menores costos.

A partir de estos hallazgos, se abren importantes líneas de investigación futura para comprender más íntegramente el impacto de la Ley Cenabast. Es fundamental explorar la manera en que las reducciones de precios observadas (Figura 6) y el aumento de volumen (Figura 3) se han traducido en cambios concretos a nivel de paciente, particularmente en la disminución del gasto de bolsillo y la mejora en la adherencia terapéutica a los tratamientos de salud mental. Asimismo, un análisis focalizado en la efectividad de las Farmacias Comunes para dispensar medicamentos de salud mental es fundamental, dado su rol creciente pero aún limitado en el volumen total intermediado por Cenabast, como se evidencia en la Figura 4. Finalmente, refinar la metodología para comparar los precios de compra de Cenabast y los precios finales del mercado farmacéutico, una limitación destacada por la brecha evidente

en la Figura 6, permitirá dimensionar con mayor precisión la eficiencia de la intermediación y los márgenes existentes en la cadena de suministro.

## Referencias

- Aziz, H., Hatah, E., Bakry, M., & Islahudin, F. (2016). How payment scheme affects patients' adherence to medications? A systematic review. *Patient preference and adherence*, 10, 837–850. <https://doi.org/10.2147/PPA.S103057>
- Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST). (2025). Observatorio. <https://www.cenabast.cl/accesos-a-observatorio/> (visto 05-abril- 2025)
- Defensoría de la Niñez. (2022). *Estudio de Políticas de Salud Mental*. <https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2022/10/Estudio-de-Políticas-de-Salud-Mental-Defensoria-de-la-Nin%CC%83ez.pdf>
- Eaddy, M., Cook, C., O'Day, K., Burch, S., & Cantrell, C. (2012). How patient cost-sharing trends affect adherence and outcomes: a literature review. *P & T : a peer-reviewed journal for formulary management*, 37(1), 45–55.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2017). *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2016-2017*. <https://epi.minsal.cl/encuesta-ens-descargable/>
- Ministerio de salud (MINSAL). (2022). Régimen GES. Departamento de Economías de la Salud. Santiago. <https://desal.minsal.cl/publicaciones/apoyo-reforma-ges/> (visto 05-abril-2025)
- Ministerio de salud (MINSAL). (2025). Mercado Farmacéutico. Oficina de Información Económica en Salud es dependiente del Departamento de Economía de la Salud de la División de Planificación Sanitaria, de la Subsecretaría de Salud. Santiago. <https://ies.minsal.gob.cl/reports/187> (visto 05-abril-2025)
- Persaud, N., Bedard, M., Boozary, A., Glazier, R., Gomes, T., Hwang, S., Juni, P., Law, M., Mamdani, M., Manns, B., Martin, D., Morgan, S., Oh, P., Pinto, A., Shah, B., Sullivan, F., Umali, N., Thorpe, K., Tu, K., & Laupacis, A. (2021). Adherence at 2 years with distribution of essential medicines at no charge: The CLEAN Meds randomized clinical trial. *PLoS Medicine*, 18. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003590>
- Soumerai, S. B., McLaughlin, T. J., Ross-Degnan, D., Casteris, C. S., & Bollini, P. (1994). Effects of Limiting Medicaid Drug-Reimbursement Benefits on the Use of Psychotropic Agents and Acute Mental Health Services by Patients with Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 331(10), 650–655. <https://doi.org/10.1056/nejm199409083311006>
- Sensharma, A., & Yabroff, R. (2019). Do interventions that address patient cost-sharing improve adherence to prescription drugs? A systematic review of recently published studies. *Expert*

Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 19, 263–277.  
<https://doi.org/10.1080/14737167.2019.1567335>

Vyas, A., Descoteaux, A., Kogut, S., Parikh, M., Campbell, P., Green, A., & Westrich, K. (2022). Predictors of adherence to oral anticancer medications: An analysis of 2010-2018 US nationwide claims. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 28.  
<https://doi.org/10.18553/jmcp.2022.28.8.831>

Zullig, L., Rushing, C., Chino, F., Samsa, G., Altomare, I., Tulskey, J., Ubel, P., Schrag, D., Nicolla, J., Abernethy, A., Peppercorn, J., & Zafar, Y. (2013). Patient-oncologist cost communication, financial distress, and medication adherence. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(31\_suppl), 2.  
[https://doi.org/10.1200/jco.2013.31.31\\_suppl.2](https://doi.org/10.1200/jco.2013.31.31_suppl.2)

## COMENTARIOS A LA PUBLICACIÓN: “LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD EN LAS AMÉRICAS. DATOS E INDICADORES REGIONALES” ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)<sup>26</sup>

**Michelle Guillou** <sup>27</sup>

**Resumen:** El objetivo del artículo es dar a conocer los principales contenidos del informe de la OPS “La fuerza de trabajo en salud en las Américas: datos and indicadores regionales” recientemente publicado. Se efectúan comentarios con una doble perspectiva: apreciar el nivel de desarrollo de los Sistemas de Información de Recursos Humanos para la Salud de la Región, y evaluar lo que nos señalan los indicadores presentados a la luz de los límites en la comparabilidad entre países, y del nivel de logro de algunas metas mundiales de recursos humanos en salud.

*Palabras clave:* ID 204 Región de las Américas; ID 2179 Salud; ID 1915 Trabajadores de salud

**Abstract:** The objective of this paper is to present the main contents of the report on “Health workforce in the Americas: data and regional indicators” published by the Panamerican Health Organization at early 2025. The discussion goes along with a double perspective: to value the Health Workforce Information Systems’ development in the Region, and to comment the achievement level of some of the Mondial Health Workforce targets.

Podemos considerar la publicación de la OPS “*La fuerza de trabajo en salud en las Américas*” de enero de 2025 como un hito en la implementación de la Estrategia de la OPS para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud<sup>28</sup> lanzada en el año 2014, seguida por la estrategia mundial de recursos humanos para la salud de 2016<sup>29</sup> y su Plan de acción para las Américas<sup>30</sup>, suscrito por los países miembros de la OPS en 2018. Dichas estrategias y planes se enmarcan y, a la vez, condicionan el logro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) de

---

<sup>26</sup> Organización Panamericana de la Salud. La fuerza de trabajo en salud en las Américas: datos e indicadores regionales. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275329702>.

<sup>27</sup> Guillou, Michelle, es Economista MD, ex-Professeur de l’ Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de Francia, ha sido profesional de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, del Ministerio de Salud de Chile. Actualmente es consultora independiente en Recursos Humanos para la Salud, principalmente para la OPS.

<sup>28</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14; 53° Consejo Directivo, 66ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington DC: OPS; 2 de octubre de 2014. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/60812/CD53-R14-resolution\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/60812/CD53-R14-resolution_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

<sup>29</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Resolución WHA 69/19. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/wha69/a69\\_r19-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_r19-sp.pdf)

<sup>30</sup> Plan de Acción sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Washington, D.C.: OPS ; 2018. Disponible en : <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/CD56-10-s-PdA-RH.pdf>

la Organización de Naciones Unidas (ONU) -adoptados en septiembre de 2015 por los líderes mundiales<sup>c-</sup>, en este caso el número 3 dedicado a la salud y el bienestar<sup>31</sup> .

El logro del ODS 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” condiciona y a la vez está condicionado por varios ODS, particularmente aquellos relacionados con los determinantes ambientales, sociales y económicos de la salud y el bienestar.

La publicación aporta una información valiosa en dos ámbitos: 1) ¿cuál es el estado de situación de los Sistemas de Información de Recursos Humanos en Salud (SIRHS)? 2) ¿cómo se ubican los países de la Región en términos de las características e indicadores básicos del personal de salud del que disponen, no obstante los avances que quedan por hacer en materia de comparabilidad de los datos?

Antes de abordar las 2 preguntas, es importante señalar que las estrategias mundial y regional de Recursos Humanos para la Salud (RHS) 2030 antes citadas, alertaban sobre la crisis mundial de personal de salud cuya realidad se conoce desde al menos dos décadas<sup>32</sup>. Se alentaba a los países a buscar respuestas que permitan avanzar en resolverla. Esta crisis reviste varias dimensiones concomitantes: insuficiencia cuantitativa, mala distribución territorial (intra e internacional), falta de adecuación de las aptitudes y de la composición de los equipos de salud a las necesidades cambiadas de la población<sup>33</sup>, condiciones de trabajo cuestionadas, entre otros. Su origen se debe a varios fenómenos: importantes cambios demográficos y de perfiles epidemiológicos de las poblaciones, acarreado un crecimiento sostenido de la multimorbilidad y de la carga de enfermedad por patologías crónicas; ampliación de las migraciones internacionales de RHS; insuficiente anticipación de los países en generar los cambios deseables e insuficiente inversión en RHS. En 2017, la OPS estimaba en 800.000 el déficit de personal de salud en las Américas<sup>d</sup>.

---

<sup>c</sup> “El 25 de septiembre de 2015, los líderes mundiales adoptaron un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Cada objetivo tiene metas específicas que deben alcanzarse en los próximos 15 años”.  
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

<sup>31</sup> Organización de Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en :  
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

<sup>32</sup> Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: Overcoming the crisis. The Lancet; 2004 :364(9449) :1984-1990. Disponible en :  
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2804%2917482-5>

<sup>33</sup> Fernández L, Barria M, Campodónico L, Cabieses B, Castillo L, De Ferrari I, Parada M, Tobar L, Reyes C, Barria S. Universidades por el territorio: Acción colaborativa de transformación del pregrado. 23rd International Conference on Integrated Care, Antwerp, Flanders, 22-24 May 2023. Disponible en:  
<https://ijic.org/articles/7986/files/655ee7cc32585.pdf>

<sup>d</sup> <https://saludpublica.fcm.unc.edu.ar/nuevo-plan-de-la-ops-busca-reducir-el-deficit-de-casi-800-000-trabajadores-de-salud-en-la-region-de-las-americas/>

Éstos y otros componentes de diagnóstico y proyecciones de necesidades de personal sanitario en pos del acceso universal a la salud, sustentan los objetivos y metas de la Estrategia Mundial y Regional de RHS de la OMS y OPS.

En este contexto, la crisis sociosanitaria provocada por la pandemia por COVID-19 ha hecho más visible el carácter central de los/as trabajadores/as de salud como pilares de los sistemas de salud. Este acontecimiento de gran envergadura, además de afectar seriamente a la población de la gran mayoría de los países, significó un alto precio para el personal de salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó que cerca de 570.000 trabajadores/as de salud se habían infectado y 2.500 habían muerto por COVID-19 en las Américas sólo en 2020<sup>34</sup>. El estudio “COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study” (HEROES)<sup>35</sup>, ejecutado en 2020-2021 en 26 países de distintas partes del mundo, de los cuales 12 son de la región de las Américas<sup>e</sup> reveló los daños en la salud mental de los trabajadores de salud.

Junto a lo anterior, la mayoría de los gobiernos de las Américas encontró dificultades para reorganizar la atención de salud y planificar el despliegue de los RHS requeridos por la pandemia a lo largo y ancho de sus territorios. Además del impacto negativo de la preexistencia de brechas de RHS y de la reducción de disponibilidad de personal de salud provocada por los efectos del mismo COVID-19, fueron crecidamente expuestas las deficiencias de los SIRHS para apoyar a las autoridades sanitarias en esta tarea crucial, tal como lo muestran 2 estudios efectuados en países de la Región<sup>36,37</sup>.

Al igual que los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, los SIRHS son segmentados y fragmentados. En muchos casos carecen de estandarización, -tanto tecnológica como semántica- y de integración e interoperabilidad. La información relevante en este ámbito es manejada o propiedad de numerosas instituciones y actores: Ministerios de salud; del trabajo; del interior; Ministerios de la función pública en algunos países; Institutos nacionales de estadísticas; Registros civiles; organismos descentralizados de la Autoridad sanitaria; establecimientos hospitalarios y centros de atención primaria públicos, dependientes de la seguridad social o privados; centros de salud de las fuerzas del orden, entidades responsables de los Registros nacionales de habilitación para el ejercicio profesional; Colegios profesionales,

---

<sup>34</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS). Noticia de prensa. Washington DC: OPS; 2 de septiembre 2020. Disponible en:

<https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020-cerca-570000-trabajadores-salud-se-han-infectado-2500-han-muerto-por-covid-19#:~:text=en%20las%20Am%C3%A9ricas->

<sup>35</sup> OPS. The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas. Washington DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>

<sup>e</sup> Argentina, Brasil, Chile, Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, la República Bolivariana de Venezuela y Uruguay.

<sup>36</sup> OPS – OMS. El impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuestas de política. El caso de cinco países de América Latina. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57054>

<sup>37</sup> PAHO/WHO. Caribbean Subregional Program Coordination Human Resources for Health and the COVID-19 Response in the Caribbean. Washington D.C.: PAHO, August 2020. [consultado octubre 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/human-resources-health-and-covid-19-response-caribbean>

Universidades y Centros de formación técnicos, Sistemas de protección de la salud ocupacional, etc. Adicionalmente, no todos los países han implementado regulaciones que establezcan acuerdos para la entrega periódica de datos de personal de los establecimientos de los sectores de seguridad social y privados, y de las Universidades y centros formadores al Ministerio de Salud, en su calidad de Autoridad sanitaria nacional.

Es por lo anterior que la OMS lanzó en 2017 la implementación de las Cuentas Nacionales de Personal de Salud (CNPS)<sup>f</sup>, plataforma de tecnología avanzada que, a los Ministerios de Salud, se les solicita informar anualmente. Esta herramienta está acompañada<sup>38</sup> de manuales y guías de utilización, además de un soporte para la implementación de un SIRHS: exhaustivo; dotado de una gobernanza institucionalizada; y de un dispositivo de evaluación de calidad; y apto para medir los avances hacia el acceso universal a la salud y para proyectar y planificar los RHS en cada país<sup>39</sup>. La segunda edición del Manual de las CNPS se publicó en 2023<sup>40</sup>.

Las CNPS comportan 4 módulos con sus respectivos indicadores:

1. Reservas y flujos de personal de salud: 12 indicadores,
2. Educación: 7 indicadores,
3. Finanzas y gastos: 5 indicadores,
4. Condiciones de trabajo, gobernanza y liderazgo: 5 indicadores.

Esta estrategia de la OMS requiere un trabajo de largo aliento, considerando la complejidad del ámbito de los Recursos Humanos en Salud y la insuficiente prioridad, recursos financieros y tecnológicos que, en general, los países de la Región han otorgado a este desarrollo. No pocas veces los SIRHS se han quedado apenas focalizados en la recopilación de las nóminas del personal por unidad de desempeño y ocupación y a la gestión de los aspectos contractuales del reclutamiento y la desvinculación, del pago de remuneraciones y de los ascensos.

Para apoyar a los Ministerios de Salud de la Región, la OPS está desarrollando una serie de instrumentos y talleres, además de una cooperación técnica a través de la cual se ayuda a los equipos de los Ministerios de Salud a implementar varias herramientas y estrategias que condicionan la mutación de los SIRHS actuales a unos exhaustivos, de calidad, con interoperabilidad y que apoyen la toma de decisión, considerando el contexto propio de cada

---

<sup>f</sup> En inglés: National Health Workforce Accounts: NHWA.

<sup>38</sup> OMS. National Health Workforce Accounts. Concepts and definitions. National Health Workforce Accounts Data Portal. Disponible en: <https://apps.who.int/nhwportal/Home/Index>

<sup>39</sup> OPS – Evidencia e Información en Recursos Humanos para la Salud. Las Cuentas Nacionales de Personal de Salud. Propósitos y herramientas de apoyo. <https://www.paho.org/es/temas/evidencia-e-informacion-recursos-humanos-para-salud/cuentas-nacionales-personal-salud>

<sup>40</sup> OMS. Cuentas Nacionales de Personal de Salud. Un Manual 2ª edición. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330361/9789243513119-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

país. Es así como se están construyendo y probando los instrumentos evolutivos siguientes, que, adicionalmente facilitarán el intercambio de datos y experiencias <sup>41</sup>:

### 1. Cuentas Nacionales de Personal de Salud

2. Mapeo de actores: identificación de los actores que producen y son propietarios de datos de RHS,
3. Mapeo de ocupaciones: identificación de profesiones de la salud y sus regulaciones. Estandarización de profesiones y denominaciones en la Región,
4. Análisis del mercado laboral en salud,
5. Evaluación de madurez de los SIRHS,
6. Producción y difusión de información y evidencia sobre temas prioritarios.

Tal como el Departamento de Evidencia e Inteligencia para la acción en salud (EIH) de la OPS desarrolló una herramienta de *Evaluación de Madurez de los Sistemas de Información en Salud*, puesta a disposición de los Ministerios de Salud de la Región en 2018<sup>g</sup>, la Unidad de RHS de dicha organización está preparando la difusión de una herramienta similar para los SIRHS<sup>42</sup> con el fin de ayudar a los países en la evaluación del estado de situación de su propio sistema de información de RHS y el diseño e implementación de estrategias y planes para su desarrollo y mejoría. El instrumento está conformado por 3 módulos que corresponden a dimensiones estratégicas, cada uno contando con 4 niveles para la medición de madurez:

- Gestión de datos y tecnologías de información,
- Gestión y gobernanza del SIRHS,
- Conocimientos y toma de decisión (en RHS).

### ¿Cuál es el estado de desarrollo de los Sistemas de Información de Recursos Humanos en Salud (SIRHS) de los países de la región?

El informe que se está comentando aporta luces en relación con esta pregunta. La primera constatación es la heterogeneidad en el desarrollo de los SIRHS entre las 4 subregiones definidas para la presentación de los indicadores:

1. Centroamérica, Caribe Latino y México: 11 países.
2. Caribe no Latino: 16 países.
3. América del Norte: 2 países.
4. América del Sur (Cono Sur y Zona Andina): 10 países

---

<sup>41</sup> OPS. Plataforma de evidencia e información en Recursos humanos para la salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/evidencia-e-informacion-recursos-humanos-para-salud>

<sup>g</sup> <https://www.paho.org/es/evidencia-e-inteligencia-para-accion-salud>

<sup>42</sup> OPS. Sistemas de Información de Recursos Humanos para la Salud. Validación de Madurez. Informe final de consultoría, octubre de 2023. Consultora: Michelle Guillou. *No publicado*.

La publicación se hace eco de los esfuerzos que están haciendo los países de la región para fortalecer sus SIRHS, subrayando los numerosos desafíos técnicos a los que se enfrentan, tales como la interoperabilidad semántica y tecnológica de los datos entre actores públicos y privados a nivel local, regional y/o transfronterizo, así como el fuerte componente político que suponen de estos desarrollos.

Cabe mencionar que los países de la región de las Américas acordaron en 2023 priorizar un listado de 17 indicadores de los 29 que conforman las CNPS, con el propósito de avanzar con un grado de progresividad alcanzable por todos (cuadro 1, página 15). Dichos indicadores pertenecen a los 4 módulos señalados anteriormente.

La heterogeneidad antes mencionada se constata, en primer lugar, en relación con la incorporación de los indicadores en las CNPS. Si bien, la totalidad de los 39 países de las Américas informa sobre el número de médicos, personal de enfermería y de partería (cuadro 3, página 19), y la casi totalidad sobre los odontólogos y farmacéuticos, la situación se diversifica cuando se trata de otras categorías, tales como fisioterapeutas y psicólogos para los cuales la mitad de los países no registraron datos en la plataforma. A su vez, los trabajadores comunitarios quedan como una categoría particularmente invisibilizada.

Un alto porcentaje de países (85%) incluye las variables de edad y género en la plataforma. No es así en lo que se refiere a 3 indicadores, de igual importancia para la planificación y la distribución de RHS:

- la titularidad del establecimiento (público, privado sin fin de lucro o privado con fines de lucro): 27 países de 39 informan esta distribución sectorial de sus RHS.
- la distribución por tipo de establecimiento (hospitales, establecimientos de atención ambulatoria, residencias de larga estadía, entre otros): sólo 22 de 39 países suben este dato a la plataforma.
- la distribución por nivel subnacional, información particularmente crítica: sólo 7 de 39 países lo incluyen en las CNPS.

La sub-información de estos 3 indicadores en las CNPS se observa de igual manera en la plataforma de estadísticas en salud de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) para los países de América latina y el Caribe que integran esta organización internacional.

El número, particularmente bajo, de países que informan sobre la distribución subnacional de su personal de salud no significa que no planifiquen ni realicen una distribución por territorio. Los Ministerios de Salud efectúan en general esta labor -que incluye implementación de incentivos para la retención en zonas de dotación escasa- sólo para el sector público, desconociendo en la mayoría de los casos la cantidad y distribución territorial del total de los RHS del país al no tener una rectoría suficiente sobre los otros segmentos del sistema de salud.

La implementación de los Registros Nacionales de Profesionales y Técnicos de Salud en varios países de la Región -Chile siendo uno de los primeros-, relacionados con el perfeccionamiento de los procesos legales de habilitación para el ejercicio profesional en salud en el marco de la

instalación de dispositivos de calidad, facilitó en forma colateral un conocimiento más exhaustivo del personal de existente a nivel nacional. Sin embargo, estos registros habiendo sido diseñados con propósitos distintos a los de un SIRHS, no permiten responder con precisión a la pregunta de cual es el universo total del personal de salud activo con el que se cuenta en un país y cuál es su distribución territorial. Por ejemplo, el caso de Chile, la indicación de la región habitual de desempeño es un campo opcional en el Registro Nacional, por lo cual está sub informada. La Superintendencia de Salud, encargada de dicho registro, retira las personas fallecidas pero no las personas jubiladas. Consignar si la persona registrada es un profesional activo en el ámbito clínico o ocupa funciones de dirección o gestión, o ha salido del sector salud, no forma parte de sus atribuciones. Por todo lo anterior, estos Registros Nacionales, que constituyen importantes instrumentos de regulación, de calidad y transparencia hacia la ciudadanía, no pueden substituirse a la instalación de un SIRHS integral.

Los indicadores de migración de personal de salud están mejor informados en los países del Cono Sur y la Zona Andina, seguidos por el Caribe no latino, que en el resto de la Región. Este es un tema relevante en la medida en que las migraciones han aumentado en los últimos años.

En el módulo de características del empleo, condiciones de trabajo y remuneración, llama la atención el bajo número de países que informan sobre la brecha salarial por género: 7 de 39.

Uno de los indicadores mejor informados (por la totalidad o casi totalidad de los países) se refiere a la existencia de mecanismos de acreditación de las instituciones de formación y educación de personal de salud y sus programas, la existencia de normas sobre la formación interprofesional y de perfeccionamiento profesional continuo.

Finalmente, la existencia de funciones avanzadas de enfermería y la duración de la formación son áreas bien cubiertas.

### **¿Cómo se ubican los países de la Región en términos de las características e indicadores básicos del personal de salud del que disponen, no obstante los avances que quedan por hacer en materia de comparabilidad de los datos?**

La densidad de profesionales de medicina, personal de enfermería y personal de partería por 10 000 habitantes es un indicador habitual que permite monitorear y comparar los avances en la inversión en el acceso a trabajadores/as de salud “nucleares”, tanto a nivel nacional y territorial, como internacional.

En 2013, se publicó el informe de la segunda medición de las metas regionales de RHS correspondiente a lo acordado en el llamado a la acción de Toronto adoptado en 2005: “Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas” 2006-2015<sup>43</sup>. La meta de densidad comprometida por los países de la Región en aquel año era de 25 por 10.000

---

<sup>43</sup> OPS. Gobierno de Canadá. LLAMADO A LA ACCIÓN DE TORONTO 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Octubre 2005. Disponible en: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/politicas/Llamado\\_Accion\\_Toronto.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/politicas/Llamado_Accion_Toronto.pdf)

habitantes. De los 16 países que reportaron la 2ª medición, 7 aún no alcanzaban el umbral comprometido, lo que restringe el acceso a la salud de su población<sup>44</sup>.

El informe que se comenta muestra que se han hecho progresos importantes, pues no solo todos los países superan los 25 profesionales nucleares por 10.000, sino que también una mayoría superó la nueva meta de 44,5 por 10.000, establecida por la OMS en 2016, quedando 14 países de 39 por debajo de este umbral mínimo (medición del periodo 2017-2021 según disponibilidad de los datos en las CNPS). Se visualizan importantes diferencias entre países en este indicador, así como en las densidades de médicos, menos acentuadas en personal de enfermería y de partería.

Las densidades de médicos más altas en la Región no son las de Estados Unidos y Canadá, al contrario de lo que la relación positiva y conocida entre riqueza nacional y gastos en salud podría dejar suponer. En cambio, estos 2 países son los que presentan las tasas más altas de personal de enfermería con más de 100 por 10.000 habitantes, lejos del promedio regional de 44 por 10.000. Esta situación, que se observa también en varios países europeos, es más bien producto de diferencias en los roles y funciones asumidos respectivamente por los médicos y las enfermeras, entre América del Norte y América Latina y Caribe, las enfermeras teniendo en la primera subregión un espacio de atribuciones clínicas y de cuidados más importante que en la segunda.

Tal como se señaló anteriormente, la comparabilidad de la densidad de personal de salud por habitante está afectada por las diferencias de universos considerados por los países al momento de informar las CNPS: profesionales del conjunto de los segmentos del sistema de salud o solo del sector público, profesionales activos en el ámbito clínico o sin distinción de funciones, exclusión o no de los jubilados en función de las fuentes directamente utilizadas. Adicionalmente, se menciona otra causa de distorsión: en las CNPS, se solicita incluir datos del "personal de enfermería" los que deberían incluir tanto las enfermeras/os profesionales, como las técnicas/os superiores y de nivel medio en enfermería (o llamadas enfermeras asistentes en algunos países). Varios países informan exclusivamente a las enfermeras profesionales (Anguila, Colombia, Chile, Costa Rica y Perú). Por lo anterior, las diferencias observadas no solo son producto de las inequidades existentes en la Región.

Un elemento de prospección a tomar en consideración con respecto a la cuestión álgida de la "suficiencia" de trabajadores/as de salud, surge de la publicación del Lancet de junio de

---

<sup>44</sup> OPS. Segunda medición de metas regionales de recursos humanos en salud. Consultor:

Manuel L. Núñez Vergara. 2013. Nota de información disponible en:

<https://campus.paho.org/cuba/metas-regionales-en-recursos-humanos-en-salud-muestra-los-avances-de-los-paises-de-la-region>

2022<sup>18</sup>, citada por la OPS en la Política de RHS para 2030<sup>3</sup>, indica que las estimaciones de los umbrales mínimos de densidad de Médicos y Enfermeras/Matronas (o Parteras) requeridos para alcanzar el 80% del acceso y la cobertura universal de salud, teniendo en cuenta la carga de enfermedad de la región, serían de 21 médicos y 71 personal de enfermería y partería por cada 10.000 habitantes. Nueve países de la Región superarían el umbral de 71 por 10.000 en lo relativo a enfermería y partería según el informe "Fuerza de trabajo en salud de las Américas".

Se cuenta con la distribución por género de los médicos de 18 países (de 39), profesión que en promedio incluye a 48,6% de mujeres, mientras las profesiones de enfermería abarcan a casi 90% de mujeres (estadística sobre 32 países de 39).

La distribución por edad es un indicador relevante para la planificación adecuada del recambio generacional en la formación de profesionales de salud. Varios países presentan una proporción elevada de médicos de 55 años y más: Estados Unidos, Guatemala, República Dominicana, Canadá, Trinidad y Tobago, México, entre otros.

El perfil de edad del personal de enfermería aparece por lo general menos envejecido que el de los médicos, siendo importante recordar los límites en la comparabilidad de los universos incluidos, antes señalada.

Otro indicador relevante para la planificación es la tasa de graduados sobre la población, que refleja la capacidad autónoma de formación de los países. La existencia de datos sobre este indicador en las CNPS es relativamente baja con respecto a los médicos y más alta en enfermería. La variación entre países es relativamente elevada, quedando, para interpretarla, asociarla con otros indicadores, tal como el envejecimiento y las salidas del personal de salud del sector o del país, incluyendo las migraciones y la proyección de necesidades de RHS a futuro.

Los flujos de migraciones de RHS, abordados a través del lugar de formación y el lugar de nacimiento, son poco documentados con respecto a los médicos en comparación a las enfermeras, en circunstancias que los primeros migran en cantidades más elevadas que las segundas, con excepción de algunos países del Caribe no latino que no disponen de centros formadores propios. Se requiere avanzar en tener datos más completos sobre este tema siendo la migración de personal de salud un fenómeno en crecimiento que lleva desafíos importantes para la Región.

## Conclusión

La invitación es a tomar conocimiento de este informe de la OPS cuya publicación es apreciable, en la medida que ha significado importantes esfuerzos de los Ministerios de Salud

---

<sup>18</sup> Global Burden of Disease (GBD) 2019. Human Resources for Health Collaborators. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2022 ; 399(10341) : 2129-2154. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9168805/>

de la Región, particularmente aquellos de la subregión de América latina y el Caribe, junto a la cooperación técnica de la OMS y la OPS. Se está impulsando un desarrollo decisivo en un ámbito crucial para fortalecer la capacidad de los sistemas de salud en alcanzar el acceso universal la salud, adquiriendo mayor resistencia frente a las crisis, lo que depende en definitiva principalmente de los trabajadores/as de salud, su suficiencia cuantitativa, competencias y motivación, equidad en la distribución, condiciones de trabajo decentes y políticas adecuadas de protección y cuidado de su salud y bienestar.

El llamado es a considerar que, por su rol central tanto en la atención a la población como en el ejercicio de las funciones de salud pública, y por su influencia en los sistemas de salud, la cuestión de la fuerza de trabajo sanitaria se debería abordar desde la fase de diseño de las reformas y políticas de salud lanzadas por las Autoridades Nacionales, como un eje estratégico crucial. Quizás no es inútil recordar que la larga duración de la formación de los profesionales de salud requiere que el dimensionamiento de las necesidades cuantitativas de formación de los profesionales y técnicos de salud y los cambios en las orientaciones de los currículos relacionados con estas reformas o políticas se planteen temprano en el proceso. Un estudio realizado en 2019 en 11 países de la Región, y actualizado en 2023, sobre las normas y regulaciones de recursos humanos en salud mostró que, en muy pocas ocasiones, las reformas o nuevas políticas nacionales de salud iniciadas antes de 2019 incorporaron un análisis de las consecuencias en términos de personal de salud. La problemática empezó a aparecer en políticas o reformas posteriores.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> OPS. Actualización y Extensión a 3 países adicionales de la Revisión de Regulaciones y Normativas de Recursos Humanos en Salud realizada en 2019. Informe final de consultoría. 2023. Consultora: Michelle Guillou, con la colaboración de Nicolas Arancibia y Daniel Manzano. En edición para publicación.

# RESEÑA: GUILLEM LOPEZ I CASASNOVAS. CINCUENTA AÑOS DE ECONOMÍA DE LA SALUD Health Policy Papers Collection 2025 – 1

[Publicacions 2025 - Centre de Recerca en Economia i Salut \(CRES\) \(UPF\)](#)

## Propósitos: Rafael Urriola-Urbina. Presidente APROB-Chile.

Es un placer y un honor producir esta reseña de un texto de máxima actualidad para los profesionales, investigadores y analistas de los sistemas de salud. Su autor, Guillem López Casasnovas (ver CV muy resumido al final del artículo) es un referente mundial en la economía de la salud. Ha visitado en varias oportunidades Chile. Siempre sus consejos y sugerencias son respetables y respetadas. Esta actualización 2025 de su texto de 2008<sup>1</sup> tiene la importancia de recibir una estructura de propuestas de los temas que están en el tope de los desafíos actuales de la disciplina. Es una invitación a reflexionar y estudiar antes que un manual de tareas.

López Casanova define así su texto: *“El propósito de los comentarios que siguen es ofrecer al lector una reflexión de corte eminentemente subjetivo acerca de la evolución de la Economía de la Salud como disciplina académica, así como de la investigación publicada en su intersección con la política sanitaria, y cuáles son los referentes fundamentales para comprender las grandes encrucijadas que hoy afrontan los sistemas sanitarios”*.

Su primer tema es: **Guía para no perderse en la Economía de la Salud**

### 1.- Amplio alcance de la disciplina

- diferencias fundamentales de perspectiva de análisis
  - o los que no miran la relación ingresos y gastos
  - o Los que creen que siempre el Estado proveerá v/s regulación y prevención de costos
  - o Los que no ven la pugna distributiva que hace que más gasto en salud es menos gasto en otros bienes sociales y, quizás, pérdida de bienestar como resultante neta
  - o entender sociedad y Estado como una misma cosa.

El profesor López-Casasnovas provoca una discusión muy actual diciendo que *“se ignora que algunos instrumentos de financiación privada pueden ser en ciertos ámbitos más equitativos que algunos impuestos indirectos (regresivos, que recaen en contribuyentes que no son usuarios); que las primas colectivas, aún a cargo de los asegurados, son solidarias (del asegurado sano hacia el enfermo); y se desconocen, en general, los desincentivos que la tributación provoca: sobre el esfuerzo, sobre el consumo futuro frente al consumo presente, sobre la responsabilidad individual”* Cabe preguntarse, sin embargo, si la inequidad se refiere a los usos o a las fuentes. Es decir, el sistema de cálculo de primas podría ser equitativo, pero la inequidad (regresividad) no proviene del cálculo de las primas sino de la proporción de los ingresos que tiene para unos y otros pagar esas primas.

## 2. Los anclajes en la Economía del Bienestar.

2.1 López Casanovas examina esto como una lucha entre welfaristas y no welfaristas. A éstos les separa la consideración de cómo definir los criterios de disposición a pagar (DAP) y los agregados para determinar la preferencia colectiva; especialmente como usar los Años de Vida Ajustados por Calidad, o AVACs. (solo este tema requeriría un trabajo enciclopédico). El aporte del profesor López Casanovas, en este caso, como en tantos otros, es colocar en debate un aspecto conceptual, por lo demás, poco conocido en nuestra América Latina.

Para los welfaristas, el 'punto de corte' (el límite de lo que se incluye en la cobertura pública) lo marca un Valor Actual Neto positivo (VAN de beneficios superiores a costes). Para los no-welfaristas este punto vendría dado en cada situación por el nivel de recursos públicos totales disponibles, es decir se regularía en una escala de, por ejemplo, AVACs pero sin comparar costos. Esta discusión es de alta importancia y poco discutida en ALC pese a que se está permanentemente enfrentado a seleccionar nuevas prestaciones a ser cubiertas por los seguros públicos.

El autor sugiere que la priorización sanitaria debe coexistir con métodos e instrumentos quizás menos sofisticados que los AVAC, pero que permitan realizar comparaciones relativas de tecnologías sanitarias de una manera más simple y holística. ¡¡¡A tomar en cuenta y precisar!!!

2.2 *"... buena parte de las discusiones que tenemos los economistas de la salud tienen que ver con el papel de la financiación privada en un sistema sanitario público"* anuncia el profesor de la Pompeu Fabra. El rol del sector privado en la prestación de servicios en España sin duda que es menor que en Chile, pero la discusión planteada es muy atingente, especialmente por la intervención directa del fondo público, Fonasa, en 2025 en la implementación de una modalidad de cobertura complementaria (MCC) de seguros privados, prestadores privados y financiamiento privado para afiliados al seguro público. Este tema vuelve a ser tratado en la sección 7 con el título *"Acerca de los límites de la libre elección"*. En esta sección hace alusión a las mediciones según calidad de resultados que impactarían más en el bienestar de la población. Asimismo, alude a un cierto *"fenotipo de economista de la salud, el universalismo, considerado como derecho de acceso a precio cero, es suficiente para satisfacer sus preocupaciones por la equidad. Como si no existieran otros costes de oportunidad (trabajo, información, educación, costes no monetarios...) más allá que la gratuidad, o no, del servicio"*.

Las secciones 4 y 5 plantean temas de permanente actualidad y que no encuentran soluciones únicas y concluyentes. La 4 se refiere a los ajustes en los pagos o cotizaciones de acuerdo con principios de equidad y la 5 se refiere a *"qué hacer con los tratamientos efectivos, pero de coste inasumible desde la financiación pública"*. Asimismo, en la sección siguiente replantea abiertamente la necesidad de vincular las demandas financieras con compromisos de gestión, aunque creen problemas entre los actores del sector. Hay que hacerlo, qué duda cabe, porque la equidad y el bienestar no son sectoriales sino de la población de todo un país y en todos los ámbitos.

En otro ámbito el expresidente de la Asociación Mundial de economía de la salud nos plantea que existe una *"tecnificación metodológica con rigor analítico"* pero que termina por

confundirse con una cierta “sofisticación teórica y empírica”. Debemos aprender muy modestamente de esto porque, en realidad, en ALC la disciplina no ha despegado suficientemente y son mínimas las publicaciones que aceptan escritos con el marco de economía de la salud. Incluso la formación, también escasa, se ha centrado en la parte microeconómica (o sea la gestión básica de establecimientos sanitarios).

Cuánta agudeza exhibe Guillem cuando destaca que muchos profesionales del sector se “mueven al grito de *“dame datos, y moveré publicaciones”*. Y muchos experimentos, cuasi-experimentos y estudios conductuales, a veces [tienen] más preocupación por las técnicas que por la validez de la información”.

De máximo interés en la sección 9 se nos plantea la agenda de investigación. Esto son los puntos que destaca López Casasnovas:

1. Dar cauce a abrir la financiación privada del modo más coherente posible con los objetivos sociales de salud; de modo eficiente en lo paretiano (que alguien mejore sin que nadie empeore) y con equidad.
2. Analizar qué debe quedar bajo responsabilidad colectiva y qué bajo responsabilidad privada. Lo implícito en el desarrollo del autor es que lo público debiese centrarse en lo catastrófico y dar margen a que los privados financien, total o parcialmente, las demás prestaciones (recordemos que lo catastrófico, generalmente, es simultáneamente sanitario y financiero).
3. Analizar cómo deberíamos incorporar la coexistencia de aseguramiento voluntario y obligatorio con las realidades y aspiraciones de mayor bienestar social.<sup>1</sup>

Y claro, en todo esto se encuentra el sistema de aseguramiento. El objetivo, se nos indica, es *“favorecer la descentralización para coadyuvar a la decisión del asegurado en la elección de proveedor, sin limitarlo a un colectivo tan pequeño que imposibilite una buena compensación (‘pool’) de riesgos”*. En Chile la elección de proveedor no existe para el seguro público y está también cada vez más limitada en los seguros privados. La propuesta de Guillem nos incita a profundizar acerca del sentido exacto de la elección de proveedor en salud.

La sección 10 del efecto de las nuevas tecnologías sobre la asistencia sanitaria está marcada por la irrupción de la IA (que, por cierto, no existía en la versión 2008). El debate que implícitamente releva López Casasnovas es cuánto avanzará la medicina “personalizada” incluyendo medicamentos “a la medida”. Esto haría muy difícil evaluar la cobertura financiera cuando hay copagos. Si bien es técnicamente posible cabe pensar en los impactos en las definiciones de cobertura que tendrían los seguros públicos.

De otra parte, como corolario del adelanto tecnológico, en el texto se alerta sobre la concentración creciente de los ingresos, las dificultades para encontrar trabajo, la menor renta relativa de los más jóvenes. Todo esto impactará en los sistemas de salud.

Con respecto a su *“Reflexión final: De la teoría a la práctica” ¿Por qué es tan difícil pasar de los planos teóricos a los operativos?* nos permitimos puntualizarlo porque la mayoría de los problemas del sector en Chile son conocidos y hasta compartidos, aunque la inercia siempre

tiene ganadores que se compensan entre ellos siendo el paciente/usuario el gran perdedor. Así se puede enumerar lo dicho por López Casanovas:

- a) *El sector público y sus corporaciones viven en la nube del déficit público, y no sienten la necesidad de cambios en su modus operandi puesto que no se percibe el riesgo de quiebra; y no se percibe que las retribuciones de sus trabajadores estén en peligro, sino más bien ven en sus propuestas de reforma una posibilidad de mejora retributiva.*
- b) *La cultura es hostil, en general, al cambio. ¡Se politizan, incluso, aquellas propuestas dirigidas a despolitizar la función pública! Y las nuevas ocurrencias sobre los gestores privados y directivos de empresa, considerando que pueden entrar en decisiones públicas y postularse como servidores del bien común, ampliando así el concepto de stakeholder de las corporaciones haciéndolo abarcar tanto a los usuarios como al conjunto de ciudadanos, lo empeoran todo.*

López Casanovas no lo menciona, pero en España como en Chile, los intereses corporativos (sindicatos, asociaciones gremiales profesionales) tienden a asegurar la inercia y los gobiernos terminan por postergar decisiones obvias, al menos así presentadas en los discursos de campaña.

En fin, dejemos al lector que revise las propuestas del profesor López Casanovas acerca de las reformas que deberían tomarse en prioridad en el momento actual. Adelantemos una frase de esa parte que seguramente sonará polémica en el medio chileno “*Dado el presupuesto, la sostenibilidad financiera decidida en el Parlamento, o se ancla el gasto con criterios estrictos de priorización, o se incrementa la financiación con más ingresos, haciéndolo con copagos o con pagos del ciento por ciento [del usuario]*”.

Se ha reseñado un texto que no pueden desconocer quienes se desempeñan como economistas de la salud... tampoco quienes tienen responsabilidades de gestión sectoriales. Ahí están los problemas esenciales de la disciplina enumerados por un experto como Guillem López Casanovas. Estas 20 páginas del texto que se reseña nos invitan a profundizar los temas. Ciertamente, Guillem podría haberlo hecho con más tiempo y espacio (seguramente nos entregará productos con opiniones sobre estos temas en el futuro próximo). Qué bien que nos entrega los marcos de los desafíos actuales -no siempre con respuestas- pero marcando los grandes temas de la profesión.

**Guillem López-Casanovas** es economista y profesor de la Universitat Pompeu Fabra (UPF). Es conocido por su trabajo en el campo de la salud y la economía.

Formación académica Licenciatura en Economía y Derecho, Doctorado por la Universidad de York.

**Trayectoria profesional**

- Profesor de la UPF desde 1992

- Fundador y director del Centro de Investigación en Salud y Economía (CRES) de la UPF
  - Miembro del Consejo de Administración del Banco de España desde 2005
  - Asesor del Ministerio de Sanidad y Política Social del Estado español y del Ministerio de Salud de Cataluña
  - Presidente de la International Health Economics Association entre 2007 y 2013
  - Asesor senior de la Organización Mundial de la Salud
- Reconocimientos
- Premio Sardà Dexeus en 2001
  - Premio de la Societat Catalana d'Economia en 2000
  - Premio Ramon Llull en 2008

## **ACTIVIDADES APROB**

### **ASAMBLEA ANUAL 2025**

Este 14 de marzo se realizó la Asamblea anual de APROB en que se resumieron las actividades realizadas en estos años y las coordinaciones según temas presentaron los programas para el año 2025 de las áreas en funcionamiento. Así, Loreto Espinoza presentó el programa de Medio ambiente; Gabriela Tello el de macroeconomía; Carolina Guerra el de salud y Beatriz Saldivia el de Personas Mayores. Por cierto, las actividades de cada programa están relacionadas con Bienestar como concepto matriz. Ver [presentación click aquí](#)



**Asamblea anual 2025**  
**14 de marzo de 2025**

## **SATISFACCIÓN USUARIA, HUMANIZACIÓN Y PERSPECTIVA DE DERECHO EN APS: CONTRIBUCIÓN A LA SATISFACCIÓN Y LA EXPERIENCIA USUARIA.**

### **Dr. Julio Sarmiento M. refuerza la visión de APROB en el II Congreso Nacional de Participación Social y Experiencia Usuaría**

Abril 2025.- El Dr. Julio Sarmiento Machado, Médico Salubrista y miembro de la Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB), participó como ponente principal en el II Congreso Nacional de Participación Social y Experiencia Usuaría, organizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, celebrado el 4 de abril de 2025 en el Edificio Moneda Bicentenario.



a APROB como un referente en la promoción de políticas públicas orientadas al bienestar.

Durante su intervención en la mesa redonda titulada **“Contribución a la satisfacción y la experiencia usuaria”** ([versión completa link aquí](#)), el Dr. Sarmiento presentó su ponencia “Satisfacción usuaria, humanización y perspectiva de derecho en APS”. En su exposición, destacó la importancia de la humanización de la atención y la perspectiva de derechos, subrayando que los usuarios no son meros receptores de servicios, sino sujetos con autonomía y capacidad de decisión informada. Este enfoque, alineado con los principios de APROB, busca transformar la experiencia de los usuarios en el sistema de salud chileno.

A modo de conclusión el Dr Sarmiento plantea que pese a sus avances, hay limitaciones para que la medición de la satisfacción usuaria mejore de manera concreta y sustantiva la gestión de la atención primaria de salud (APS) en Chile. Éstas abarcan aspectos metodológicos, estructurales, gremiales y de política pública, por lo que se requieren acciones para mejorar su efectividad y oportunidad, como: mejorar los instrumentos creando herramientas más precisas y representativas para medir la satisfacción en APS; fortalecer la participación, involucrando a

los usuarios y sus familias en el diseño y evaluación de los servicios; mejorar las condiciones laborales, capacitando y apoyando al personal para garantizar una atención humanizada y de calidad; y ampliar los recursos, invirtiendo en infraestructura y tecnologías accesibles para todos los sectores.

APROB, como organización comprometida con el bienestar colectivo, promueve la integración de indicadores multidimensionales que permitan medir y mejorar la calidad de vida en diversos estratos de la población, incluyendo la salud. La presentación del Dr. Sarmiento reflejó esta visión al proponer estrategias concretas para fortalecer la atención primaria, basadas en la equidad, la participación comunitaria y la gestión centrada en las personas, desde su experiencia como gestor municipal y de manera alineada con los paradigmas de la salud colectiva y la medicina social.

El Congreso, que reunió a líderes nacionales e internacionales del sector salud, reafirmó el compromiso de avanzar hacia un sistema más inclusivo y humano. La contribución del Dr. Sarmiento no solo destacó la relevancia de la satisfacción usuaria como eje de mejora, sino que también posicionó



## **PROPUESTA INICIATIVA LEGISLATIVA POPULAR PARA LA MODIFICACIÓN DE LA ACTUAL Ley de Salud de Andalucía.**

**APROB participó en la Asamblea de Rincón de la Victoria, Málaga en la Región de Andalucía, España. Esta abogaba por una salud pública, digna, universal, equitativa y oportuna. ¡ Cuánta coincidencia con las reivindicaciones en Chile!! A continuación una síntesis de algunas de las reivindicaciones planteadas.**



**Título I. Disposiciones Generales (art. 3)** garantizará a todas las personas en Andalucía las prestaciones vitales de emergencia, así como la atención a la salud y asistencia sanitaria con los mismos derechos y obligaciones que el resto de la población

**Título III. Participación ciudadana** (arts 12,13, 14) Se incluye la fórmula **asociaciones de pacientes y colectivos vecinales**. Se establecen los plazos en que deben constituirse los órganos de participación.

**Título V. De las actuaciones en materia de salud (arts 15,17, 18 y 19)**

- Promoción estilos de vida saludables. Incluir en la enseñanza, un temario de educación para la salud.
- Se incorpora al articulado obligatoriedad de la existencia de un Equipo de Salud Mental por Zona Básica.

Mayor transparencia y facilitar información, desde la administración sanitaria a los diferentes órganos sanitarios.

**TÍTULO VII. De la ordenación sanitaria. (Arts 44, 45.2.b, 52 y 54)**

- En el desarrollo del texto se modifican, los términos asistencia, o atención especializada, por **“hospitalaria”**.

- Con la modificación de los arts 52 y 54 se reduce la espera para cita de **atención primaria** a un máximo de **48 h, 45 días para especialista** y **90 días**, como máximo para **intervención quirúrgica**.

### Capítulo VII. Colaboración con la iniciativa privada

- **Art 73:** se establece que la administración debe garantizar la existencia de recursos a todos los niveles y previendo emergencias, reduciendo los conciertos<sup>1</sup> privados en supuestos excepcionales de necesidad, para circunstancias urgentes y sobrevenidas, y previo informe razonado y público.
- **Art 74:** Los convenios y conciertos sanitarios en vigor se mantendrán activos, pero la Consejería de Salud deberá ir planificando el aumento de centros y recursos públicos para que, en un plazo no superior a **5 años**, los conciertos se adapten a lo estipulado en el artículo 73. En igualdad de condiciones, las **entidades sin ánimo de lucro** tendrán consideración **preferente** para la suscripción de convenios y conciertos.
- **Art 76:** Se establecen medidas de homologación para la suscripción de conciertos, es decir debe acreditarse, que las unidades asistenciales con las que se concierte la atención deben ser capaces de dar el mismo servicio que las unidades homólogas públicas. El régimen de concierto será incompatible con la percepción de subvenciones destinadas a la financiación de las actividades o servicios que hayan sido objeto del concierto. La consejería de Salud adoptará las medidas necesarias para auditar toda la gestión relativa al concierto.



### Disposición

**adicional tercera. Del gasto farmacéutico extrahospitalario** (la Consejería de Salud implementará las actuaciones oportunas para que la adjudicación del suministro de medicamentos de uso extrahospitalario se realice por convocatoria pública).

## **INVITACION A PARTICIPAR EN LA REVISTA CUATRIMESTRAL SISTEMAS DE SALUD Y BIENESTAR COLECTIVO DE LA ASOCIACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DEL BIENESTAR (APROB)**

1) El área de Sistemas de Salud y Bienestar de APROB, acorde con los fines estatutarios, incluye en sus ámbitos de interés contribuir a generar una cultura de evaluación en el conjunto de los sistemas de salud, haciendo énfasis en el impacto de los resultados en el bienestar de la población; potenciar la formación y la investigación en temas de salud vinculados con el bienestar, por ejemplo, la investigación en servicios sanitarios, la evaluación de las tecnologías y de la calidad de los servicios y el análisis de políticas.

Asimismo, es su intención colaborar en la construcción de indicadores del bienestar en Chile, para lo cual se requieren aportes teóricos, conceptuales y metodológicos que permitan identificar los mejores indicadores sectoriales en una perspectiva de bienestar humano.

2) La revista cuatrimestral, cuyo primer número apareció en septiembre 2023, es un ejercicio de presentación de proyectos, opiniones y referencias al tema central de APROB.

Los documentos, que serán considerados para publicación y difusión -de acuerdo a las temáticas señaladas- podrán tener una extensión de entre 3 a 12 páginas. (sin incluir tablas y gráficos que se sugiere que no debiesen ir mas allá de 5). Se podrán publicar trabajos originales de las y los socios de APROB y de personas externas. APROB dispone de una comisión evaluadora de textos con miembros de APROB y evaluadores externos, lo que permite evaluar de manera más objetiva las propuestas recibidas para decidir acerca de su publicación.

3) Los trabajos para el próximo número que aparecerá a principios de octubre de 2025 tienen como plazo máximo de entrega el 5 de septiembre de 2025.

4) Esta invitación es amplia y está dirigida especialmente a personas vinculadas a la salud, la economía y disciplinas conexas. APROB solicita y agradece la presentación de trabajos para publicar y/o enviar documentos que eventualmente podrían ser referenciados en la revista. La información de esta convocatoria se mantendrá actualizada en la web institucional [www.aprobienestar.cl](http://www.aprobienestar.cl)

5) APROB está siguiendo las reglas de las revistas indexadas lo que exige que cada artículo tenga un resumen de no más de 300 palabras. En cuanto a palabras claves que identifican el artículo la revista insta a utilizar el tesoro de la OCDE

<https://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/ocd-macroth/es/index.htm>

colocando el numero ID y el tema. No colocar mas de 4 temas.

6) Finalmente, un pequeño cv como autor de no más de 4 líneas se incorporará a la identificación de autores.

7) Correspondencia sobre el tema a: [salud@aprobienestar.cl](mailto:salud@aprobienestar.cl)

Con atentos saludos,

**Comité Editorial**

**Revista Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo (APROB)**