

SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2025

www.aprobienestar.cl

SISTEMAS DE SALUD Y BIENESTAR COLECTIVO No 7



LICENCIAS MEDICAS: CUELLO DE BOTELLA EN LA REFORMA DE SALUD

Rafael Urriola-Urbina

NOTAS PARA LA REFORMA: PODAR BUROCRACIA, ACERCAR A LAS PERSONAS

Antonio Infante B

PROPUESTA DE UN INDICE DE HUMANIZACIÓN PARA MEJORAR LAS MEDICIONES DE SATISFACCIÓN USUARIA Y BIENESTAR EN LA APS

Julio Sarmiento M.

HISTORIA Y PRESENTE DEL CONSUMO DE DROGAS: DE LA ADORMIDERA A LAS MAFIAS GLOBALES

José Leandro Urbina

INGRESOS, SALUD Y ENTORNO SOCIAL: DETERMINANTES DEL BIENESTAR (análisis Encavi)

Rafael Urriola-Carolina Guerra

RESEÑA: OECD – AI AND THE FUTURE OF SOCIAL PROTECTION IN OECD COUNTRIES (2025)

OECD Artificial Intelligence
Papers – N°42 (junio 2025)

contacto@aprobienestar.cl



REVISTA No 7 de septiembre-diciembre de 2025**Click en la página para ir al artículo****INDICE**

PRESENTACIÓN	p.1
EDITORIAL	p.3
En este número colaboraron como autores	p.5
Comité editorial de esta Revista	p.6
LICENCIAS MEDICAS: CUELLO DE BOTELLA EN LA REFORMA DE SALUD	
Rafael Urriola-Urbina	p.8
PROPUESTA PARA UN SISTEMA DE SALUD UNIVERSAL EN CHILE. Cabildo	
Salud un Derecho - Lautaro Fernández Milla	p. 24
NOTAS PARA LA REFORMA: PODAR BUROCRACIA, ACERCAR A LAS	
PERSONAS Antonio Infante B.	p. 28
PROPUESTA DE UN INDICE DE HUMANIZACIÓN PARA MEJORAR LAS	
MEDICIONES DE SATISFACCIÓN USUARIA Y BIENESTAR EN LA APS Julio	
Sarmiento M.	p. 32
INGRESOS, SALUD Y ENTORNO SOCIAL: DETERMINANTES DEL BIENESTAR	
(análisis Encavi) Rafael Urriola y Carolina Guerra	p. 42
HISTORIA Y PRESENTE DEL CONSUMO DE DROGAS: DE LA ADORMIDERA A	
LAS MAFIAS GLOBALES José Leandro Urbina	p. 51
ENVEJECIMIENTO, NEOLIBERALISMO Y ECOPOIESIS: UNA LECTURA	
EPIGENÉTICA Y RELACIONAL DESDE LA CIBERNÉTICA DE TERCER ORDEN	
Leonardo Lavanderos	p. 61
RESEÑA: OECD – AI AND THE FUTURE OF SOCIAL PROTECTION IN OECD	
COUNTRIES (2025) OECD Artificial Intelligence Papers – N°42 (junio	
2025)	p. 68
ACTIVIDADES DE APROB	p. 71
INVITACIÓN A PARTICIPAR CON ARTÍCULOS	p. 73

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, ausencia de enfermedad, es parte sustancial de lo que las personas atribuyen al bienestar. 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 indizada 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

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 esta Revista y los números anteriores puede obtenerse también en la página web de APROB: 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 7. Santiago, septiembre de 2025. (la abreviatura de título de esta publicación según las normas del ISSN es "Sist.

salud bienestar colet."). Se autoriza reproducir total o parcialmente esta obra mencionando la fuente respectiva.

Septiembre de 2025

EDITORIAL

El sector salud de Chile enfrenta un serio problema de gobernanza¹. Nos referimos a la gobernanza como los procesos de acción colectiva que organizan las dinámicas de actores y normas sociales, con los cuales una sociedad determina su conducta. La conducta de una sociedad se refiere a la manera de tomar y ejecutar decisiones referidas al conjunto social, y a los arreglos de los actores entre sí. Estos procesos comprenden a la vez los actores, las acciones colectivas y las normas, tanto formales como informales.

Así, consolidar un sistema de gobernanza que cuente con coordinación intersectorial, financiamiento sostenible y un enfoque territorial es clave para promover la redistribución equitativa de responsabilidades entre hombres y mujeres, y la corresponsabilidad social entre el Estado, el mercado, los hogares y las comunidades (Cepal 2025).

Las debilidades de gobernanza en el sector salud se evidencian por el uso creciente de recursos públicos sin mejoras proporcionales en el bienestar de la población. A esto se suma una alta fragmentación institucional y descoordinación entre múltiples organismos públicos, que impide acuerdos efectivos y la implementación de reformas, incluso parciales. Además, existe una notoria falta de algún liderazgo capaz de articular voluntades, promover la participación y conducir las transformaciones estructurales que la ciudadanía necesita.

En épocas electorales como las que vive Chile en este segundo semestre de 2025 las candidaturas tienden a hacer ofertas exageradas. La salud necesita urgentes reformas. Más vale proponer pocas cosas y hacerlas, antes que muchas generalidades incumplibles. Un estudio publicado en junio por la OCDE ha mostrado que no hay sistemas mejores en todos los campos. Más que cambiar sistemas se sugiere reformar los aspectos específicos que causan consenso en sus deficiencias. Un programa de esta naturaleza podrá ser más creíble por la población.

La descripción de lo ocurrido con las Licencias Médicas en el artículo de Urriola es un ejemplo de debilidades en gobernanza. Aparentemente hay acuerdos en la necesidad de cambiar el sistema desde hace años, pero todo sigue igual. De manera general es lo que puntualiza el artículo de Infante.

¹ Una definición de gobernanza puede encontrarse en Marc Hufty. Ernesto Báscolo y Roberto Bazzani. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 Sup:S35-S45, 2006

Es interés de APROB explicitar nuevas discusiones en el sector salud. Así la reseña sobre el rol de la Inteligencia Artificial es una invitación a considerar como conviviremos con este instrumento que cada vez ocupa más espacio en nuestras actividades cotidianas y profesionales. Esto también se aborda en el artículo de Lavanderos.

De otra parte, en Chile se ha intensificado la presencia de carteles delictuales -siempre relacionados con las drogas- que aportan el grueso del financiamiento a esas actividades. Urbina coloca el tema de las drogas en el tapete. Esto ya es equivalente a una pandemia como lo define OMS *“Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región”*.

Agradecemos los aportes recibidos e instamos a participar con opiniones a las redes de APROB y con artículos para la Revista. APROB, además puede ayudar a tesis a encaminar sus propuestas en los ámbitos de nuestras competencias. No vacilen en contactarse con nosotros.

Con saludos fraternos

COMITÉ EDITORIAL

.

AUTORES REVISTA 7

Rafael Urriola Urbina. Master en Economía Pública y Planificación U, de Paris Francia. Economista de la salud. Presidente de APROB.

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

Antonio Infante Barros. Médico cirujano. Durante el gobierno de Ricardo Lagos se desempeñó como consultor de la Comisión Ejecutiva de la Reforma a la Salud y como subsecretario de Salud (2002-2005) y de Salud Pública (2005), En el segundo gobierno de M. Bachelet asumió como director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Actualmente Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Leonardo Lavanderos. Biólogo, epistemólogo y consultor en lógica relacional. Ha desarrollado la Lógica Relacional Triferencial (LRT), aplicada a ecología, política, salud y cognición. Autor de libros sobre ecopoiesis, neuroestrategia y sustentabilidad. Fundador de SINTESYS, dirige investigaciones sobre indicadores bioregenerativos y transformación institucional. Participa activamente en procesos de articulación entre ciencia, comunidad y regeneración simbólica.

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.

José Leandro Urbina. Doctorado en la Universidad Católica de las Américas, Washington DC. con especialidad en literatura latinoamericana

APROB AGRADECE LA PARTICIPACIÓN DE REVISORES DE ARTICULOS EN LA REVISTA

Alvaro Erazo. Médico. Ex ministro de Salud. Isabel de Ferrari. Decana de la Facultad de salud y buen vivir Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Eduardo Toro L.. Economista y especialista en derechos humanos y al equipo editorial que realiza regularmente esta actividad.

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.

LICENCIAS MEDICAS: CUELLO DE BOTELLA EN LA REFORMA DE SALUD

Sick Leave: A Bottleneck in Health Reform

Rafael Urriola-Urbina ²

Resumen Ejecutivo.

El sistema de licencias médicas (LM) en Chile presenta un crecimiento sostenido en cantidad y duración, especialmente en el sistema público (Fonasa), donde también ha aumentado el número de días pagados por licencia. Este fenómeno se atribuye a controles más estrictos en Isapres frente a un menor control en Fonasa. Se plantea la necesidad de debatir la pertinencia de las LM, su duración (impactada por el requisito de carencia de 3 días), y quiénes están facultados para emitirlos, considerando experiencias internacionales.

Además, existe una dualidad en el financiamiento entre Isapres y Fonasa. Mientras las Isapres controlan activamente el gasto vía contralorías médicas, Fonasa carece de mecanismos eficaces de control, delegando la fiscalización en Compin, sin incentivos para contener costos. Esto ha generado una alta proporción de cotizaciones destinadas al pago de subsidios por incapacidad laboral (SIL), lo que demanda medidas como: mayor recaudación, reducción de fraudes, ajustes en el sistema de carencias y tasas de reemplazo, y reestructuración de aportes.

Finalmente, el sistema de LM se ha transformado en un obstáculo para la reforma de salud en Chile, por su creciente peso presupuestario, descoordinación institucional y ausencia de liderazgo efectivo que permita implementar transformaciones consensuadas y sostenibles.

Abstract:

The medical sick leave (LM) system in Chile has shown a steady increase in both the number and average duration of leaves, particularly within the public system (Fonasa), where the number of paid days per leave has also risen. This trend is attributed to stricter control mechanisms in private insurers (Isapres) compared to weaker oversight in Fonasa. There is a pressing need to reassess the appropriateness

² Economista de la Salud. Presidente APROB

of issued leaves, their duration (influenced by the current 3-day waiting period), and the qualifications of those authorized to issue them—drawing on international practices where certain conditions require specialist approval.

Furthermore, a duality in financing logic exists between Isapres and Fonasa. Isapres actively manage leave-related costs through internal medical review boards, while Fonasa lacks effective cost-control mechanisms, relying instead on Compin, which lacks incentives to reduce expenditures. A significant portion of workers' health contributions is spent on sick leave subsidies (SIL), prompting proposals to increase revenue, reduce fraud, modify waiting periods and replacement rates, and reevaluate contribution structures.

Ultimately, the LM system has become a bottleneck for healthcare reform in Chile due to its growing budgetary burden, institutional fragmentation, and the absence of effective leadership capable of driving consensual and sustainable change across the health sector.

En diciembre de 2024³ la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, Dipres, emanó un informe sobre el ausentismo en el sector público que indicaba que “*en el sector público general (incluyendo municipalidades) se tramitan alrededor de 3,1 licencias por cotizante, mientras que en el sector privado es de 1,3 licencias*”. Cada trabajador se ausenta en promedio 22,3 días. En el mes de mayo de 2025 la Contraloría General de la República dio a conocer un informe que indicaba que 35.585 funcionarios públicos podrían haber incurrido en fraude al viajar al extranjero durante el período que gozaban de una licencia médica (LM) que indicaba reposo.

Estos hechos renovaron la preocupación -ya reconocida- de que el uso de LM tanto en el sector público como privado se había convertido en un mecanismo plagado de abusos desde mucho tiempo (cabe notar que aproximadamente solo el 10% de los cotizantes son funcionarios públicos). Médicos formalizados por cursar miles de LM se sumaron hace poco tiempo a denuncias de lugares en que se puede obtener una licencia sin siquiera estar presente.

Este documento tiene por objeto entregar los antecedentes estadísticos y financieros que permiten concluir que el sistema de Subsidios de Incapacidad Laboral (SIL) no puede continuar con las características actuales porque hay múltiples distorsiones en los beneficios, en los controles y en los usos del mecanismo.

En la primera parte, se presentan las estadísticas de uso de LM por subsistema de salud (Fonasa e Isapres). En la segunda parte, se presenta el análisis financiero y los impactos de las variaciones de los costos generales SIL en el sistema global de salud. La tercera parte revisa el debate ocurrido en numerosas comisiones presidenciales y

³ DIPRES. RADIOGRAFÍA DEL AUSENTISMO LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO. Estudio de finanzas públicas 2024/41, diciembre 2024

parlamentarias, así como otros proyectos y resoluciones legales que nunca han llegado a concretarse lo que ha ocasionado nuevas propuestas como la circular N°3868 del 25.6.2025 de la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso) y el anteproyecto de ley del ejecutivo del 9.7.2025. De modo general, pese a la evidencia, no se ha logrado resolver los problemas presentados durante años.

I. ESTADÍSTICAS RELEVANTES DE LICENCIAS MÉDICAS⁴

En esta sección se describirán sucintamente las estadísticas referentes a las LM comparando sistemas y otras características que permiten diferenciar el otorgamiento del beneficio.

1) Número total de licencias médicas

En primer lugar, es necesario establecer la población global que tiene derecho a postular al reembolso por LM.

Cuadro 1. Número de cotizantes con derecho a LM según seguro de salud (2018 – 2023)

AÑOS	FONASA	ISAPRE	SISTEMA
2018	4.503.586	1.708.587	6.212.173
2019	4.634.668	1.752.337	6.387.005
2020	4.607.574	1.706.748	6.314.322
2021	4.863.968	1.687.302	6.551.270
2022	4.718.946	1.681.659	6.400.605
2023	5.365.161	1.513.586	6.878.747

Fuente: Suseso 2023 y 2022 ⁵ ⁶

⁴ El autor ha usado parcialmente el documento R. Urriola (2024). *Análisis internacional comparado de sistemas de Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL). Consultoría Banco Mundial para la Identificación de opciones políticas para la reforma del sector sanitario*. Todos los datos usados en este documento son de acceso público y las opiniones aquí vertidas son de exclusiva responsabilidad del autor.

⁵ Comisión de Medicina Preventiva e invalidez (COMPIN), Fondo Nacional de Salud (FONASA), Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) (2022). Estadísticas de licencias médicas y subsidio por incapacidad laboral (SIL) 2022.

⁶ Suseso. Estadísticas Anuales de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral (varios años) <https://www.suseso.cl/608/w3-propertyvalue-790167.html#>

Cuadro 2. Promedio de LM otorgadas (tramitadas) por cotizante, según seguro de salud (2018-2023)

AÑOS	FONASA	ISAPRE	SISTEMA
2018	0,94	0,86	0,92
2019	0,98	0,91	0,96
2020	1,02	0,81	0,96
2021	1,39	1,05	1,3
2022	1,59	1,24	1,5
2023	1,27	1,06	1,22

Fuente: Suseso 2023 y 2022

Del cuadro 2 se desprende que las LM han continuado aumentando incluso posterior al peak de la pandemia en 2020 hasta el año 2022 aunque se reducen en 2023. Las LM en Fonasa en 2022 alcanzaron a 7.493.626 en Fonasa y a 2.077.569 en Isapres. Cabe notar que una LM tramitada debe pasar por varios trámites antes de ser realmente aceptada y pagada. Por ello que se evalúan par efectos de costos del sistema más bien las licencias aceptadas que han ido disminuyendo especialmente en el subsistema Isapre.

2) Diferencias en la proporción de LM aceptadas entre Fonasa e Isapres

Cuadro 3. Licencias Médicas: Proporción de rechazos de LM: días descontados con respecto a días otorgados (2018-2022)

AÑOS	FONASA	ISAPRES	SISTEMA
2018	16,2%	6,3%	14,0%
2019	7,6%	8,4%	7,8%
2020	19,8%	25,6%	21,0%
2021	15,8%	29,1%	18,5%
2022	18,8%	30,2%	20,9%

Nota: Considerando días de LM pagados (DLMP) y días de LM otorgados (DLMO). Se calcula como el cociente = $1 - ((DLMO - DLMP) / DLMO)$

Fuente: Compín-FONASA-Suseso (2022)

El cuadro 3 muestra que desde 2020, las ISAPRES han aumentado significativamente los controles por LM tal que se rechazan alrededor del 30% de los días propuestos por los médicos. En cambio, entre los afiliados a FONASA se ven rechazadas poco menos de 19% de los días solicitados. Al parecer las ISAPRES han tomado el camino de reducir la cobertura del SIL por la vía de limitar la aceptación de LM.

El cuadro 3 también muestra una diferencia significativa en la proporción de días descontados con respecto a días otorgados (tasa de pago) por LM entre FONASA e ISAPRES, en particular, desde 2020. Este aumento de las LM rechazadas (total o parcialmente) se produce pese a que las personas que ven rechazadas sus licencias pueden acudir en segunda instancia a la Compín y, luego, a la Suseso.

En el cuadro 4 se observa un aspecto de los SIL a tener en consideración para las propuestas de políticas, a saber, los trabajadores independientes afiliados a Fonasa tienen un comportamiento notoriamente diferente al de los afiliados a Isapres en cuanto a solicitud de LM.

Cuadro 4. Proporción de LM por cotizante según tipo de cotizante (2023)

TIPO DE COTIZANTE	FONASA	ISAPRE	SISTEMA
Dependiente	1,40	1,09	1,33
Independiente	0,89	0,22	0,81
Total	1,35	1,06	1,28

Fuente: Compín-FONASA-Suseso (2023). Elaboración propia

3) días promedio anuales pagados por LM según seguro de salud

La extensión de la duración de las LM es un criterio importante al momento de las evaluaciones del sistema y de las eventuales fiscalizaciones porque existen estimaciones promedio de reposo para cada patología. Sin embargo, si en promedio las diferencias son estadísticamente significativas entre ISAPRES y FONASA, parece posible concluir que los criterios de control en uno y otro subsistema pueden ser diferentes, o bien, que las cargas de enfermedad de los afiliados a FONASA e ISAPRES son diferentes (o una combinación de ambos criterios).

Cuadro 5. Número de días promedio pagados por licencia médica autorizada, según seguro de salud años 2018-2023.

AÑOS	FONASA	ISAPRE ⁽¹⁾	SISTEMA
2018	11,6	7,6	10,3
2019	13,1	7,5	11,3
2020	13,7	11,9	13,3
2021	13,6	11,2	13,1
2022	12,6	8,9	11,8
2023	12,2	8,6	11,5

Fuente: Compín-FONASA-Suseso (2022)

El cuadro 5 da cuenta que, en FONASA se pagan, en promedio, más días por LM que en ISAPRES y que tal diferencia es estadísticamente significativa.

Examinando los datos de los cuadros anteriores se puede inferir que desde 2020 ha habido una política deliberada de descuentos y restricciones al pago de licencias en las ISAPRES (lo cual, por lo demás, explica parte de la migración hacia el FONASA de la población ISAPRES en estos años). Es decir, se verifica una política de reducción de cobertura que no tiene explicación sanitaria.

CONCLUSIONES DE LA PRIMERA PARTE

- i) las LM han venido creciendo en cantidad (proporción de LM por cotizantes derecho habientes) de manera significativa, especialmente en Fonasa;**
- ii) también crecen en número de días promedio por LM y,**
- iii) en el caso de Fonasa han crecido de manera más notoria el número de días pagados por LM autorizadas lo que se atribuye a un control diferenciado y mas estricto en las Isapres.**

Todo esto exige un debate acerca de:

- a) la pertinencia de las LM cursadas (efecto control sobre emisores de LM)**
- b) las duraciones de las LM (se estima que el criterio de carencia de 3 días para las LM inferiores a 11 días ha estimulado mas bien el alargamiento de las LM) y,**
- c) determinar quiénes pueden cursar LM (por ejemplo, hay experiencias internacionales en países que las LM por patologías solo pueden ser extendidas por especialistas en esas patologías).**

II. EFECTO FINANCIERO DE LAS LM

1. Fuente de financiamiento de los SIL

El SIL curativo común es financiado por las cotizaciones de salud de FONASA o de las ISAPRES lo que ha aumentado significativamente, según se observa en el cuadro 6. Es decir, el SIL en el caso de FONASA (80% de la cobertura de la seguridad social en salud) estaría absorbiendo una proporción muy alta de los ingresos del sistema público que redundaría en una reducción de los recursos disponibles para la atención sanitaria.

Cuadro 6. Fuente de financiamiento de los SIL pagados por la CCAF (2007-2023)

CIRCULAR SUSESO	Del 7% de las cotizaciones se instruye destinar a la CCAF para SIL:	Vigente desde
3.732 de 15.2.2023 MODIFICA N° 3.723 de 2023	6%	Febrero 2023
3.723 de 12. 1. 2023 MODIFICA N° 3.657 de 2022	3,1%	Febrero 2023
3.657 de 1.3. 2022 MODIFICA N° 3.561 de 2020	6,45%	Febrero 2022
3.561 de 16.12.2020 MODIFICA N° 2.358, DE 2007	3,1%	Enero 2021
2.358 de 2.2.2007 (inicia el proceso)	0,6%	Abril 2007

Fuente: Circulares citadas. Elaboración propia

Según el cuadro 6, los pagos SIL en el sistema Fonasa han alcanzado a (6) /7 de las cotizaciones. Cabe notar en todo caso, que en el caso de las ISAPRES los ingresos promedio sobre la cotización son de 66% superior al 7% obligatorio por ajustes de planes y costos. Esto cálculos referentes a Fonasa han sido refrendados en otros textos. Por ejemplo, S. Sánchez (actual encargado del proceso de reforma del gabinete del Minsal) calculó que la proporción de uso de las LM alcanzó al 82% del total de las cotizaciones en Fonasa en 2018⁷.

El gasto en SIL ha subido en 10 veces entre 2008 y 2023 en el subsistema Fonasa⁸. Las causas recurrentes de estos aumentos han sido planteadas en diversos documentos y son esencialmente las siguientes:

a. el envejecimiento poblacional que incrementa las vulnerabilidades;

Un estudio de factores de riesgo (gastos) por cohortes (Urriola 2020⁹) muestra que es notorio el incremento de los gastos promedios en la medida que aumenta la edad de las personas.

⁷ Sánchez Bustos Sergio et al. Visión y propuesta de cambios a sistema de salud en Chile. Cuad Méd Soc (Chile) 2021, Vol 61 N°3: 25-42

⁸ Departamento de Economía de la Salud - Ministerio de Salud. Estadísticas económicas en Salud. En Gasto Total en Salud, público y privado. Millones de pesos constantes del año 2022, 2003 - 2022(p) | Laravel (minsal.gob.cl).

⁹ Urriola R. (2020). Metodología para evaluar el impacto económico del envejecimiento. Revista AES-Chile (p. 66:78)

Cuadro 7. Tabla de factores de riesgo por grupos y tramos de edad

Grupos	0 - 24	25 - 44	45 - 64	45 - 64
A1 Fonasa hombres	0,71	1,15	2,32	4,85
A2 Fonasa mujeres	1,19	2,07	2,40	3,97
A3 Isapre Hombres	0,78	1,04	2,04	4,26
A4 Isapre mujeres	1,25	2,69	2,79	3,95

Fuente: Urriola (2020)

b. falta de claridad en cuanto a la definición de enfermedades comunes y de enfermedades laborales o por accidentes del trabajo;

La ley 16.744 que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en su título VI Artículo 58° indica *“La declaración, evaluación, reevaluación y revisión de las incapacidades permanentes serán de exclusiva competencia de los Servicios de Salud. Sin embargo, respecto de los afiliados a las Mutualidades, la declaración, evaluación, reevaluación y revisión de las incapacidades permanentes derivadas de accidentes del trabajo corresponderá a estas instituciones”*. Es decir, las mutualidades son juez y parte en este aspecto.

Adicionalmente, los empleadores tienen el incentivo de declarar accidentes laborales y enfermedades profesionales como enfermedades comunes, debido a que existe un costo directo por siniestralidad en el lugar de trabajo que se traduce en una mayor tasa de cotización adicional. Por lo tanto, se estarían utilizando los fondos del SIL para financiar remuneraciones que deberían ser pagadas por el Seguro Social de la Ley N°16.744.

c. uso indebido de Licencias Médicas (LM) con fines diferentes

Es posible observar en el sector público que la tasa global de ausentismo masculino alcanza el 5,9%, mientras que el femenino asciende a 11,1%. Las mujeres utilizan 3,5 licencias al año, casi el doble que sus pares hombres. Ello resulta común en diversos países y sectores, reconociendo la literatura que las mujeres enfrentan empleos de menor calidad -lo que genera menor apego-, presentan mayores tasas de morbilidad, pero especialmente debido al rol social y cultural que distribuye desigualmente los roles de trabajos domésticos y de cuidados familiares (Dipres 2024).

Cabe notar que en ciertos casos estas demandas de ausentismo reflejan falencias del sistema de protección social como sucedió especialmente en la pandemia de COVID-19.

d. insuficiente control sobre las LM, especialmente en el subsistema FONASA;

Al analizar las LM de Fonasa por tipo de diagnóstico y según el sector o relación laboral del afiliado se verifica que las LM están fuertemente concentradas en dos diagnósticos que, justamente, son difíciles de controlar. El cuadro 8 muestra que la proporción de LM de trabajadores independientes en enfermedades mentales (54%) es muy superior a la proporción de trabajadores independientes cotizantes (7,2%) con respecto a los dependientes y que estas enfermedades junto con las musculoesqueléticas, también de difícil control y seguimiento, representan casi el 50% del total de LM del subsistema Fonasa.

Cuadro 8. Proporción de licencias médicas tramitadas en FONASA, según tipo de sector y diagnóstico año 2022

TIPO DE DIAGNÓSTICO	DEPENDIENTE PÚBLICO	DEPENDIENTE PRIVADO	INDEPENDIENTE	TOTAL
Trastornos mentales	11,9%	40,6%	54,0%	31,4%
Enf. osteomusculares	14,4%	19,0%	17,5%	17,3%
Enf. respiratorias	6,9%	9,0%	8,4%	8,3%
Traumatismos, env. y otros	8,1%	4,7%	3,3%	5,8%
Enf. infecciosas	2,5%	3,3%	2,4%	2,9%
Enf. del Sistema Digestivo	4,3%	3,1%	2,1%	3,4%
Afecciones del embarazo, Parto y Puerperio	1,1%	1,6%	2,0%	1,4%
Enfermedades del Sistema Genito urinario	2,3%	1,7%	1,2%	1,8%
Tumores y Cánceres	3,0%	0,7%	0,5%	1,5%
Enf. cardiovasculares	2,9%	1,1%	1,1%	1,7%
COVID-19 ¹	34,5%	7,2%	1,7%	16,4%
Otros diagnósticos	8,0%	8,0%	5,7%	7,9%
Sin información	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(1) Se incluyen los códigos: U07.1 "Enfermedad respiratoria aguda debido al nuevo coronavirus"; U07.2 "COVID-19, virus no identificado (a la espera del resultado)"

Fuente: Compín-FONASA-Suseso (2022) Elaboración propia

Hasta 2022 la proporción de LM por Covid (16,4%) y similares era muy alta (cuadro 8). En 2023 se reduce como se muestra en el cuadro 9 hasta solo 3,2%. No obstante, la importancia de las LM por trastornos mentales y enfermedades osteomusculares continúa ocupando casi la mitad del total de LM de Chile.

Cuadro 9. Proporción de LM por sector (2023)

TIPO DE DIAGNÓSTICO	FONASA	ISAPRE	SISTEMA
Trastornos mentales	32,9%	25,8%	31,5%
Enf. osteomusculares	18,9%	13,5%	17,8%
Enf. respiratorias	13,1%	19,1%	14,2%
Traumatismos, envenenamientos y otros	6,6%	6,8%	6,7%
Enf. infecciosas	4,4%	5,5%	4,6%
Enf. del Sistema Digestivo	4,3%	6,6%	4,7%
Afecciones del embarazo, Parto y Puerperio	1,6%	1,8%	1,6%
Enfermedades del Sist. Genito urinario	2,3%	2,8%	2,4%
Tumores y Cánceres	1,8%	2,9%	2,0%
Enf. cardiovasculares	1,9%	1,6%	1,9%
COVID-19	3,1%	3,6%	3,2%
Otros diagnósticos	9,2%	9,9%	9,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Compin-FONASA-Suseso (2023)

Cabe destacar, además, que 360.832 LM que tenían como diagnóstico algún tipo de trastornos mentales fueron rechazadas en 2023 (esto es el 68% del total de LM rechazadas en el año).

e. Ausencia de aporte del sector empresarial en Chile en el financiamiento del SIL

Examinando la situación en los países OCDE¹⁰ se concluye que, con excepción de los Estados Unidos y la República de Corea, todos los países de la OCDE ofrecen licencia

¹⁰ WORLD Policy Analysis Center (2018). «Paid Leave for Personal Illness: A Detailed Look at Approaches Across OECD Countries 2018.» WORLD Policy Analysis Center. 2018.
https://www.worldpolicycenter.org/sites/default/files/WORLD%20Report%20-%20Personal%20Medical%20Leave%20OECD%20Country%20Approaches_0.pdf.

remunerada por enfermedad personal. 21 países lo hacen mediante una combinación de responsabilidad del empleador y fondos públicos.

En nueve países de la OCDE, la licencia por enfermedad personal se concede únicamente a través de la seguridad social o planes públicos.

En dos países de la OCDE, los empleadores son los únicos responsables de proporcionar licencia remunerada por enfermedad personal. En los países donde los empleadores y los gobiernos comparten la responsabilidad de brindar licencia, los empleadores suelen ser responsables de brindar un período inicial de licencia antes de que comience la licencia brindada por el gobierno.

Once países exigen que los empleadores paguen las primeras dos semanas de licencia; seis países exigen que los empleadores proporcionen el reeembolso entre la tercera y sexta semana; y, dos países exigen que los empleadores proporcionen un período inicial de licencia superior a siete semanas. En Francia, los empleadores son responsables de complementar las prestaciones proporcionadas por el gobierno. En los Países Bajos, los empleadores generalmente son responsables de la licencia por enfermedad remunerada, pero los beneficios gubernamentales están disponibles para las personas que no califican a través de sus empleadores. Todos los países de la OCDE que ofrecen licencia remunerada por enfermedad personal lo hacen tanto para empleados de empresas pequeñas como medianas y grandes.

f. fraudes propiamente tal, es decir, compra y venta de LM para defraudar al sistema.

El 24 de mayo de 2025 se publicó en el Diario Oficial la Ley N° 21.746, que modifica la Ley N° 20.585 sobre otorgamiento y uso de licencias médicas que había sido presentada en 2022. Esta ley exige condiciones a los emisores (médicos y matronas) y establece sanciones variables a los infractores.

El cuadro siguiente no identifica fraudes sino grandes emisores. Solo una parte de ellos pueden cumplir ambos casos. Es posible que un control más exhaustivo de este segmento pueda aliviar el gasto innecesario.

Cuadro 10. Gasto SIL estimado para grandes emisores en sistema Fonasa

Año	Cantidad de Profesionales	Monto SIL Grandes Emisores (\$) FONASA	% del Gasto Grandes Emisores FONASA	Monto SIL (\$) FONASA
2018	117	\$ 110.166.071.400	12,0%	\$ 917.727.917.000
2019	135	\$ 126.795.392.500	12,9%	\$ 985.015.247.000
2020	175	\$ 187.925.109.000	17,2%	\$ 1.092.187.392.000
2021	358	\$ 341.314.439.800	20,4%	\$ 1.676.074.847.000
2022	390	\$ 470.009.172.800	23,6%	\$ 1.989.759.638.146

2022*: Para el año 2022 el Monto SIL, se realiza una estimación del año, ya que aún no se publica el informe oficial de LM.

Criterios: Se considera un gran emisor al profesional que emite más de 1.600 licencias médicas en un año, las cuales deben ser licencias tipo 1,2,7, excluyendo COVID y LMPP considera una estimación del Monto SIL, usando el valor día autorizado por SUSESO.

Fuente: Sistema de información FONASA (SIF)

Fuente: Presentación en el Senado de la subsecretaria del Minsal A. Albagli¹¹. Junio de 2023.

Asimismo, se ha registrado un emisor que en un año firmó 16.000 licencias médicas, lo que se traduciría en un fraude que asciende a los \$5.000 millones, solo respecto de esa persona (diario La Tercera 18.12.2022).

Síntesis financiera de los SIL

En consecuencia, el modelo FONASA (con datos de 2022) puede especificarse como sigue:

- i Gasto SIL FONASA miles de \$ de 2022
- b N° de LM autorizadas 2022
- c N° de días promedio pagados por LM autorizada 2022
- d Pago promedio por día de LM (miles \$ de 2022)

Con datos de Compín-FONASA-Suseso (2022) se construye que (para población FONASA):

i	b	c	d
2.036.523.441	7.049.916	12,6	22,9

Fuente: Compín-FONASA-Suseso (2022) Elaboración propia

(De este modo $i = b \cdot c \cdot d$).

Y, en consecuencia, si se busca evitar la crisis financiera que se desprende del hecho que el SIL absorbe cerca del 70% de las cotizaciones será necesario tomar o combinar alternativas mediante las reducciones de sus componentes.

Esto es: i) reducir (b) sin crear impactos sanitarios que significa mejorar el control de las LM y, especialmente, las de grandes emisores; ii) reducir (c) que significa redefinir (reducir) los días de carencias y/o protocolizar límites de días de LM por patología, iii)

¹¹ INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA, recaído en el proyecto de ley, en primer trámite constitucional, que modifica la ley N° 20.585. BOLETÍN N° 14.845-11

https://tramitacion.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=14845-11

reducir (d) lo que significa ajustar la tasa de reemplazo (proporción de pago sobre el sueldo declarado por el cotizante¹²) que hoy alcanza al 100%.

También existe la alternativa de aumentar el monto de las cotizaciones para salud ya sea incorporando a los empresarios a este aporte; o aumentando el porcentaje que aportan los trabajadores. El Estado ha actuado, de hecho, como caja pagadora del déficit hasta ahora. En los últimos años el aumento del aporte fiscal real a salud ha aumentado en 7% anual.

1. CONCLUSIONES DE LA PARTE II

i) Se observa una dualidad en las lógicas económicas del financiamiento al comparar el sistema ISAPRES y el de FONASA. Todo pago por SIL reduce los fondos para prestaciones sanitarias.

ii) En el caso de ISAPRES -por extensión- el pago por SIL también afecta a los resultados de las propias empresas. Así, mientras las ISAPRES toman a cargo el control de las licencias a través de las Contralorías médicas reduciendo, tanto como es posible, los reembolsos; ni las CCAF ni Fonasa tienen funciones relacionadas con el control de costos ya que solo deben facturar y pagar, respectivamente, el gasto mensualmente al Instituto Nacional de Previsión, INP. Este rol de fiscalizador recae en las Compin sin que haya incentivos para reducir los gastos globales.

iii) El uso en SIL de la mayor parte de las cotizaciones de salud de los trabajadores exige, simultáneamente:

a). Pensar en mejorar la recaudación (aportes de empleadores y aumento del aporte de trabajadores);

b). Aumentar los controles de LM para reducir fraudes y mal uso de ellas ampliando los castigos por tal uso, esto incluye un control imparcial de LM correspondientes a accidentes laborales y enfermedades comunes que no recaiga en las mutuales;

c). Reducir las carencias lo que puede implicar reducir la carencia de tres a dos días pero para todas las LM independientemente del plazo

d). Crear reducciones de pagos a LM de largo plazo compensadas por mayor agilidad en su paso a pagos por incapacidades totales o parciales;

e) Reducir las tasas de reemplazo -actualmente en 100% en el sistema- ya sea parcial o globalmente.

f). Cabe, asimismo, evaluar el incremento de los aportes de empleadores o cotizantes para reducir el gasto SIL como proporción de las cotizaciones.

¹² En todo caso en Chile los aportes a la Seguridad Social en salud tienen un monto límite (tope) de alrededor de 1800 dólares. El reembolso se hace sobre este límite. No obstante, los trabajadores del sector público son reembolsados por el Estado al 100% de sus ingresos, aun si superan este límite.

III. REFORMAS AL SIL: UN DEBATE DE LARGA DATA

No solo hace mucho tiempo que se discute de las reformas al sistema de otorgamiento de LM (las cuales son resumidas en las conclusiones de la Parte II), sino que hay muchos acuerdos transversales (en el sentido político) que se han plasmado en los documentos convocados por las comisiones gubernamentales y parlamentarias para tratar de la temática que se pueden resumir en los siguientes:

1. **Eliminar los tres días de carencia para las licencias de menos de 10 días.** Si bien esta propuesta tenía compensaciones de reducción de subsidios a las LM de larga duración no ha contado con el apoyo del MinHda aunque fue planteado por el Informe del Comité Técnico para la Reforma del Sector Salud¹³ convocado por la Comisión de salud del Senado en 2023 (en adelante CS2023). Otra sugerencia ha sido rebajar a dos días la carencia, pero aplicarla a todo evento y a todos los estamentos incluyendo trabajadores del sector público. La propuesta del gobierno de G. Boric presentada al congreso este 9 de julio de 2025¹⁴ (en adelante CS2025) propone mantener los tres días de carencia para todo evento y para todo estamento (incluyendo trabajadores del sector público civiles y militares).

2. **Fortalecer la fiscalización de la emisión y cumplimiento de licencias médicas,** ya esto fue planteado por la Comisión asesora presidencial respectiva de 2014¹⁵: "Señalar las responsabilidades de los diferentes actores, las supervisiones necesarias y los mecanismos de reclamación, superando la fragmentación hoy día existente: CCAF, FONASA, COMPIN, ISAPRES, Superintendencia de Salud y Superintendencia de Seguridad Social".

"Referente a las falencias del diseño del SIL detectadas por la comisión [la CS2014], se mencionan la discontinuidad de los ingresos de los trabajadores, asociados a la falta de oportunidad en el pago de la licencia médica (tiempos excesivos de los procesos de gestión, fiscalización, autorización y apelación); la desconfianza de los usuarios hacia los administradores del seguro (especialmente ISAPRES); y el creciente gasto del sistema, el que se ve aumentado por el sub-registro de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo (subsidio cruzado)" (ibid).

¹³ Informe del Comité Técnico para la Reforma del Sector Salud Recomendaciones para reformas urgentes en el sistema de salud de Chile 16 de noviembre de 2023

https://www.bing.com/search?pglt=299&q=Informe+del+Comit%C3%A9+T%C3%A9cnico+de+Reforma+del+Sector+Salud+2023&cvid=45dcc37cab534b0aba3b59a083431fec&gs_lcrp=EgRIZGdIKgYIABBFgDkyBggAEEUYOdIBCDU3NjhqMGoxqAIAAsAIA&FORM=ANNTA1&PC=U531

¹⁴ Proyecto de ley Modifica el periodo de carencia del subsidio de incapacidad laboral por accidente o enfermedad común, introduce modificaciones en su aplicación al sector público, fortalece las facultades de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, y modifica las normas que indica. Boletín 17678-11 del 9.7.2025.

¹⁵ Informe Final. Comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado (CS 2014). 2014.

Este tema también fue abordado por la Comisión investigadora sobre el funcionamiento de las COMPIN de la Cámara de diputados y diputadas (CS2019)¹⁶. Y es, asimismo, especificado en la CS2025.

3. Ajustar el procedimiento judicial respecto a la emisión fraudulenta de licencias médicas. Esto también había sido planteado por la CS2014, en particular los grandes emisores. Más aún, en 2023 la Cámara de diputadas y diputados inició la discusión de un proyecto (CS2023) exactamente con este fin que no se ha resuelto¹⁷.

4. Transferir la autoridad de las mutuales de ser “juez y parte” en la clasificación de las LM (de origen o causa laboral o de enfermedad común). Esta propuesta -también antigua- se ha justificado por el conflicto de interés en el sistema de seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ya que las mutuales se benefician al calificar enfermedades laborales (pagadas por las mutuales) como enfermedades comunes (pagadas por Fonasa o Isapres).

5. Igualdad regulatoria para los beneficiarios de FONASA e ISAPREs respecto al SIL (CS2023). Establecer una contraloría médica en FONASA, similar a la existente en las ISAPREs, con la potestad de ser primera instancia de aprobación/rechazo de licencias médicas, con la COMPIN (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez) como segunda instancia tal como ocurre con las ISAPREs, en orden a igualar las condiciones de los usuarios en FONASA e ISAPRE, fiscalizable por la Superintendencia de Salud. El CS2025 sugiere también prevenir esto.

6. Establecer protocolos clínicos guía para la emisión de licencias médicas que se hagan públicos, y que sirvan de herramienta de benchmark (referencia) en la gestión y control de licencias. (Sugerencia repetida en CS 2023 y CS2025).

7. Colocar límites a la tasa de reemplazo. Solo el CS2025 estipula que en el caso del sector público no serán reembolsadas las LM más allá de lo que indica el artículo 16 del decreto ley N°3.500, de 1980, es decir, 60 UF. En la actualidad el reembolso es de 100% del ingreso del funcionario.

¹⁶ Cámara de diputados y diputadas (2019). Comisión especial investigadora sobre el funcionamiento de las COMPIN en relación con la demora en resolver las licencias médicas, y las eventuales irregularidades en el rechazo de licencias por parte de las Isapres (CS 2019).

En <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=DocumentoFicha&prmID=189188&prmTipoDoc=LOCAL>

¹⁷ Proyecto de ley ingresado a la H. Cámara de Diputados y Diputadas el 24.1.2023 “Agravar las consecuencias jurídicas que implica el otorgamiento, obtención o tramitación de licencias médicas falsas o maliciosas”. boletín15688-11 En adelante CS 2023. Antes, el 4 de marzo de 2022, había sido presentado en el Boletín N° 14.845-11 el Proyecto de ley, iniciado en Mensaje del Ex Presidente de la República, señor Sebastián Piñera Echeñique, que modifica la ley N° 20.585, sobre Otorgamiento y Uso de Licencias Médicas, con el objeto de fortalecer las facultades de los organismos reguladores y fiscalizadores y aumentar las multas y períodos de suspensión de los emisores de licencias médicas, en los presupuestos que establece la ley.

CONCLUSIONES FINALES

Finalmente, aunque existe consenso técnico y político sobre la necesidad de reformar el sistema, no se han concretado cambios significativos. La fragmentación institucional, la ausencia de liderazgo claro y la falta de fiscalización efectiva y disuasiva han convertido al sistema de LM en un cuello de botella para la reforma de salud en Chile.

PROPUESTA PARA UN SISTEMA DE SALUD UNIVERSAL EN CHILE

CABILDO SALUD UN DERECHO- LAUTARO FERNANDEZ MILLA.

Agosto 2025



“CABILDO SALUD UN DERECHO”

Está constituido por un grupo diverso de profesionales que, a la luz del proceso constituyente iniciado en Chile en el año 2020, se organiza con el objeto de promover, impulsar y defender el Derecho a la Salud como un derecho humano fundamental para todas y todos, por las implicancias trascendentes que esto conlleva para nuestra sociedad. Luego de finalizado este proceso, el Cabildo continua como un espacio de reflexión sobre el futuro desde una perspectiva de salud pública, como un medio para aportar al bienestar de las nuevas generaciones y de todas las personas mediante la construcción de propuestas y acuerdos que consagren un Estado protector de los derechos sociales y, en particular, del derecho a la salud.

Esta propuesta surge a partir del trabajo colectivo realizado durante el proceso constituyente, con amplia participación de organizaciones de la sociedad civil. Plantea lineamientos concretos para un nuevo sistema de salud que garantice el derecho a una vida digna, bajo los principios de equidad, participación y justicia social.

1. Ciudadanía y Derecho a la Salud

La salud es un derecho humano esencial y debe ser garantizada por el Estado como parte de un sistema de seguridad social. Esto implica asegurar atención oportuna y de calidad, sin discriminación, considerando los contextos sociales, culturales y territoriales.

La salud debe entenderse como una construcción social que depende de múltiples factores: biológicos, sociales, económicos y ambientales. Por tanto, su garantía requiere un modelo de desarrollo centrado en el bienestar colectivo, mediante un **Sistema Universal de Salud** que integre promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

La participación ciudadana debe ser vinculante en la toma de decisiones del sistema, mediante estructuras territoriales representativas (comunidades, barrios, regiones, pueblos originarios, etc.). Esta participación debe incluir control social, transparencia y rendición de cuentas, respetando los saberes y cosmovisiones de los diversos grupos.

2. Organización del Sistema de Salud

Sistema Universal, Único e Integrado

Proponemos un sistema con redes territoriales, integradas por prestadores públicos y privados bajo regulación estatal, centrado en la Atención Primaria de Salud (APS). La función rectora del Estado debe garantizar equidad y sostenibilidad, pasando de un rol subsidiario a uno activo en un Estado Social y Democrático de Derecho.

Financiamiento Solidario

Se requiere una reforma tributaria progresiva que combine impuestos generales y cotizaciones obligatorias mancomunadas en un fondo común. El financiamiento debe priorizar la APS por su efectividad y bajo costo. Debe garantizarse el derecho al reposo en salud, eliminando abusos y fortaleciendo la transparencia en el uso de recursos.



Miembros del Cabildo, Reunión marzo 2025

Gobernanza y Control Público

El Estado debe fortalecer su capacidad para fiscalizar actores públicos y privados, evaluar el desempeño del sistema, y garantizar equidad y acceso sin discriminación. Se necesita modernizar el gasto público, digitalizar procesos y asegurar trazabilidad financiera.

Se deben reforzar:

- **MINSAL:** rectoría del sistema.
- **ISP:** regulación de tecnologías sanitarias.
- **CENABAST:** compras estratégicas centralizadas.
- **FONASA:** Proveer al sistema de salud de fondos mancomunados, fiscalización del sector privado, regulación de aranceles y convenios.
- **Superintendencia de Salud:** calidad y no discriminación.

Además, debe avanzarse en implementar **criterios públicos** en la integración parcial de prestadores privados.

3. Modelo de Atención

Enfoque Territorial, Intercultural y Comunitario

El modelo se basa en una red territorial de salud, con una APS universal como eje central, enfocada en la continuidad de cuidados a lo largo del ciclo vital y curso de vida. Debe ser culturalmente pertinente y organizada por necesidades epidemiológicas poblacionales, no por especialidades.

Se propone:

- Fortalecer la resolutiveidad y la atención ambulatoria y domiciliaria.
- Incorporar tecnologías diagnósticas y terapéuticas en el primer nivel de atención.
- Descentralizar especialidades y descongestionar hospitales.
- Mejorar la coordinación entre niveles de atención y redes sociosanitarias.

Gestión de Información y Evaluación

La toma de decisiones debe basarse en evidencia territorializada y permanente. Se plantea:

- Ficha clínica electrónica interoperable en todos los niveles y sectores.
- Sistemas de información intersectoriales con datos cualitativos y cuantitativos.
- Evaluaciones constantes de políticas y programas sanitarios y sociales.

4. Elementos Clave del Modelo

- **Gobernanza descentralizada:** articulación efectiva entre niveles territoriales y sectores.
- **Empoderamiento comunitario:** participación activa, mecanismos de control social y respeto a saberes locales.
- **Enfoque centrado en personas:** equipos interdisciplinarios organizados según tipo de cuidado y contexto territorial.
- **Prevención y anticipación:** priorizar la promoción de la salud, prevención de enfermedades y trabajo territorial.
- **Gestión integrativa:** herramientas tecnológicas que garanticen continuidad de cuidados y calidad de servicios.
- **Financiamiento territorializado:** basado en riesgo ajustado por carga de enfermedad, pobreza o ruralidad, con incentivos por resultados y calidad.

5. Trabajadoras y Trabajadores de la Salud

Formación y Desarrollo Profesional

Es fundamental que el Estado asuma un rol en orientar las carreras de profesionales y técnicos conforme a los desafíos del país y las necesidades epidemiológicas; tanto en la formación como en la cantidad y tipo de carreras profesionales que, a su vez, permita alinearse con los principios del sistema de salud propuesto. Esto implica:

- Rediseñar los perfiles de egreso y planes de estudio según necesidades territoriales.
- Fortalecer prácticas en APS desde los primeros años del pregrado.
- Regionalizar la oferta formativa para mejorar la distribución del personal de salud.
- Revisar criterios de acreditación y autorización de carreras.
- Establecer una gobernanza interministerial entre Salud y Educación que coordine esta transformación, mediante una entidad pública pluridisciplinaria y de alto nivel.

En el mismo sentido, el Estado debe asumir un rol en la distribución de los Recursos Humanos, sobre todo de especialistas.

Condiciones Laborales y Protección del Personal

El personal de salud debe trabajar en entornos seguros y saludables. La pandemia reveló condiciones precarias y riesgos elevados, por lo que se debe:

- Revisar la Política Nacional de Recursos Humanos en Salud, incluyendo perspectiva de género.
- Fortalecer la prevención de riesgos psicosociales y físicos.
- Promover equilibrio entre desempeño, calidad del servicio y bienestar laboral.
- Implementar estrategias de cuidado, promoción y salud mental para el personal.

6. Conclusión

Esta propuesta plantea un cambio estructural hacia un sistema de salud universal, integrado y solidario, centrado en las personas, con participación de las comunidades y un Estado garante. Es hora de avanzar hacia un modelo que ponga el bienestar colectivo en el centro, con justicia social, equidad territorial y dignidad para todas las personas en Chile.

NOTAS PARA LA REFORMA: PODAR BUROCRACIA, ACERCAR A LAS PERSONAS

Antonio Infante Barros¹⁸

Este ensayo y propuestas surgen de mi experiencia personal, de haber vivido el sistema público de salud desde auxiliar técnico y luego como general de zona, becado y funcionario del nivel central del SNS, hasta ahora como directivo de un Servicio de Salud, habiendo pasado por distintas posiciones en el actual SNSS, en atención primaria, salud municipal y ministerio de salud.

No es nivel de reformas que me gustaría se implementaran, pero tendremos que esperar una mayoría parlamentaria significativa para alcanzar un seguro único con múltiples prestadores o un sistema gratuito financiado con impuestos generales.

Por ahora me concentraré en temas que me parece necesario reformar para contribuir al bienestar y calidad de vida de la población.

LA SITUACIÓN ACTUAL

En muchos diagnósticos sectoriales se hace énfasis en la fragmentación del sistema, atribuyéndola a las reformas implementadas por la Dictadura con la creación de los servicios de salud y la municipalización de la atención primaria. Sin embargo se dejan de lado fragmentaciones más recientes como las dos subsecretarías; los hospitales autogestionados y micro fragmentaciones producidas por iniciativas burocráticas al interior del ministerio de salud por numerosos "referentes programáticos" y sus respectivos compromisos de gestión.

Estas medidas han contribuido a que cada vez más el territorio donde habita la población quede más lejos de las preocupaciones de la gestión del sistema y que cada vez sea más difícil lograr un trabajo con otros sectores para así comprender integralmente la realidad en que vive y se desenvuelven las personas, sus familias y los diferentes grupos sociales.

A mi juicio el gran desafío para las reformas del sector es lograr fluidez en la resolución de problemas, considerando las condiciones específicas de la población y sus determinantes sociales.

¹⁸ Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Ex subsecretario de Salud

LAS REFORMAS PROPUESTAS

El eje de las reformas propuestas está en depurar la capacidad normativa del Ministerio de Salud, separándole las tareas ejecutivas y por otra parte en el área asistencial eliminar los servicios de salud para permitir un dialogo más cercano de las redes asistenciales con la población, facilitando así un abordaje integral y participativo centrado en el cuidado y mejoras en calidad de vida.

Deben separarse claramente la función normativa y reguladora, radicada en el Ministerio de Salud y sus dependencias, que constituyen la Autoridad Sanitaria y su representación regional en las secretarías ministeriales. El Ministerio y sus SEREMI deben estar plenamente informados de la realidad sanitaria del país y de la situación internacional. Sistemas de vigilancia y alerta; así como un sistema de información que permita escrutar al detalle la realidad sanitaria nacional, detectando inequidades y brechas de acceso.

En el ámbito de la ejecución, lo señalábamos anteriormente, se produjo la fragmentación del sistema y aparecieron los Servicios de Salud como los articuladores de la red asistencial compuesta por establecimientos de administración ministerial y la red primaria de administración municipal. De esa reforma soy muy crítico del rol de los Servicios de Salud, organizaciones burocráticas que intermedian y dificultan la relación entre los hospitales y la atención primaria y con ello restándole fluidez a la gestión clínica en el territorio. Esta propuesta propone un contacto directo entre esos mundos, terminando con los Servicios.

Como institución independiente y encargada de funciones ejecutivas y de gestión se propone crear el Servicio Nacional de Redes de Cuidados Integrales de Salud, encargado de implementar la política nacional de salud en el ámbito local, lo que demandará vincularse estrechamente con las autoridades del territorio donde se desempeñe cada red. Este conjunto de redes locales reemplazará a los actuales Servicio de Salud.

Tendrá que desarrollarse un sistema de información con portabilidad garantizada, que permita que en cualquier punto del país se pueda acceder a los principales antecedentes clínicos de las personas, con los debidos resguardos de confidencialidad.

LA RED LOCAL DE CUIDADOS INTEGRALES EN SALUD

La Red local estará constituida por el Hospital Complejo del territorio y el conjunto de establecimientos y dispositivos que se relacionan con éste. Se tendrán que mantener algunas diferencias en los niveles de complejidad entre los hospitales optimizando así los recursos tecnológicos y humanos, generando mapas de derivación semejantes a los que existen actualmente.

Para garantizar el vínculo con la población deberá existir un Consejo con la participación de los alcaldes del territorio; representantes de la comunidad y de los trabajadores, en que el Director del Hospital o alguien representativo del Consejo actuará como secretario ejecutivo.

El concepto de cuidado integral demanda que esa organización tenga fuerte presencia en el nivel local, preocupándose del bienestar de los vecinos, sus familias y la participación de sus organizaciones como también de otros sectores como educación y trabajo.

Muchas de las tareas ejecutivas y fiscalizadoras actualmente radicadas en la SEREMI deberán transferirse a este espacio local, ya sea administradas por la red de cuidados integrales (ej: promoción) o por dependencias especializadas del ámbito local. (ej: contaminación u otros).

En el ámbito asistencial se garantizará el contacto estrecho entre el hospital y sus dispositivos sin intermediaciones burocráticas. Las autoridades de los diferentes establecimientos se seleccionarán a partir de concursos públicos decididos por el Consejo de la Red.

El énfasis en las Redes de Cuidado Integral estará en la atención primaria de salud, ejecutando ahí la intersectorialidad y el cuidado integral de la población. Para prestigiar esa instancia resolutoria habrá que modernizar su cartera de prestaciones, facilitando participación y cuidados domiciliarios y por otra parte una dotación de equipos y tecnologías que permitan resolver allí la mayor parte de las demandas de la población.

Es probable que la Red de Cuidados haga innecesaria la administración municipal de establecimientos ya que los intereses locales estarían representados en el Consejo. Eso facilitaría además que los funcionarios tuvieran el mismo régimen de administración, agregando flexibilidad y posibilidades de mayor movilidad entre las diferentes redes.

Esta organización propuesta para el ámbito público podría tener un equivalente privado, sin fines de lucro, que administrara su propia red y que pudiera afiliar población beneficiaria del seguro público, que se sintiera más cómoda en ese ámbito. Esta red privada tendría que hacerse responsable del cuidado integral de sus afiliados, con indicadores de desempeño auditables iguales a los exigidos en la red pública. Esto implicará que la red privada tenga población a cargo, terminándose con alternativas semejantes a lo que hoy es la libre elección de prestadores individuales.

El financiamiento de estas redes públicas o privadas se haría a través de un per cápita ajustado por variables geográficas y de vulnerabilidad de la población adscrita a cada una de ellas.

LOS FUNCIONARIOS DE LAS REDES Y SU REGIMEN CONTRACTUAL

Este es tal vez el punto más delicado para resolver y surgen varias alternativas. Código de trabajo; estatuto administrativo o las actuales leyes y estatutos.

La fragmentación actual dificulta mucho la movilidad de los trabajadores, entre el nivel municipal y ministerial; entre distintos servicios de salud o entre la administración central y la descentralizada. También el concepto de carrera funcionaria no conversa con el código del trabajo.

A mi juicio creo importante el concepto de carrera funcionaria y debería ser posible que esta se desarrollara con posibilidad de moverse entre cualquiera de las Redes de Cuidado Integral.

El mundo municipal tiene un estatuto ordenador pero que es particular para cada municipio. La red pública está regida por tres leyes: la 18834 la mayoría de los funcionarios; la 19664 la mayoría de los médicos y la 15076 para los médicos que hacen turnos. ¿Tiene sentido tener estas tres modalidades contractuales? Hay algún nivel de privilegios en una respecto a las otras?.

Personalmente me inclinaría por una modalidad contractual única a nivel nacional, que permitiera al igual que hoy hacer distinciones transitorias por niveles de responsabilidad; competencias; lugares y horarios de desempeño y otras que surgieran. Eso facilitaría la capacidad de gestión abriendo la posibilidad de manejos más agregados de la gestión de personal y remuneraciones.

El boceto de reforma planteado obliga a resolver temas pendientes e importantes que tendrán que analizarse antes de su implementación. Cuál será el nivel de autonomía de cada Red y su relación con el Servicio Nacional de Redes de Cuidados Integrales en Salud; donde se sancionarán las prioridades de inversión en equipos o infraestructura; como se integrarán las redes locales al trabajo de la Gobernación y su nivel de participación en el Gobierno Regional.

En síntesis la tarea será desmontar un aparato burocrático público de salud para recuperar un sistema nacional que pase de la atención al cuidado integral; del hospitalocentrismo al protagonismo de la actividad sanitaria en el territorio. Esa organización la compondrán funcionarios con un régimen contractual común adaptado a sus competencias y a la realidad local, con capacidad para circular entre los diferentes niveles manteniendo su carrera funcionaria.

PROPUESTA DE UN INDICE DE HUMANIZACIÓN PARA MEJORAR LAS MEDICIONES DE SATISFACCIÓN USUARIA Y BIENESTAR EN LA APS

Julio Sarmiento M.

Resumen:

Este artículo analiza la evolución de la humanización y satisfacción usuaria en las políticas de salud chilenas, identificando avances normativos (Plan AUGE, Ley 20.646) y limitaciones persistentes en su medición. A través de una revisión crítica, se evidencia que los instrumentos actuales (ej.: MESU) privilegian indicadores cuantitativos, omitiendo dimensiones clave como empatía, participación y equidad. Como propuesta innovadora, se desarrolla un **Índice de Humanización en APS** con cuatro dimensiones interrelacionadas: (1) trato digno, (2) autonomía del usuario, (3) entornos físicos/emocionales, y (4) accesibilidad para grupos vulnerables, alineado con los ODS 3 y 10. Este índice -diseñado para integrarse al Barómetro del Bienestar de APROB- supera las actuales brechas metodológicas mediante: (i) enfoque mixto (cuali-cuantitativo), (ii) inclusión de actores múltiples (usuarios, equipos de salud), y (iii) vinculación explícita con derechos humanos. Los hallazgos subrayan que la calidad en salud requiere trascender paradigmas tecnocráticos, institucionalizando la dignidad como eje central de evaluación y gestión. El estudio aporta un marco aplicable a sistemas de salud latinoamericanos que busquen equilibrar eficiencia técnica y justicia social.

Palabras clave: Humanización, satisfacción usuaria, políticas públicas, APS, bienestar colectivo.

Introducción:

La humanización en salud emerge hace unas décadas como un enfoque clave para evaluar sistemas sanitarios no solo por su eficiencia técnica, sino por su capacidad de garantizar dignidad y autonomía a los usuarios (Zarco & Ramasco, 2018). La satisfacción usuaria, por su parte, deviene intentos también recientes por orientar la gestión de salud a las expectativas médicas y no médicas de las personas que hacen uso de los servicios, respecto a la calidad, accesibilidad y aceptabilidad de estos, y reimpulsada los últimos años como una estrategia para el acceso y cobertura universal, en particular en la atención primaria de salud como primer nivel de atención y puerta de entrada al sistema de salud.

La satisfacción usuaria se centra en la percepción del paciente sobre la calidad del servicio recibido, mientras que la humanización de la atención busca garantizar un trato digno, empático y personalizado. Podría entenderse como un tema solo de

“buenos modales” pero va más allá de eso, propiciando un cambio estructural en la relación médico paciente, el usuario de salud no es visto como un “paciente” que simplemente recibe atención, sino como un sujeto con autonomía y capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud, opinante e incidente respecto de los servicios que recibe. Este enfoque transforma la relación jerárquica tradicional en una colaborativa, donde la dignidad y la comunicación son aspectos importantes, junto con la oportunidad como pilar fundamental (1)

La incorporación de los conceptos de satisfacción y humanización a las políticas públicas de salud en Chile ha sido gradual, marcada por hitos como el Plan AUGE y la ley 20.646 conocida como Ley de Trato al Usuario, entre otros, pero también por limitaciones persistentes.

Este artículo busca aportar al “barómetro del bienestar” mediante un análisis crítico de esta evolución, proponiendo indicadores que superen la dicotomía entre calidad técnica y calidez humana.

Evolución de la satisfacción y humanización en las políticas de salud

La incorporación de la satisfacción usuaria y la humanización en las políticas públicas de salud en Chile ha experimentado una evolución significativa desde la década de 1990. De vuelta a la democracia, las políticas de salud se centraron en fortalecer el sistema público, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y consolidar el sistema privado de Isapres, sentando las bases para mejorar la accesibilidad, aunque la satisfacción usuaria aún no era un eje central. El consenso neoliberal que marcó la transición desde la dictadura hacia los gobiernos de la concertación se expresó en la incorporación de herramientas del mundo privado a la gestión pública a través de los procesos de Modernización del Estado, junto con la focalización en las necesidades de la población más vulnerable, los convenios de desempeño como mecanismo de transferencia de recursos condicionada al cumplimiento de metas definidas a nivel central y la orientación al cliente, que coloca a la persona en calidad de receptor de servicio que otros identifican y ofrecen (2).

Durante los años posteriores al 2000, la reforma de salud fue un hito con la implementación del **Plan AUGE** en 2005, al garantizar acceso a tratamientos con estándares de calidad y tiempos definidos, lo que, si bien no explicitaba la humanización ni la satisfacción como objetivo, si avanzó hacia un enfoque más centrado en las necesidades específicas de los pacientes desde una perspectiva de derechos (3) La satisfacción usuaria ha sido un indicador clave para evaluar el impacto y eficacia del anterior AUGE y **actual GES**, basado en la premisa de que garantizar acceso oportuno, cobertura, protección financiera y calidad a la atención de patologías prioritarias debe traducirse en una mejor percepción por parte de los usuarios. Según el Estudio de Percepciones de Afiliados GES/AUGE el 73% de los usuarios

se sintió satisfecho con su Isapre al acceder a estas garantías, destacando la cobertura de patologías como hipertensión (16%) y diabetes (11%), el 65% de los usuarios expresó satisfacción con los tiempos de espera para especialistas, y el 79% con la calidad de la atención médica. Este estudio también revela que el grupo socioeconómico C1, con acceso al sistema privado y mayor poder adquisitivo mostró mayor insatisfacción, sugiriendo que las expectativas varían según nivel educacional, acceso a información y capacidad de respuesta autónoma (4). Esto no es el único caso donde la evaluación sistemática de la satisfacción —mediante herramientas como encuestas CSAT o Likert— ha sido instrumental para validar el éxito de ciertos modelos y guiar reformas. (5)

En la década del 2010, se fortalecieron las **unidades de satisfacción usuaria** en hospitales públicos y se promovió la participación ciudadana en la evaluación de servicios, integrando la humanización como estrategia para mejorar la calidad de la atención. Uno de los hitos principales de este periodo fue **La Ley N° 20.584 sobre Derechos y Deberes de las Personas en Salud**, promulgada en Chile en 2012, que surgió en un contexto de creciente demanda por una atención sanitaria más respetuosa, transparente y centrada en la dignidad de las personas. Esta ley —inspirada en principios internacionales de bioética y derechos humanos— estableció un marco jurídico que garantiza el derecho a la información, la autonomía en la toma de decisiones, la confidencialidad y el trato digno, vinculando directamente la humanización con el ejercicio efectivo de derechos (6). En cuanto a la satisfacción usuaria, la ley institucionalizó mecanismos de participación y reclamo, reconociendo que la calidad percibida por los usuarios depende no solo de la resolución técnica de sus problemas de salud, sino también del respeto a su autonomía y del trato empático recibido (7). Esto incluyó capacitaciones en empatía y trato digno para el personal de salud, reflejando un cambio de énfasis mucho más concreto hacia una atención más personalizada e instrumentos de evaluación y gestión ya definidos para abordarla (6).

En este periodo también destaca la **Ley 20.646 (Ley de Trato al Usuario)**, promulgada también en 2012, que otorga una asignación asociada al mejoramiento de trato a los usuarios para los funcionarios pertenecientes a las plantas de técnicos, administrativos y auxiliares de los establecimientos de los servicios de salud. Este instrumento faculta a la ciudadanía a evaluar la calidad de la atención que recibe en el sistema público, y definir estímulos acordes para los trabajadores, lo que se lleva a la práctica a través de una evaluación anual, que define tramos para los establecimientos, con montos diferenciados según el resultado de la evaluación, que después se traducen en una bonificación para sus trabajadores. Tras más de una década de su implementación la Superintendencia de Salud ha señalado que: si bien la Ley 20.646 incentivó mejoras en el trato al usuario mediante estímulos remunerativos, su enfoque en metas cuantitativas ha generado tensiones gremiales, priorizando la evaluación sobre aspectos cualitativos

como el bienestar laboral de los equipos de salud, además genera diferencias entre zonas urbanas y rurales. (9). Se hace evidente que las encuestas no son suficiente para conseguir una mejora en el trato a las personas y la inequidad ocurre producto de las desiguales condiciones que tienen los centros de salud para mejorar las condiciones físicas y laborales, que se expresan en mayor dignidad para quienes reciben servicios de salud.

La Confederación de Funcionarios de la Atención Primaria Municipal (CONFUSAM) denuncian que la presión por cumplir metas afecta negativamente la salud mental y física de los trabajadores, especialmente tras la pandemia, que se tiende a priorizar el cumplimiento de aspectos cuantitativos, en detrimento de una mejora integral de la atención y finalmente que los establecimientos con mejores resultados en las encuestas reciben mayores recursos, lo que puede profundizar las desigualdades entre centros de alta y baja complejidad, muy similar a la opinión de la Superintendencia.

En la actual década, la **digitalización de servicios** y la **telemedicina** han transformado la experiencia usuaria, planteando nuevos desafíos para mantener la humanización en los entornos virtuales. A pesar de los avances de la tecnología para entregar acceso a atención de salud en formatos innovadores, persisten brechas en equidad y calidad, especialmente en la tensión entre metas cuantitativas y la atención integral (10). Como señala un informe reciente del MINSAL, la humanización requiere no solo tecnología, sino también políticas que prioricen la dignidad del usuario en todos los niveles del sistema, la telemedicina por ejemplo, exige garantizar calidez en la comunicación digital, evitar la fragmentación del cuidado y asegurar que la tecnología no profundice brechas en poblaciones vulnerables (11).

El **Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)** más conocido como **Modelo Familiar**, a través de sus orientaciones técnicas y desde los inicios de su implementación, ha venido consolidando el entendimiento de que el paciente no está aislado ni es un ente pasivo, sino que, por el contrario, pertenece a un entorno familiar que también debe ser considerado en el proceso de atención, con sus propias dinámicas relacionales y emocionales. Junto con ello ha operacionalizado mediante estrategias, metas e indicadores aspectos como: la atención integral, el acompañamiento y corresponsabilidad de los equipos clínicos, el enfoque centrado en las personas, la promoción de la participación social y comunitaria y la búsqueda de equidad de género e integración de la población migrante (12).

La **Universalización de la Atención Primaria de Salud** refuerza este enfoque desde su incorporación como estrategia de gobierno desde el año 2022, y propone dentro de sus ejes, la gestión de la experiencia usuaria mediante un modelo de mejoramiento de la satisfacción usuaria que se oriente al trato digno, informado y las mejoras de los servicios. A través de este programa se promueve que las comunas elaboren un plan

de gestión de la experiencia usuaria que contribuya al objetivo de facilitar el acceso a servicios esenciales de APS reduciendo barreras geográficas y organizacionales para la población de los territorios donde se implemente. Con ello se pretende avanzar en que el acceso no sea solo cobertura poblacional, sino también calidad humana en la interacción paciente-profesional (13).

La humanización y la satisfacción usuaria, desde el AUGÉ hasta la telemedicina, nos propone que cada avance técnico debe ir acompañado de una mirada ética que ponga al usuario en el centro. Hoy, tenemos que seguir avanzando en estudios sobre dignidad y respeto a las personas, en los servicios que otorga el equipo de salud, incorporando las nuevas tecnologías, como un instrumento que favorece el diálogo y la oportunidad de la atención. La tensión no está entre medir satisfacción y nuevas tecnologías. En esta línea, el MINSAL ha impulsado la **Estrategia de Humanización en Atención Primaria de Salud (APS) 2023-2030**, que establece un marco integral para vincular la humanización con la satisfacción usuaria, reconociendo que esta última no depende solo de la eficiencia técnica, sino de dimensiones relacionales y estructurales (11).

El enfoque de esta estrategia está en la relación clínica empática, promoviendo la formación habilidades relacionales y comunicacionales (ej.: escucha activa, lenguaje claro) para equipos de salud, basada en evidencia de que la empatía explica hasta el 40% de la variabilidad en satisfacción usuaria, además que institucionaliza espacios donde pacientes y familias participan en el diseño de protocolos (ej.: horarios de atención, flujos de derivación). La estrategia impulsa remodelaciones en consultorios para incluir áreas de espera con luz natural y privacidad, replicando evidencia de que el ambiente físico explica el 18% de la satisfacción en APS. Además, incluye estándares para evitar prácticas paternalistas, alineándose con estudios que muestran que usuarios valoran más la autonomía en decisiones de salud que la rapidez de la atención (6).

La discusión sobre medición de la humanización y la satisfacción usuaria

La satisfacción usuaria medida mediante indicadores estandarizados suele omitir dimensiones clave de la humanización, como la empatía o el respeto al tiempo del paciente. Esto revela una brecha entre lo que el sistema mide y lo que los usuarios realmente valoran. (9). La humanización no es un módulo añadido al sistema, sino una lógica transversal, como muestra el Modelo de Salud Familiar, desde cómo se diseña una sala de espera hasta cómo se toman las decisiones clínicas (8). Medir la humanización con métricas rígidas puede vaciarla de sentido. ¿Cómo capturar entonces en una encuesta el valor de una mirada comprensiva o el tiempo dedicado a escuchar? (10) El Modelo de Salud Familiar ofrece un camino al integrar el entorno

social del paciente, sin embargo, se requieren indicadores que capturen otras dimensiones cualitativas (ej.: tiempo de escucha activa, respeto a decisiones informadas, etc.) y políticas que vinculen humanización con el bienestar laboral. Humanizar es democratizar la relación equipo de salud-paciente, lo que exige capacitación continua y participación ciudadana en el diseño de servicios (8).

En cuanto a indicadores, la **Estrategia de Humanización en Atención Primaria de Salud (APS) 2023-2030** avanza en proponer una combinación de métricas cuantitativas (ej.: tiempos de espera) con indicadores cualitativos como: el Índice de Confianza, que mide la seguridad percibida por usuarios y la Escala de Dignidad, que evalúa si el trato respeta derechos y autonomía, aspecto crítico para poblaciones vulnerables (adultos mayores, migrantes, etc.). Con ello, la Estrategia de Humanización ofrece un modelo pionero para articular satisfacción usuaria y humanización mediante acciones concretas como la formación y diseño de espacios “amigables” mediante remodelaciones en consultorios para incluir áreas de espera con luz natural y privacidad, mecanismos participativos que empoderan a usuarios e indicadores multidimensionales que captan lo técnico y lo humano. (12).

El concepto de **Barómetro del Bienestar** surge como una herramienta para medir y monitorear indicadores multidimensionales que impactan la calidad de vida y la percepción de los actores en sistemas sociales, incluyendo el ámbito sanitario. Su origen se vincula a iniciativas internacionales como el Barómetro Internacional de la Salud y el Bienestar del Personal Educativo (I-BEST), coordinado por la Red Educación y Solidaridad, que recopila datos sobre salud laboral y satisfacción para impulsar políticas públicas. En salud, este enfoque se adapta para evaluar no solo resultados clínicos, sino también factores como el trato humano, las condiciones laborales del personal y la equidad en el acceso. (15).

El barómetro del bienestar integra la satisfacción usuaria como un componente clave, pero amplía su alcance más allá de métricas tradicionales (ej.: tiempos de espera o infraestructura). Por ejemplo, con Indicadores híbridos que combinan encuestas cuantitativas como la Encuesta de Medición de Satisfacción Usuaria (MESU) en Chile (14) con dimensiones cualitativas (empatía, seguridad percibida), y enfoque sistémico, relacionándolo con la calidad percibida y las interacciones humanizadas, como la comunicación empática. Las actividades culturales o espacios diseñados para pacientes como por ejemplo salas de lectura, mejoran el bienestar integral y refuerzan la percepción de trato digno. (16) Además se debe considerar la participación activa, promoviendo la corresponsabilidad entre usuarios, profesionales e instituciones, alineándose con modelos deliberativos de relación equipo de salud-paciente. Finalmente, la escala de Tanahashi es un modelo que plantea 5 niveles que aportan en la humanización respecto a la posibilidad de que las personas accedan a una

cobertura efectiva, Estos son: 1). disponibilidad de servicios, 2). accesibilidad, 3). aceptabilidad, 4) uso y 5). continuidad del contacto (17)

La medición de la satisfacción usuaria en Chile enfrenta importantes limitaciones metodológicas y estructurales que dificultan su capacidad para reflejar verdaderamente la calidad de la atención. Desde el punto de vista metodológico, la subjetividad de las percepciones individuales, la falta de estandarización en los instrumentos de evaluación y problemas de representatividad (como la exclusión de poblaciones rurales o con menor acceso digital) sesgan los resultados. Estructuralmente, existe una desconexión entre los indicadores de satisfacción y los resultados clínicos, un enfoque fragmentado que no integra dimensiones clave como el bienestar laboral de los equipos de salud, y una priorización de metas administrativas (ej.: cumplimiento de encuestas) sobre mejoras sustantivas. En el contexto chileno, estas limitaciones se agravan por las desigualdades en el acceso a la salud, un énfasis excesivo en indicadores cuantitativos (ej.: tiempos de espera) que invisibilizan aspectos cualitativos como la empatía, y una brecha entre la recolección de datos y su aplicación en la gestión.

Desde una perspectiva de derechos y equidad, persisten desafíos críticos: la falta de inclusión de grupos vulnerables en el diseño de las mediciones, la participación limitada de los usuarios en la toma de decisiones y recursos insuficientes para implementar cambios basados en los hallazgos.

La propuesta de crear un **"Índice de Humanización en APS"** como aporte al Barómetro del Bienestar de APROB es una iniciativa estratégica que busca operacionalizar los principios de humanización en la Atención Primaria de Salud (APS), alineándolos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU. A continuación se propone el Índice de Humanización en APS como un instrumento de medición que evalúa cuán humanizados están los servicios de APS, considerando dimensiones como:

- **Cobertura efectiva:** cobertura efectiva de servicios (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, uso y continuidad)
- **Dignidad y buen trato:** Comunicación respetuosa, escucha activa, empatía y personalización de la atención.
- **Participación del usuario:** Involucramiento en decisiones sobre su salud (autonomía).
- **Entornos físicos y emocionales:** Infraestructura acogedora, privacidad y seguridad percibida.
- **Equidad:** Acceso sin discriminación a grupos vulnerables (adultos mayores, migrantes, población vulnerable, sectores rurales etc.).

Con este índice desde APROB se propone coadyuvar a la medición del bienestar en salud más allá de lo económico, integrando datos duros (ej.: cobertura de servicios), con datos subjetivos (ej.: percepción de dignidad en la atención). El Índice de Humanización sería un componente clave de este barómetro, aportando métricas cualitativas: con enfoque de derechos vinculados a la Ley 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes. Un instrumento de medición que evalúe cuán humanizados están los servicios de APS se alinea con el Objetivo de Desarrollo Sustentable (ODS) 3 (Salud y Bienestar), en particular con su meta 3.8: "Cobertura universal en salud, incluida la protección de riesgos financieros y el acceso a servicios de calidad", aportando en que la "calidad" no sea solo técnica, sino también humana (ej.: trato respetuoso a personas con discapacidad). También con el ODS 10 (Reducción de desigualdades), y su meta "Promover la inclusión social, económica y política de todos", al evaluar si los servicios de APS son culturalmente pertinentes para poblaciones indígenas o migrantes. Esto permitiría corregir las limitaciones de las encuestas tradicionales como el MESU) al Incorporar voces diversas, que no sean solo los usuarios, sino también los equipos de salud (ej.: ¿tienen tiempo para atender con calidez?), al mismo tiempo medir procesos y no solo resultados: Ej.: ¿Existen espacios para feedback continuo de los pacientes? Y, finalmente, posibilitar que los resultados puedan usarse para asignar recursos a comunas con bajos puntajes en humanización.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio permiten concluir que, si bien Chile ha avanzado significativamente en la incorporación de la humanización y satisfacción usuaria en sus políticas de salud -evidenciado en hitos como el Plan AUGE, las leyes 20.584 y 20.646 y la Estrategia de Humanización en APS 2023-2030-, persisten desafíos estructurales que limitan su impacto real. En primer lugar, se observa una contradicción fundamental entre los intentos por humanizar la atención y la persistencia de sistemas de evaluación reduccionistas que privilegian indicadores cuantitativos y administrativos sobre aspectos cualitativos como la empatía o el respeto a la autonomía del paciente. Esto se manifiesta claramente en la Ley de Trato al Usuario, que terminó transformando la humanización en un indicador remunerable, generando distorsiones en el sistema.

En segundo lugar, el estudio revela que las actuales mediciones de satisfacción usuaria adolecen de limitaciones metodológicas importantes: instrumentos estandarizados que no capturan dimensiones clave de la experiencia del usuario, falta de representatividad de poblaciones vulnerables, y una desconexión entre los resultados obtenidos y su aplicación en la mejora continua de los servicios. A esto se suman brechas estructurales como la inequidad en la distribución de recursos (basada en desempeño más que en necesidad), condiciones laborales precarias que dificultan una atención humanizada, y falta de participación genuina de usuarios y comunidades.

Frente a este escenario, el estudio propone tres líneas de acción fundamentales:

1. **Desarrollar sistemas de evaluación integrales** que combinen indicadores cuantitativos y cualitativos, destacando la propuesta de un Índice de Humanización en APS con cuatro dimensiones interrelacionadas (trato digno, participación, entornos adecuados y equidad).
2. **Fortalecer el enfoque de derechos y determinantes sociales**, asegurando que las políticas de humanización consideren las desigualdades estructurales y promuevan la autonomía y participación activa de los usuarios, particularmente de grupos vulnerables.
3. **Invertir en condiciones habilitantes**, incluyendo mejoras en infraestructura, tecnologías que faciliten la humanización (especialmente en telemedicina), y especialmente en el bienestar laboral de los equipos de salud, reconociendo que no puede haber atención humanizada sin trabajadores valorados y en condiciones dignas.

La experiencia chilena demuestra que la verdadera humanización en salud requiere trascender las mediciones superficiales para instalar un cambio cultural profundo que ponga la dignidad humana en el centro del sistema. Esto implica superar la tensión entre eficiencia técnica y calidez humana, integrando ambos aspectos en políticas públicas basadas en evidencia y con participación comunitaria. Solo así podrá lograrse una APS verdaderamente universal, no solo en cobertura sino en calidad humana.

Referencias

1. Zarco, J. (2018). *Humanización de la Asistencia Sanitaria*. Fundación Humans.
2. Ministerio de Salud (MINSAL). *Historia de las reformas sanitarias en Chile 1990-2000*. Santiago: MINSAL; 2010
3. Superintendencia de Salud. *Evaluación del Plan AUGE: Impacto en acceso y percepción usuaria*. Santiago: Superintendencia de Salud; 2015.
4. Ministerio de Salud, Chile. *Estudio de Percepciones de Afiliados GES/AUGE*. 2016. Disponible en: <http://www.isapre.cl>
5. Beetrack. *Escalas de satisfacción CSAT y Likert*. 2023. Disponible en: <https://www.beetrack.com/es/blog/escala-de-satisfaccion-de-clientes>
6. Ministerio de Salud de Chile. *Ley N° 20.584: Regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*. Diario Oficial de la República de Chile; 2012.
7. Beca IE, Astete CS. *Derechos de los pacientes: una mirada desde la ley 20.584*. *Rev Méd Chile*. 2014;142(6):786-791. doi:10.4067/S0034-98872014000600014.
8. Zarco J, Ramasco M. *Humanización en salud: De la teoría a la práctica en contextos públicos*. *Rev Méd Chile*. 2018;146(5):645-652

9. Superintendencia de Salud. Informes de Evaluación de la Ley 20.646. Superintendencia de Salud; 2015-2023. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl>
10. Lamouret G, García-Nieto MT. Dilemas de la satisfacción usuaria en la era digital: Evidencia desde Chile. *Doxa Comunicación*. 2020;30:187-210
11. Ministerio de Salud (MINSAL). Estrategia de Humanización en Atención Primaria 2023-2030. Santiago: MINSAL; 2023. Disponible en: <https://www.minsal.cl>
12. Ministerio de Salud (MINSAL). Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. MINSAL; 2024.
13. Ministerio de Salud (MINSAL). Programa de Universalización de la Atención Primaria de Salud. MINSAL; 2024. Disponible en: <https://www.minsal.cl>
14. Superintendencia de salud MESU 2024 disponible en [Resultados MESU 2024](#)
15. Red Educación y Solidaridad. Barómetro Internacional de la Salud y el Bienestar del Personal Educativo. 2023
16. Hospital La Princesa. *Proyecto HumanizARTE: Arte y Bienestar en Entornos Hospitalarios. 2024
17. Hirmas Aduy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):223–229.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Agradecimientos: A la Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB) por fomentar espacios de reflexión crítica sobre sistemas de salud.

INGRESOS, SALUD Y ENTORNO SOCIAL: DETERMINANTES DEL BIENESTAR (análisis de la ENCAVI)

Rafael Urriola¹⁹ – Carolina Guerra²⁰

ANTECEDENTES

APROB ha estado desarrollando indicadores de bienestar en diversas áreas para determinar las variables relevantes y, como corolario, los elementos centrales para políticas públicas que conduzcan a mejorar el bienestar de la población. Asimismo, los conceptos de bienestar, calidad de vida, buen vivir y otros similares tienden a converger en estas investigaciones. De su parte, en la segunda quincena de agosto de 2025 el ministerio de Salud dio a conocer los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida (ENCAVI) correspondiente a 2023-2024 (la anterior entrega se realizó en 2015-2016) que permite confrontar las hipótesis de estudios recientes en que se identificaban variables significativas de bienestar.

OBJETIVOS

En este artículo se hace un primer análisis de la encuesta ENCAVI basado en los conceptos de bienestar que inspiran a esta publicación y a APROB, en general. EL marco específico se encuentra en Urriola (2025)²¹. En general se postulaba que el bienestar en una de sus dimensiones (“*lo que hace bien*”) tenía tres componentes principales: los ingresos, el estado de salud y el sentimiento de apoyo del entorno como contraparte del sentimiento de soledad o aislamiento.²²

Intuitivamente, colaboran hacia un mejor bienestar el contar con ingresos suficientes, tener bueno o excelente estado de salud, y un entorno familiar y vecinal acogedor. Las encuestas ENCAVI permiten confrontar esta(s) hipótesis ya que hay suficientes preguntas que incluyen tales variables y que pueden ser confrontadas con la autopercepción de bienestar o calidad de vida²³.

¹⁹ Economista de la Salud. Presidente APROB.

²⁰ Doctora en sociología, Italia. Coordinadora Area Salud de APROB

²¹ Urriola R. (2025). Medir bienestar subjetivo en Chile: marco conceptual y teórico En revista Sistemas de salud y bienestar colectivo No 5 APROB, Chile, enero de 2025 <https://aprobienestar.cl/wp-content/uploads/2025/01/202501-REVISTA-SISTEMAS-DE-SALUD-Y-BIENESTAR-COLECTIVO-ENERO-2025.pdf>

²² Las otras dos dimensiones incluían a) “*lo que nos hace mal*” (temores e inseguridades) y comprendían el miedo a quedarse cesante; el de enfermarse sin ser atendido; el de envejecer sin ingresos suficientes y el de la inseguridad ciudadana; y, b) las expectativas de su propia vida, la de la familia y la del país en 5 años (perspectiva eudaimónica).

²³ En el Informe ENCAVI son usados como sinónimos.

Metodología

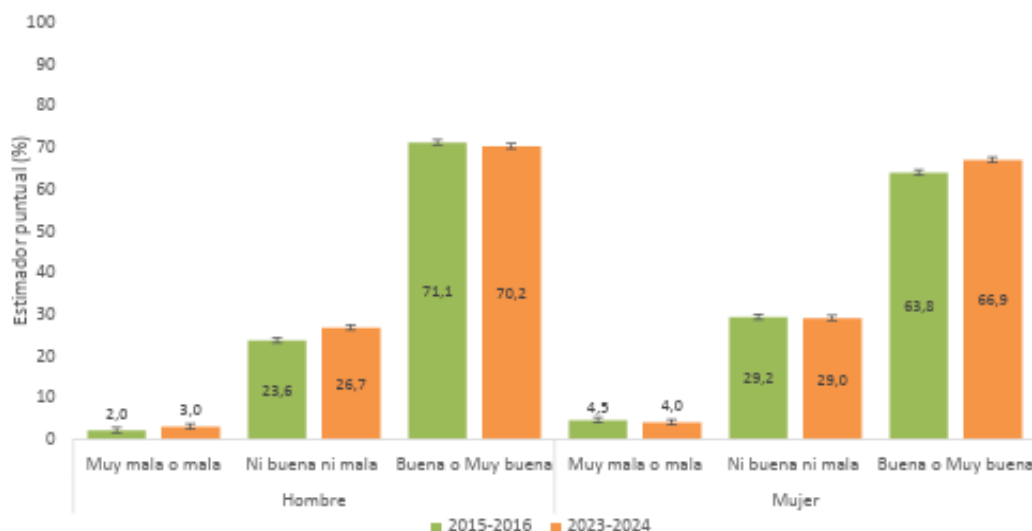
En la primera parte se han seleccionado las variables relevantes de cada aspecto a examinar usando esencialmente herramientas descriptivas a partir de los resultados que el MINSAL ha entregado en este mes. En la segunda parte se ha usado un modelo de regresión logística generalizado (GLM), para evaluar la importancia de las variables propias del bienestar comparándola con otras variables que influyen en las respuestas de las personas entrevistadas.

I. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

El Informe de la ENCAVI 2023 - 2024 (MINSAL, 2025²⁴) señala que no hay diferencias significativas en los resultados globales de ambas encuestas (la de 2016 y la de 2024) entre quienes perciben su calidad de vida como “buena o muy buena” (los guarismos se mantienen en 68% en estas respuestas) y, para quienes opinan que su situación es “ni buena ni mala” el valor se sitúa en ambos períodos en torno a 27%.

Respecto de la percepción general con la satisfacción con la vida aumenta levemente respecto de la medición anterior en mujeres, pero disminuye, también levemente, en hombres.

Gráfico 1. Satisfacción con la vida



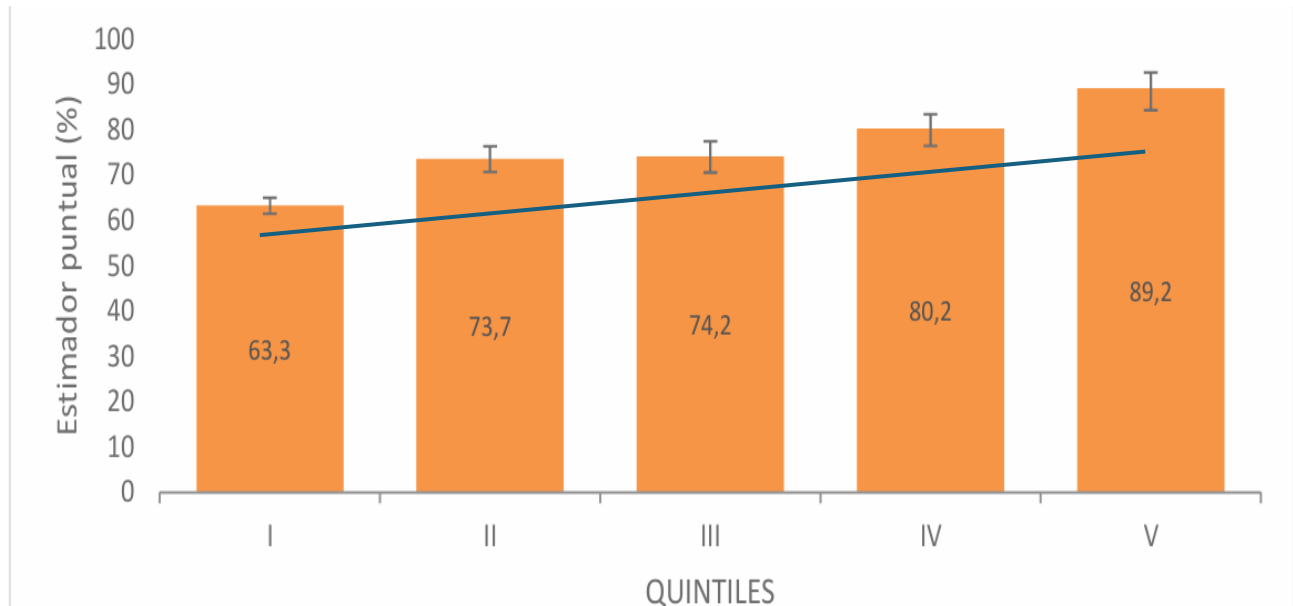
Fuente: MINSAL (2025)

²⁴ MINSAL (2025) Informe de principales resultados. Cuarta versión de la encuesta de calidad de vida y salud (ENCAVI) 2023 – 2024.

Para el análisis que permite evaluar el bienestar y los predictores mencionados relacionados a ingresos, percepción de la salud y relación u apoyo del entorno, se utiliza la variable de resultado “satisfacción con la vida”.

No obstante, esta percepción varía cuando se clasifica según quintiles de ingreso.

Gráfico 2. Personas que califican su calidad de vida como buena o muy buena según quintil de ingresos

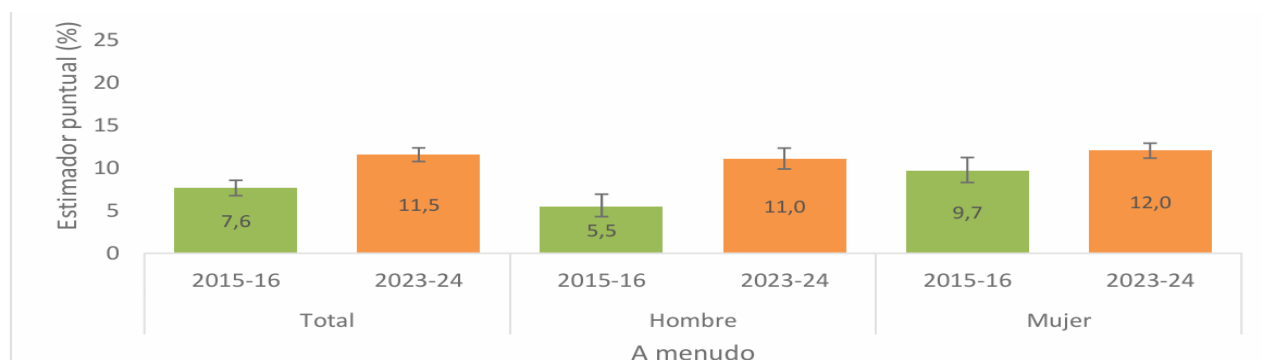


Fuente MINSAL (2025)

En efecto, la pendiente es notoria, alertando desde ya, que los ingresos son un componente central de la calidad de vida de las personas y, por tanto, de los hogares. Entre las diferentes dimensiones de la autopercepción de bienestar con nota 1 a 7 es el dinero que obtiene la peor calificación situándose en un 4,7. Es decir, es más baja que en otras variables mostrando que es una carencia mayor.

La ENCAVI aplicó la Escala de aislamiento UCLA (Universidad de California de Los Angeles) entre ellas la pregunta *¿Dígame cuan a menudo se siente de esta manera?*, para la frase “*Siente que le falta compañía*”. Se observa en el gráfico 3 un aumento estadísticamente significativo en la cantidad de gente que contesta la opción “a menudo” entre ambas versiones de la ENCAVI, y no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres.

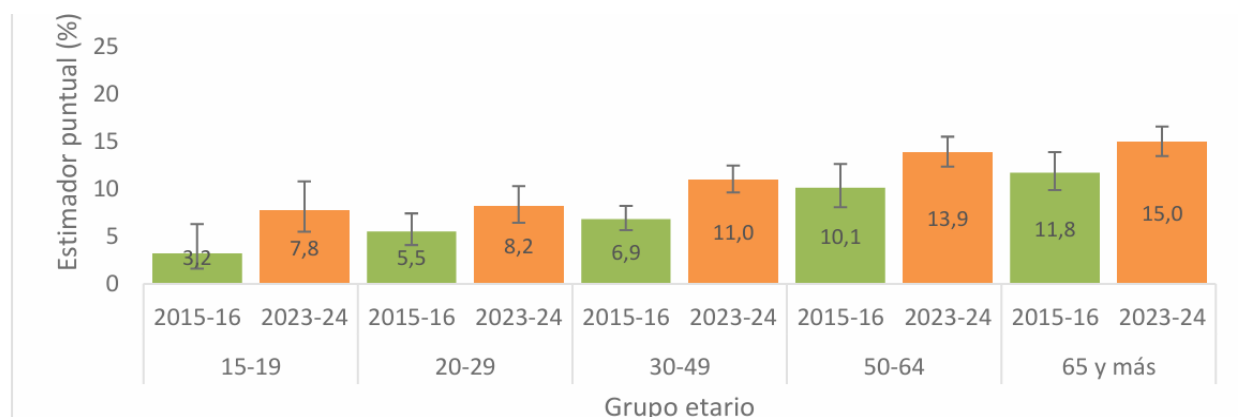
Gráfico 3. Proporción de personas que a menudo sienten falta de compañía



Fuente: MINSAL (2025)

Llama la atención que este sentimiento de aislamiento que predominaba entre las personas mayores se ha visto incrementado especialmente entre ambas muestras entre los más jóvenes. Esto explica el incremento de las enfermedades mentales en estos estratos en los últimos años lo que se intensificó con la pandemia.

Gráfico 4. Proporción de personas que a menudo siente que les falta compañía según grupo etario.



Fuente: MINSAL (2025)

Asimismo, en otra pregunta sobre la proporción de personas que “a menudo se sienten aislados de los demás” creció de 4,2% a 6,9% entre ambas ENCAVI. Esto se incrementa en todos los grupos etarios pero el aumento proporcionalmente mayor se produce en el grupo de entre 20 a 29 años (pasando de 3% a 6,3% entre 2016 y 2024). Adicionalmente, la proporción de personas con este sentimiento en el primer quintil (8%) duplica a los del V quintil (3,8%).

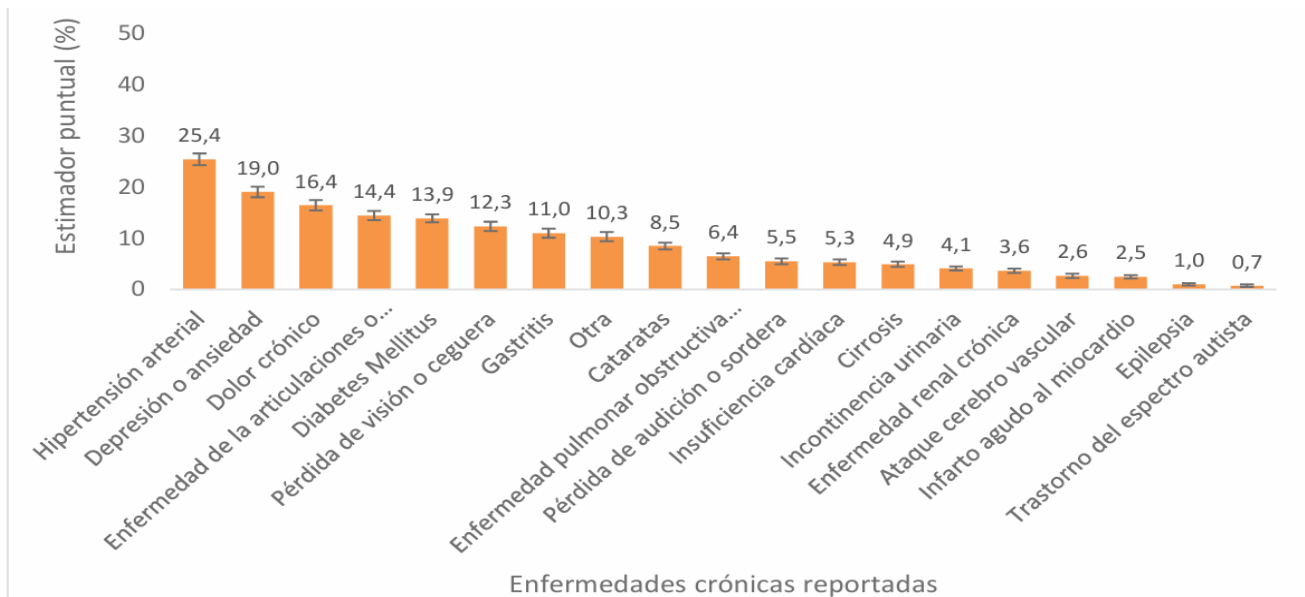
En cuanto a la autopercepción de estado de salud en que se preguntó “en general, usted diría que su salud es...” los resultados aparecen en la tabla 1. Allí mismo se constata que la suma de las respuestas excelente y muy buena son mayores en la medida que aumentan los quintiles y, a la inversa, la suma de las respuestas regular y mala es mayor en los quintiles de más bajos ingresos.

Tabla 1. Autopercepción de salud de la población mayor de 15 años según quintil

	Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
Total	6,7	10,4	43,2	33,5	6,1
Quintil 1	5,5	8,5	40,6	37,8	7,6
Quintil 2	7,5	11,2	45,8	30,9	4,5
Quintil 3	9,7	13	47,4	26,8	3,1
Quintil 4	10	15	47,8	23,6	3,6
Quintil 5	7,3	20,1	49,3	19,3	4

Fuente: MINSAL (2025)

De otra parte, al consultar sobre enfermedades crónicas el resultado es que un 40,1% declaró tener dos o más enfermedades crónicas; un 23,8% tener solo una enfermedad crónica; y, solo el 36,1% de la población mayor de 15 años declaró no tener enfermedad crónica alguna (Minsal 2025). En el gráfico 5 se observa las prevalencias de las principales patologías que se reportan en esta categoría. Es altamente significativa la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) (25,4%) y de la depresión (19%). Cabe notar que esta pregunta no es respondida como autopercepción sino es un diagnóstico que ha sido emitido por algún profesional.

Gráfico 5. Proporción de personas con enfermedades crónicas seleccionadas


Fuente: Minsal (2025)

Cabe notar que, en lo que concierne a la HTA, ésta aumenta en el grupo etario de 50-64 años a 40,2% y pasa a un 64,8% de prevalencia entre los mayores de 64 años. En cambio, la depresión se distribuye uniformemente en todos los tramos de edad. Por ejemplo, es de 18,3% en grupo de 15 a 19 años y de 19,3% entre los mayores de 64 años.

II. MODELO LINEAL GENERALIZADO

En esta parte el análisis emplea un Modelo Lineal Generalizado (GLM) con familia binomial y función de enlace logit para examinar los determinantes de la satisfacción vital en la población chilena según la ENCAVI 2024. Esta especificación metodológica es apropiada cuando la variable dependiente es dicotómica, permitiendo modelar la probabilidad de ocurrencia de sentir satisfacción con la vida en función de un conjunto de predictores. Para estos efectos se transformó la variable continua de satisfacción con la vida (escala de 1 a 10 en donde 1 es completamente insatisfecho y 10 es totalmente satisfecho) en una variable dicotómica en donde 1 es satisfacción con la vida y 0 sin o baja satisfacción con la vida.²⁵

Se utilizan siete variables predictoras clave para la calidad de vida identificadas en la literatura y medidas en la ENCAVI:

1. **Privacidad donde vive:** Evalúa las condiciones de privacidad y espacio personal en el hogar
2. **Dinero en el hogar:** Mide la percepción de suficiencia de recursos económicos familiares
3. **Bienestar emocional:** Dimensión psicológica que captura el estado afectivo y emocional
4. **Diversión en su vida:** Acceso y participación en actividades recreativas y de esparcimiento
5. **Salud general:** Autopercepción del estado de salud física y funcional
6. **Falta de compañía:** Medida inversa de apoyo social y acompañamiento interpersonal
7. **Sensación de aislamiento:** Percepción subjetiva de desconexión social y soledad

Esta selección de variables abarca los dominios fundamentales para calidad de vida: las variables 1 y 2 se relacionan con el entorno físico y el acceso a recursos; la variable 5 recoge el tema de percepción de salud; y, las variables 3, 4, 6 y 7 recogen los temas de aislamiento y soledad que fueron también desarrollados en otros números de esta revista.²⁶

²⁵ El valor de satisfacción (=1) incluye los valores 8, 9 y 10 de la encuesta original y, el valor 0 reúne los valores 1 a 7 de la encuesta original. Esta división pone mayor “exigencia” a la modelización a través de regresión logística porque busca identificar la relación con las mayores expresiones de satisfacción (bienestar).

²⁶ Urriola R. (2024). Envejecimiento saludable (bienestar), soledad y aislamiento social. En revista Sistemas de salud y bienestar colectivo No 4 APROB, Chile, septiembre de 2024. https://aprobienestar.cl/wp-content/uploads/2024/08/Sistemas_Salud_Sept_2024.pdf

Resultados del Modelo Lineal Generalizado

Tabla de resultados

sv	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Privacidad_donde_vive	1.251761	.019381	14.50	0.000	1.214346 1.29033
Dinero_en_el_hogar	1.234325	.0164374	15.81	0.000	1.202525 1.266965
Bienestar_emocional	1.323441	.0221473	16.75	0.000	1.280737 1.367568
Diversión_en_su_vida	1.15089	.0160098	10.10	0.000	1.119935 1.1827
Salud_general	1.181457	.0176382	11.17	0.000	1.147388 1.216538
Falta_de_compañía	.8047952	.0226092	-7.73	0.000	.7616798 .8503512
Sensación_de_aislamiento	.9106116	.0310776	-2.74	0.006	.8516932 .9736059

Elaboración propia a partir de los análisis usando el software Stata 15.1²⁷.

a) Variables con Signo Positivo Significativo

1. Bienestar Emocional (OR = 1.32, p < 0.001)

La autopercepción del bienestar emocional medido en una escala de 1 a 7, es un buen predictor de la satisfacción con la vida, ya que mientras se aumenta en un nivel de la escala de bienestar emocional, las probabilidades de sentirse satisfecho con la vida aumentan en un 32%²⁸. La percepción del bienestar emocional es lo más influyente en el modelo. Esta variable tiende a confundirse con autopercepción de

²⁷ El modelo convergió exitosamente en 3 iteraciones

Bondad de Ajuste correcto AIC = 1.15:

Devianza/gl = 1.150: Cercano a 1, sugiere ajuste adecuado sin sobredispersión significativa

Pearson/gl = 1.020: Muy cercano a 1, confirma buen ajuste del modelo

²⁸ Debe notarse que el aumento de 32% es la relación de cada escalón con el anterior y no una suma

calidad de vida por lo que habrá que realizar otras confrontaciones estadísticas para su uso definitivo.

2. Privacidad en donde vive (OR = 1.25, $p < 0.001$)

Mientras mejor se percibe la privacidad en la vivienda, las probabilidades de satisfacción vital aumentan en un 25%, siendo el segundo factor más importante y además muy próximo a la variable dinero.

3. Dinero en el Hogar (OR = 1.23, $p < 0.001$)

Esto se interpreta como que una mayor disponibilidad de recursos económicos dentro del hogar aumenta en un 23% las probabilidades de satisfacción con la vida.

4. Salud General (OR = 1.18, $p < 0.001$)

Una mejora en la autopercepción del estado de salud, aumenta en un 18% las probabilidades de satisfacción con la vida, lo que confirma la relación salud-bienestar.

5. Diversión en su Vida (OR = 1.15, $p < 0.001$)

Mayor acceso a actividades recreativas aumenta 15% las probabilidades de satisfacción. Las actividades de esparcimiento vinculadas a tener entornos acogedores aportan a la percepción de bienestar.

b) Variables con signo Negativo Significativo

Cabe notar que estas variables podrían invertirse para hacer comparaciones de impactos. Tienen signo negativo porque, coincidiendo con la esperanza intuitiva, la falta de compañía conduce a menor calidad de vida.

1. Falta de Compañía (OR = 0.80, $p < 0.001$)

Como se indicaba en la literatura mientras mayor es la sensación de falta de compañía, se reduce en un 20% las probabilidades de sentir satisfacción con la vida. Esto confirma que la sensación de soledad es un factor de riesgo importante.

2. Sensación de Aislamiento (OR = 0.91, $p = 0.006$)

Asimismo, mientras mayor es la percepción de aislamiento social, las probabilidades de satisfacción con la vida disminuyen en un 9%. Si bien esta variable tiene menor efecto que la sensación de falta de compañía, sigue siendo significativa constituyendo un factor relevante para evaluar calidad de vida o bienestar.

Conclusiones y discusión

Los resultados generales de este trabajo tienden a confirmar las hipótesis que planteaban que los ingresos (entorno material), la salud y el entorno social (sin sensación de soledad o aislamiento) están altamente correlacionados con la calidad de vida/bienestar.

Se descubrieron, además, cambios significativos en la salud mental en la población que está afectando por igual a jóvenes que a personas mayores lo que tiene implicaciones en términos de la necesidad de priorizar políticas de Salud Mental.

El bienestar emocional es el predictor más fuerte, aunque merece un análisis estadístico en mayor profundidad porque podría confundirse conceptualmente con la percepción de calidad de vida. En definitiva, todas las variables consideradas **(privacidad donde vive; Dinero en el hogar; Bienestar emocional; Diversión en su vida; Salud general; Falta de compañía; y, Sensación de aislamiento)** resultaron significativas,

Entonces, la seguridad económica, un buen estado de salud, el acceso a espacios de esparcimiento y recreación y la necesidad de fortalecer programas comunitarios y de acompañamiento que reduzcan la sensación de aislamiento y soledad aparecerán como prioritarios.

Se dejaron fuera variables que se correlacionan entre sí y disminuyen la capacidad predictora como era la percepción de sentirse excluido por los otros, la cual se correlacionaba altamente con la sensación de aislamiento, De su parte, la sensación de endeudamiento y la percepción de la condición física dado que no presentaron significación estadística, quedaron fuera del modelo final.

Será necesario realizar pruebas adicionales para la selección de variables en una perspectiva de modelar bienestar porque se detectó alta multicolinealidad de las variables predictoras. Esto no se intentó “resolver” en este estudio porque no se está buscando las variables específicas con mayor representatividad. No obstante, si se quiere usar un modelo predictivo será necesario realizar esta depuración mediante métodos de componentes principales o clusters.

HISTORIA Y PRESENTE DEL CONSUMO DE DROGAS: DE LA ADORMIDERA A LAS MAFIAS GLOBALES

José Leandro Urbina²⁹

Resumen

El Informe Mundial sobre las Drogas 2025 de las Naciones Unidas alerta sobre el aumento global del consumo, el crecimiento del mercado ilegal y el auge de drogas sintéticas, así como el uso fraudulento de investigaciones médicas por parte de cárteles. La relación de la humanidad con las drogas es milenaria: desde el cultivo de adormidera en Mesopotamia y Egipto, pasando por el uso medicinal y recreativo del opio en Grecia, Roma y Asia, hasta la expansión del comercio internacional.

En el siglo XIX, avances como la morfina y la heroína impulsaron su consumo, en una época sin regulaciones. El siglo XX introdujo prohibiciones y la “guerra contra las drogas”, con resultados limitados, mientras guerras y conflictos aumentaron la producción y el tráfico.

En Chile, 12 organizaciones criminales transnacionales operan en delitos como narcotráfico, sicariato y corrupción institucional. La historia muestra que las drogas siempre han sido, simultáneamente, remedio y veneno.

Informe de la UNODC y contexto histórico del consumo de drogas

El esperado informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC por sus siglas en inglés), este año no sólo rastrea el aumento del consumo de drogas hasta el 2023, sino que se plantea ir más allá de las puras cifras. En el comunicado de prensa emitido desde Viena el 26 de junio de 2025, Ghada Waly, Directora Ejecutiva de UNODC afirma que “Esta edición del Informe Mundial sobre las Drogas muestra que los grupos delictivos dedicados al tráfico de drogas continúan adaptándose, explotando las crisis y teniendo en la mira a las poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad,” mencionó.

Además de los puntos que tienen que ver con el crimen organizado, el informe enfatiza el vasto aumento de consumidores de sustancias, el enorme beneficio obtenido por la economía paralela, debido al fortalecimiento del mercado ilegal y a los bajos precios de producción, los escasos riesgos operacionales más el rápido crecimiento del mercado de las drogas sintéticas. También hace presente el problema del amplio abanico de investigaciones médicas legítimas y su reproducción fraudulenta en los

²⁹ Doctor en Literatura. Miembro APROB.

laboratorios de los cárteles que producen medicamentos adulterados con una secuela de miles de muertos y adictos en las últimas décadas.

Es llamativo descubrir que, si bien las cifras de hoy se han multiplicado considerablemente, encontramos algunos de los componentes de la compleja situación actual en materia de drogas, en el largo pasado de nuestra asociación con éstas.

Un recorrido histórico

Según algunos arqueólogos, la humanidad viene caminando de la mano de la droga desde tiempos prehistóricos. Cuando entramos por la puerta de la historia, nos acompañaba ya la adormidera, planta herbácea (*Papaver somniferum*) de cuyo látex proviene el opio y sus derivados.

Hacia el año 3000 aC. su cultivo y consumo fue parte de las culturas más antiguas de la Mesopotamia. Los sumerios la cultivaron en la ciudad de Uruk y con el tiempo fueron obteniendo el opio que rendía en cantidad y calidad.

Para seguir el desarrollo regional y los diferentes usos de las drogas desde la antigüedad es indispensable conocer los trabajos de Antonio Escohotado como su *Historia General de las drogas*, de 1998, que seguiremos en esta parte del artículo.

También al investigador Anxo Cuba y su *Breve historia del opio y sus derivados (opioides)*.

Hay acuerdo entre los historiadores en llamar a la adormidera **la planta madre**, de ella proviene el **opio**, sustancia de la que también se extraerán alcaloides como la **morfina**, la **codeína** y la **heroína**.

Después de Mesopotamia, Egipto fue la otra importante zona de cultivo, dice Cuba:

"Igual presencia de la adormidera encontramos en el antiguo Egipto, donde la calidad de los suelos de cultivo permite producciones óptimas y en consecuencia extender el uso del opio, extraído en la época Ptolemaica, entre un amplio número de personas de todas las edades y condición social". Las condiciones climáticas en Egipto eran particularmente favorables para la adormidera, con sus frías noches y largos días de sol constante.

"Allí se le utilizaba como analgésico y tranquilizante."

Los distintos pueblos que se ponen en contacto con la adormidera y consecuentemente con el opio, marcan las zonas geográficas históricas que devienen por largos periodos las que producen la mayor cantidad de plantas. Son las zonas en las que paralelamente se elabora el hachís, droga inhalante, a partir de la resina del cannabis hembra.

Punto relevante: De Egipto tenemos los únicos registros de la producción de adormidera con fines comerciales, estos corresponden al siglo III a.C., y provienen de

propiedades pertenecientes o administradas por los griegos que llegaron allí tras la conquista de Alejandro de Macedonia en 332 a.C.

Básicamente, el opio se importaba desde Chipre, Creta y Asia Menor y se distribuía a través del puerto de Alejandría. Aunque en pequeñas cantidades, llegaba a la Gran Biblioteca de Alejandría donde los médicos griegos exploraban su lado medicinal. En algún momento debió ser producido localmente entre el periodo de la introducción de la adormidera y el año 37 d.C. en la era grecorromana.

A esta época corresponde el primer registro preservado de una transacción de la droga. Es de suponer, entonces, que el opio era producido en pequeña escala para consumo familiar o para la venta local, a partir de adormideras que crecían de forma silvestre alrededor de los campos de cereales. Su producción y comercio comenzó en firme tras la ocupación romana del año 30 d.C. "El opio se reveló entonces como la mercancía perfecta: compacta, valiosa y duradera" (Andrés López Restrepo, Universidad Nacional de Colombia)

Es cuando se le utiliza como analgésico y calmante que se inicia la función médica de la planta, pero al mismo tiempo mostrará su lado alegre en los banquetes y fiestas que celebraba la aristocracia romana.

Mientras era cultivada en Egipto y Mesopotamia, la adormidera viaja a China llevada por las caravanas que comerciaban a través de las rutas que comunicaban Occidente y Oriente. El opio llegó a China en pequeñas cantidades alrededor del siglo VII y se usó principalmente con fines medicinales. El cultivo en China producirá una planta con un porcentaje de alcaloides narcóticos mucho más bajo que en los casos anteriores.

Al otro lado del Mediterráneo, siglo de Pericles, los griegos usaban el jugo de la adormidera y sus semillas con fines médicos. Hipócrates, considerado el padre de la medicina, recomendaba enérgicamente su uso para los casos de histeria y otros males

Sin embargo, Erasistrates, el anatomista, uno de los fundadores de la Escuela de Alejandría, en sus investigaciones sobre la planta, advierte de los peligros que comprende su uso desmedido y la condena como un fármaco mortífero.

De aquí se fijará la doble caracterización del fármaco como el que puede curar y el que puede matar. También sabemos que la otra dualidad reconocida por los usuarios es la del uso médico que ataca el dolor, y la del uso recreacional, que produce alegría o que trae la paz.

Aunque consumieran opio, los griegos nunca lo produjeron en territorio continental y debieron introducirlo desde otros lugares del este del Mediterráneo. La droga era costosa, por lo que se importaba en pequeñas cantidades destinadas al consumo de la élite. Llegaba en un bloque sólido, del cual se cortaba una parte que era disuelta en algún líquido para ingerir.

Sin duda, debido al deseo de obtener la adormidera y sus alcaloides se generó un comercio internacional de drogas desde el año 1000 a.C. El comercio legal o ilegal nos vincula con las drogas y llega hasta nuestros días en las condiciones que se fueron desarrollando con la adquisición de nuevas herramientas desde el lado de las ciencias, en particular de la química.

Había variadas formas de alterar la realidad en el antiguo mundo del Mediterráneo, el vino era el absoluto favorito de los romanos, pero también dominaban dos drogas: el opio y la marihuana. La mezcla más popular era la del vino con el opio que producía largos períodos de euforia.

También en Roma, Galeno cuantificó el uso de “drogas”. Andrómaco –médico de Nerón– fundió la tradición egipcia y la griega en complejas recetas de hasta 600 ingredientes que aún figuran en libros de Pharmacopea del siglo XIX.

La Lex Cornelia, sobre sicarios y envenenadores, promulgada por Lucio Cornelio Sila en el año 81 a. C., definía **droga** como una palabra indiferente, donde cabe tanto lo que sirve para matar como lo que sirve para curar, además de los filtros de amor, pero esta ley sólo reprueba lo usado para matar a alguien,

Comenta Antonio Escohotado: El caso romano es singularmente ilustrador. Una costumbre ancestral vedaba el vino a las mujeres y a los menores de treinta años. Sin embargo, la *Lex Cornelia* se negó a conferir sanción jurídica a dicha regla, dejando librado su cumplimiento a los hogares, y al hablar de fármacos insiste en que son «indiferentes» para el derecho mientras no se empleen «para matar a alguien». Esto se explica por una clara distinción entre moral y derecho, que se trazaba en interés de ambos.

Refiriéndose a otro tipo de drogas, el escritor británico Robert Graves manifestaba que “las antiguas culturas de Europa y América solían consumir hongos alucinógenos para provocarse estados excepcionales, con fines adivinatorios”. Mencionaba las drogas inhalantes, las hierbas como el cannabis (que aparece tempranamente citado en textos antiguos de la Biblia, por ejemplo, en la tumba del rey Salomón), el tabaco y el peyote como dos drogas presentes en las culturas americanas. También en la secta árabe de los hashashins –los asesinos– que utilizaban el hachís de manera ritual, para provocarse estados especiales de éxtasis religioso y bélico.

De la medicina a la recreación

Vencer la muerte en el cuerpo, invitaba a provocarla. La cultura egipcia es famosa por su especialización en venenos. Producía sofisticados destilados de sustancias puras: venenos, medicamentos, pócimas y elixires. La producción de sustancias-drogas generó una industria-pharmacopea basada en los herbolarios, que sistematizan las especies vegetales según sus usos y efectos. El más famoso, el Pharmacon del griego Dioscórides, tiene 3.000 años y clasificó 500 especies vegetales claves para la medicina griega, como el eléboro, la belladona, la mandrágora.

El uso y abuso de drogas llegó a ser considerado peligroso y la medicina griega debatió la cuestión entre dos extremos: la dieta de Hipócrates y el abuso de Herófilo. Hay quienes como Asclepio consideraron a los fármacos verdaderos venenos, en reacción al uso agresivo y abusivo que hacían médicos como Celso, quien al referirse al tratamiento de la manía menciona el uso de fármacos para “domar, debilitar o traumatizar al paciente”, así como el recurso de la oscuridad y ayuno para suavizar, dulcificar “hasta la bestia más salvaje”. Provocaba vómitos con eléboro negro para evacuar la bilis negra y eléboro blanco para evacuar la bilis amarilla, inducía el sueño profundo, o causaba estupores con la mandrágora. Trató la melancolía embriagando al paciente para provocar deliberadamente manía o locura furiosa.

Edad Media y Renacimiento

El Renacimiento muestra una serie de usos sociales cotidianos que se van abriendo paso en la cultura. Según cuenta Shakespeare en sus obras, en las tabernas renacentistas se servía cerveza tibia con mandrágora rayada.

En la Edad Media, pueblos enteros quedaban afectados por el cornezuelo de centeno, un hongo alucinógeno que provocaba fenómenos masivos. Elixires, pócimas, brebajes y filtros “de amor” mostraban las prácticas druidas convertidas en tradiciones populares que se diferenciaban de las médicas –galénica clásica y alquímica árabe.

En el siglo XVII, los jesuitas retomaron en los hospitales el tratamiento de las enfermedades según las patologías griegas (manía, melancolía, histeria) y su *pharmakon* –enriquecido con la herboristería americana–. En el siglo XVIII, la ciencia médica, en psicopatología, incorporó y profundizó esta perspectiva.

En este mismo siglo XVIII y el XIX, el opio será el personaje principal de las guerras imperialistas entre Inglaterra, su aliado europeo Francia, con la participación indirecta de Estados Unidos y Rusia contra China.

Siglo XIX: auge químico

El siglo XIX, notable en el uso y desarrollo de la química de drogas, y en su actitud frente a ellas, fue muy dispar al que va desde el siglo XX a la actualidad. Sustancias que hoy consideramos ilegales o dañinas para la salud eran entonces legales, disponibles y ampliamente utilizadas, tanto con fines medicinales como recreativos.

La ciencia farmacéutica estaba en pleno desarrollo, y no existía una legislación clara sobre los efectos adictivos de estas sustancias.

Muchas de ellas eran vendidas libremente en farmacias, ferias, tiendas e incluso por correo. En un mercado abierto, sin restricciones, el consumo de drogas era común en todas las clases sociales, aunque muchas veces desconocieran los riesgos que éstas encerraban.

Durante el siglo XIX, el uso de drogas psicoactivas era muy común en gran parte del mundo occidental, y gozaba de considerable prestigio social en círculos intelectuales, artísticos y médicos. Muchas de estas sustancias eran consideradas avances científicos o recursos espirituales, y su uso era habitual entre las élites europeas y estadounidenses.

La morfina, aislada del opio en 1804 por Friedrich Sertürner (Alemania), se convirtió en el analgésico estrella del siglo XIX, su aislamiento no solo resolvió el problema del dolor, sino que también estableció los cimientos de la farmacología moderna, participó en las grandes guerras de la época (las guerras napoleónicas y la guerra civil en Estados Unidos) y en la vida social de las grandes ciudades. Se popularizaron tanto opiáceos como cocaína en medicamentos legales. Ej. El jarabe para la tos de heroína de Bayer, la Coca-Cola con cocaína y cafeína elaborada así hasta 1903.

Cuenta Lucía Rossi en su artículo "Historia de las drogas y sus usos" (2025) que, "en fines del siglo XIX, en París, se perfiló una nueva escena que focalizaba el estudio y exploración de estados subliminales-infraconscientes: hipnosis, sueños, angustias extremas, histeria. Propiciaban estos estados como posibilidad de búsqueda, esbozando nuevos hábitos sociales, que reflejaban estas inquietudes. El Café parisino reunía esas tendencias esotéricas y ofrecía en sus mesas café, hashish, canela, chocolate y cocaína, como parte del universo social cultural".

El siglo XIX podía caracterizar a las drogas como sustancias capaces de provocar deliberadamente estados psíquicos excepcionales, respecto de fenómenos psicológicos "normales" como el sueño. Un grupo de ellas provoca distorsión de imágenes, visualizaciones, cenestesias y alucinaciones. Otro grupo provoca efectos atenuantes, de adormecimiento, de actos o sensaciones y anestesia del dolor: Orfeo y Morfeo, respectivamente. Otro provoca un efecto opuesto, el efecto euforizante.

Hay que agregar al botiquín de drogas, la más peligrosa hija de la morfina, la heroína. Fue descubierta en 1874, por el químico inglés C.R.A. Wright quien la sintetizó a partir de la morfina en la Escuela de Medicina del Hospital St. Mary's de Londres

El descubrimiento no tuvo gran impacto en su momento, pero en 1898, la farmacéutica Bayer que buscaba un remplazo de la morfina para producir una medicina que tratara los síntomas de pacientes con males respiratorios, empezó a elaborar un medicamento para combatir la tos. Este contenía a la diacetilmorfina como ingrediente principal y llamó "heroína" a su producto.

Pese a los intentos posteriores de sacarla del mercado, la heroína llegó a convertirse en una droga de calle.

Siglo XX: la prohibición y la "guerra contra las drogas"

Se acabó la fiesta. A fines del siglo XIX y principios del XX mayormente las iglesias protestantes organizaron un enérgico movimiento a favor de la prohibición del alcohol, de su fabricación, venta y distribución en los Estados Unidos. Comienza en 1920 la ley seca. En el año 1914, el Congreso ya había pasado el Acta Harrison que prohibía los

opiados y la cocaína. Esta era una ley de impuestos sobre narcóticos de Harrison que pasó a ser ley federal de los Estados Unidos, que regulaba y aplicaba impuestos a la producción, importación y distribución de opiáceos y productos de coca. La ley fue propuesta por Francis Burton Harrison, representante de Nueva York y aprobada el 17 de diciembre de 1914.

Aquí comienza una prolongada historia de prohibiciones. La guerra contra las drogas, proyecto de Estados Unidos, ha ejercido una decisiva influencia en la disposición para generar políticas globales que, podemos estimar, no han sido exitosas.

Los tratados internacionales para controlar el comercio del opio comienzan en 1912 con la Convención de La Haya y continuaron con los intentos de controlar la cocaína y el cannabis. En 1961, la ONU se une a los esfuerzos de erradicar las drogas anteriores más los opioides. Pero ya era tarde, el movimiento hippie y los antibélicos habían hecho del consumo de drogas un elemento de liberación. En 1971 se añaden el LSD y las anfetaminas a la lista de condenados, y ese mismo año Richard Nixon comienza su famosa Guerra contra las drogas. Desde 1980 algunos países seguirán el liderazgo de Estados Unidos pasando leyes represivas que, en resumen, poco efecto han tenido. Como registran los informes de Naciones Unidas, el aumento notable del uso de drogas y la capacidad de adaptación de cárteles que funcionan como empresas multinacionales, no son una señal del éxito en las políticas antitráfico. Aun así, el 8 de agosto de este año, según el New York Times, el actual presidente Donald Trump firmó en secreto una directiva dirigida al Pentágono para que comience a utilizar la fuerza militar contra determinados cárteles latinoamericanos de la droga, cuatro mexicanos y dos venezolanos, que su gobierno considera organizaciones terroristas. Según fuentes informadas, Trump quería terminar el inconcluso proceso que comenzó Nixon en los setentas.

Drogas y conflictos bélicos

Las dos guerras mundiales, Vietnam, Irak y Afganistán, más todos los conflictos en los que Estados Unidos ha participado, han dejado una huella profunda en el campo de las drogas. Ya sea para aliviar el dolor o para mantener a los soldados en alerta, desde la primera guerra mundial, hasta la invasión de Afganistán, las drogas que han acompañado a los ejércitos son: la cafeína, el alcohol, la cocaína, la morfina, la anfetamina, la marihuana, la metanfetamina, la heroína y psicofármacos.

El nivel de adictividad dejó a cientos de veteranos con dependencia crónica y al regresar a sus países buscaron donde seguir abasteciéndose. Su reinserción social es problemática y muchas veces los adictos crean redes con los narcotraficantes con quienes colaboran para mantener la adicción.

Después de la segunda guerra mundial la heroína, que había sido una droga de preferencia, pero controlada, hace su entrada en las ciudades de los retornados creando contrabando y criminalidad. Esta es la primera piedra para la construcción

de la economía paralela en la que se asentará el modelo de manejo financiero de los carteles.

Vietnam constituyó un punto alto en cuanto a tráfico en plena guerra. Toneladas de opio eran transportadas en los mismos aviones que prestaban servicio al ejército norteamericano. La heroína en Vietnam y el Medio Oriente, es parte del libro de H. J Behr *La droga potencia mundial: el negocio con el vicio*. Un informe de la CIA de finales de la década de 1960 según Behr, explica que los ingresos de los gobernantes en Vietnam y Laos provenían, entre otros, del contrabando de opio. “Se consideraba que este era el que producía mayores ingresos”.

Hasta muy recientemente Afganistán era el mayor productor de opio del mundo. Entre el 80% y 90% del opio mundial salía de Afganistán. Este era la base de la producción de heroína.

Además de la corrupción, los talibanes utilizaron el narcotráfico como una fuente importante de ingresos para financiar su compra de armas, la mantención de sus soldados y sus operaciones militares. Después de la salida de las tropas estadounidenses y de la toma de posesión de los talibanes, en 2022 éstos decidieron prohibir la producción de opio dada la situación de salud por adicción de la población civil. En 2023, la ONU informó que la producción de ese año experimentó una caída del 95%. Eso podría tener como consecuencia que se trasladara la elaboración de opio a México y a Myanmar para remplazar la sustancia perdida.

Habría que inferir aquí que la asociación estrecha entre guerras, drogas, consumo desmedido (sobredosis), adicción, violencia y muerte han sido una parte importante de la cultura contemporánea. Desde el lado recreacional y placentero se puede cruzar la línea hacia la dependencia y hacia los problemas de salud física o mental.

En lo que se refiere a la producción y distribución por medio de las organizaciones criminales hay que notar que el tipo de ganancias que ellas obtienen hace muy difícil la autoextinción. Como indicábamos antes, la flexibilidad en sus operaciones, la búsqueda de nuevos territorios en los que instalarse es financiado por los, aproximadamente, 33 mil 165 millones de dólares estimados al año. El tráfico de heroína, cocaína, metanfetamina y ahora fentanilo es la principal fuente de ingresos de dichos cárteles, pues en EEUU solamente hay más de 24 millones de personas que consumen estas drogas. La ONU estima que al año obtienen ganancias en promedio de USD 12 mil 84 millones.

La situación en Chile

En Chile, hasta el presente, según el Ministerio Público y Carabineros de Chile, son 12 las organizaciones criminales transnacionales con presencia en el país: cinco venezolanas (Tren de Aragua, Los Gallegos, Los Melean, Los Orientales y Los Valencianos), dos colombianas (Los Shottas y Los Espartanos), dos peruanas (Los Pulpos

y Los del Callao), una dominicana (Los Trinitarios), una china (Clan Bang) y una mexicana (Jalisco Nueva Generación). (En RADIOGRAFÍA DE LA SEGURIDAD EN CHILE 2014-2024, de la UNAB)

La presencia de estas organizaciones ha cambiado fuertemente nuestra cultura delictual. El uso habitual de armas de fuego, el sicariato, las múltiples identidades falsas que les permiten evadir los controles policiales y entrar y salir del territorio, el transporte masivo de drogas, la utilización de adolescentes en robos de autos, transporte de armas, dinero o información, microtráfico, actividades violentas, explotación sexual, enfrentamientos con bandas rivales, etc.

El premio para ellos es el estatus entre pares, el consumo de ropa de marca, celulares de última generación, motos y la imagen de “poder” que implica el uso de armas serán parte de la ganancia.

La pérdida es la habitual deserción escolar, caer en el registro de infractores, adicción y tareas cada vez más peligrosas, abandono de las familias, etc.

También es notable el trabajo que los narcos ejecutan para infiltrar y corromper las instituciones del Estado y a sus funcionarios.

La droga necesita de aduanas, puertos y funcionarios dispuestos a facilitar la salida o entrada de contenedores que llevan la “preciosa carga”.

También el narco precisa de fuerzas del orden que tengan una actitud amistosa hacia sus organizaciones y siempre las encuentra. Para el país es grave que Carabineros, PDI, Gendarmería o las Fuerzas Armadas participen, encubriendo por dinero, actividades delictuales, dentro del territorio, tales como proteger o transportar cargamentos de opioides o cocaína.

El poder judicial no está exento de tentaciones. Filtraciones de datos en juicios de causas reservadas que involucran a personajes vinculados al narcotráfico. Abogados y funcionarios judiciales investigados por vínculos con bandas transnacionales son todos casos pendientes.

Lo mismo para el Congreso. Generosos aportes de dinero para candidatos que enfrentan elecciones y que podrán influenciar votaciones de leyes hostiles o frenar proyectos que vayan en contra de sus operaciones (exceso de fiscalización). Contratación de asesorías parlamentarias de parte de gente vinculada al narco, etc.

La infiltración del ejecutivo es la más peligrosa de todas, porque este es el que controla directamente las áreas de seguridad, a las policías y al aparato administrativo.

En el caso de los ministerios, allí es donde se deciden las compras requeridas junto con el Ministerio de Hacienda. En el caso del Ministerio de Salud, las posibilidades de comprar drogas de uso médico que están adulteradas o sin comprimidos activos es una posibilidad. Compras en exceso y a sobreprecio. Desaparición de importantes cantidades de fentanilo y morfina, los llamados medicamentos controlados, todo

apunta a las brechas en el manejo y control de los medicamentos en el sistema de salud que el crimen organizado puede utilizar en su búsqueda de lucro.

Reflexión final

En la larga historia de las drogas y la humanidad, al parecer, el eje de lo legal y lo ilegal es una constante. Lo que hoy día es aceptado, mañana será prohibido. Sin embargo, siempre la imaginación humana buscará una salida, siempre producirá algo nuevo o decenas de cosas nuevas y sus usos serán alabados y maldecidos cuando lo nuevo muestre su cara perversa. El fármaco sana y mata, eso lo sabían nuestros ancestros.

ENVEJECIMIENTO, NEOLIBERALISMO Y ECOPOIESIS: UNA LECTURA EPIGENÉTICA Y RELACIONAL DESDE LA CIBERNÉTICA DE TERCER ORDEN

Leonardo Lavanderos. Corporación SINTESYS.³⁰

Resumen

Este ensayo propone una lectura del envejecimiento desde la Lógica Relacional Triferencial (LRT), denunciando el impacto dissociador del régimen neoliberal sobre los vínculos que sostienen la vida. El neoliberalismo no sólo reconfigura las condiciones materiales de la vejez, sino que desestructura la pertenencia simbólica del cuerpo envejeciente, convirtiéndolo en residuo temporal del capital. El estrés crónico no es una reacción individual, sino una manifestación del colapso de la ecoespontaneidad entre cuerpo y entorno. Desde la epigenética, se revela cómo esta desvinculación deja huellas moleculares duraderas, inscribiendo en la biología la pérdida de sentido, función y posición. La vejez, bajo este campo relacional dissociado, deja de ser fase vital para convertirse en cifra de obsolescencia. La ruptura del circuito de cuidado no sólo fragiliza las condiciones de existencia, sino que impide la reorganización simbólica de la vida en comunidad. Frente a esta espiral de inviabilidad, se plantea la ecopoiesis como regeneración del entorno vivido: un horizonte de vínculos recíprocos, memoria compartida y cuidado legitimado. La vejez no como decadencia, sino como compostaje simbólico y momento de reconfiguración del nosotros.

Introducción

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable que afecta a todos los seres vivos, caracterizado por transformaciones fisiológicas, cognitivas y sociales que se producen a lo largo del tiempo. En los seres humanos, este proceso implica una disminución progresiva de las capacidades funcionales, junto con un aumento de la vulnerabilidad frente a enfermedades crónicas y situaciones de dependencia (Franceschi & Campisi, 2014). Sin embargo, el envejecimiento no puede ser entendido exclusivamente desde una perspectiva biológica. Las condiciones estructurales, sociales, culturales y económicas determinan en gran medida cómo las personas envejecen, configurando trayectorias diferenciadas de vida y salud (Jylhävä et al., 2017).

En las últimas décadas, el envejecimiento poblacional ha adquirido una centralidad creciente en el debate público, impulsado por el aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad. Esta transición demográfica, especialmente pronunciada en países que han adoptado políticas neoliberales, genera tensiones sobre los sistemas de salud, las políticas de pensiones y el bienestar intergeneracional

³⁰ Biólogo, epistemólogo y consultor en lógica relacional.

(Bongaarts, 2004). En este contexto, el neoliberalismo emerge no solo como un sistema económico, sino como una racionalidad política que reorganiza los vínculos sociales y biológicos a través de la lógica del mercado.

El neoliberalismo, como régimen de acumulación y gobierno, promueve la desregulación de los servicios públicos, la privatización de sistemas de salud y pensiones, y la responsabilización individual del bienestar (Harvey, 2005; Brown, 2015). Este enfoque ha debilitado las redes comunitarias, invisibilizado a las personas mayores como sujetos activos y ha promovido una lógica de autoexplotación que profundiza las desigualdades estructurales (Dardot & Laval, 2013). En particular, las personas mayores se ven afectadas por la disminución de la inversión pública, el empobrecimiento de las pensiones y la mercantilización del cuidado, factores que han transformado la vejez en una etapa signada por la precariedad.

Desde una perspectiva crítica, es urgente revisar los efectos biopolíticos del neoliberalismo sobre el envejecimiento, especialmente en relación con los procesos epigenéticos. La epigenética, entendida como el conjunto de mecanismos que regulan la expresión génica sin modificar la secuencia del ADN, ha demostrado cómo las condiciones sociales y ambientales dejan huellas moleculares duraderas en los organismos (Horvath, 2013; Lightart et al., 2016). Entre estos mecanismos, la metilación del ADN aparece como un indicador sensible a factores como el estrés crónico, la pobreza y la exclusión, acelerando el envejecimiento celular y aumentando la carga de enfermedad en las poblaciones más vulnerables.

Particularmente, el cortisol —hormona asociada al estrés— está implicado en la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y en la modulación de respuestas inmunológicas e inflamatorias (Zannas & Chrousos, 2017). Cuando su producción se sostiene en el tiempo debido a condiciones de estrés psicosocial, como las impuestas por el sistema neoliberal, puede inducir cambios epigenéticos perjudiciales para la salud. Esto incluye la inhibición de genes clave en la reparación celular, la protección frente al daño oxidativo y la regulación del envejecimiento (Matosin et al., 2021).

Este ensayo propone un enfoque relacional y sistémico para comprender el envejecimiento en la era neoliberal, integrando la ecopoiesis —como teoría de las condiciones de viabilidad de la vida— y la cibernética de tercer orden —como marco para observar los procesos auto-organizados de significación y adaptación. Bajo este enfoque, el envejecimiento deja de ser un fenómeno individual para comprenderse como una manifestación relacional, situada en redes simbólicas, económicas y políticas que modelan el cuerpo y sus trayectorias vitales.

Se sostiene que el neoliberalismo opera como un disociador de vínculos, reorganizando el deseo humano hacia la autosuficiencia y el consumo perpetuo, lo cual interrumpe la eco-regulación natural de los sistemas vivos y amplifica el deterioro biológico y psicosocial. Al tensionar la relación organismo-entorno, el sistema neoliberal fragmenta

los circuitos de cuidado, impone una carga simbólica de obsolescencia sobre las personas mayores y acelera su deterioro epigenético.

Desde este marco, se articula la siguiente hipótesis: el envejecimiento acelerado bajo el régimen neoliberal es una consecuencia directa de la ruptura de las condiciones relacionales de viabilidad, expresada epigenéticamente en los cuerpos, y amplificada por la fragmentación del tejido comunitario y simbólico. La ecopoiesis y la cibernética de tercer orden permiten, en este sentido, no solo una comprensión más amplia del fenómeno, sino también una propuesta de regeneración de las condiciones que hacen posible una vida digna y un envejecimiento significativo.

El ensayo se estructura en cuatro partes: primero, se analiza el marco neoliberal como racionalidad disociadora del vínculo y generadora de estrés crónico; segundo, se presentan las bases epigenéticas del envejecimiento y su relación con los determinantes sociales; tercero, se propone un modelo cibernético-ecopoiético para comprender la espiral del envejecimiento bajo presión sistémica; y finalmente, se discuten las implicancias políticas y sociales de un enfoque relacional del envejecimiento, que apunte a la reconstrucción de vínculos y a una ecopoiesis del cuidado.

Esta perspectiva no solo busca comprender el envejecimiento como fenómeno biológico-social, sino también disputar los imaginarios neoliberales que lo configuran como una carga, proponiendo en su lugar un horizonte de vida viable, relacional y digna para todas las etapas del ciclo vital.

Neoliberalismo, Estrés Crónico y Disociación Relacional

El giro neoliberal y su impacto estructural

El neoliberalismo se consolidó globalmente desde la década de 1970 como un modelo económico y político que reorganizó la vida social en torno a la lógica del mercado. Este paradigma promueve la desregulación financiera, la privatización de servicios públicos, la flexibilización laboral y la reducción del gasto social (Harvey, 2005; Brown, 2015). Más que un conjunto de políticas, el neoliberalismo configura una racionalidad que redefine las nociones de sujeto, bienestar y responsabilidad, instalando la autoexplotación y el rendimiento individual como valores centrales. Esta reorganización ha tenido consecuencias devastadoras para los sistemas de protección social y, en particular, para las condiciones de vida de las personas mayores, tradicionalmente sostenidas por redes de cuidado, vínculos comunitarios y seguridad institucional.

Desde la Lógica Relacional Triferencial (**posición, función, sentido**), el neoliberalismo no se reduce a un modelo económico ni a una mera racionalidad política, sino que se constituye como un campo de disociación relacional estructural. En este campo, el

vínculo entre sujeto, comunidad y entorno se desarticula progresivamente, dando lugar a configuraciones relacionales inestables, fragmentadas y sin posibilidad simbólica de eco-regulación.

La operación neoliberal desfigura la **posición** del sujeto en el entramado social, reduciéndolo a un agente de rendimiento competitivo. Modifica su **función** colectiva —de integrante de una trama de cuidado— a mera unidad de eficiencia, y redefine el **sentido** de su existencia como acumulación y autosuficiencia. De esta manera, se instala un proceso sostenido de desvinculación relacional que afecta no sólo las condiciones materiales de vida, sino también las tramas simbólicas que sostienen la experiencia de envejecer con dignidad.

El neoliberalismo, como régimen de organización del deseo, no sólo mercantiliza la vejez, sino que la disloca de los circuitos de memoria colectiva, la despoja de su legitimidad simbólica y la convierte en residuo temporal del capital. En esta reorganización, la vejez pierde su lugar de sabiduría, su función de testigo y su sentido de pertenencia, quedando relegada a una existencia marginal dentro de un ecosistema disociado.

El cuerpo bajo presión: estrés, cortisol y precariedad de vida

Uno de los efectos más estudiados del neoliberalismo sobre la biología humana es el aumento sostenido del estrés crónico. El imperativo de rendimiento continuo, la inseguridad laboral, la disolución de los vínculos comunitarios y la incertidumbre vital configuran un entorno hostil para la regulación del organismo (Giroux, 2014; Schrecker & Bamba, 2015). El estrés prolongado genera una hiperactivación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, que conlleva una producción persistente de cortisol, la principal hormona del estrés (Zannas & Chrousos, 2017). Si bien este sistema es fundamental para la conservación de la adaptación, su activación continua tiene efectos deletéreos: debilita el sistema inmune, acelera el deterioro cognitivo, promueve procesos inflamatorios crónicos e impacta directamente en la regulación epigenética del ADN.

Epigenética y envejecimiento acelerado

La epigenética ha demostrado que el entorno influye en la expresión génica sin modificar la secuencia del ADN. Entre los mecanismos epigenéticos más estudiados se encuentra la metilación, proceso mediante el cual se añaden grupos metilo a las citosinas del ADN, alterando su transcripción (Horvath, 2013). En contextos de estrés crónico y pobreza, como los generados por el neoliberalismo, se observa una metilación diferencial de genes vinculados a la inflamación, la reparación celular y la longevidad, lo que acelera el envejecimiento biológico (Lightart et al., 2016; Matosin et al., 2021). Esta evidencia sugiere que la precariedad material y afectiva no solo afecta la calidad de vida, sino que reconfigura la biología misma, inscribiéndose en el cuerpo de manera duradera.

De la regulación a la disociación: la ruptura del vínculo relacional

Desde una perspectiva relacional, el neoliberalismo puede comprenderse como un sistema disociador de vínculos (Lavanderos & Malpartida, 2023). Su modo de operar fragmenta las redes sociales, erosiona los soportes comunitarios e instala un circuito de deseo permanentemente insatisfecho que reorganiza las relaciones con uno mismo, con otros y con el entorno. Este circuito, perpetuado por el marketing y la obsolescencia planificada, instala un estado de ansiedad permanente, que se traduce en una sobrecarga fisiológica y simbólica. En lugar de sostener formas de vida viables, el neoliberalismo reproduce formas de subsistencia degradadas, erosionando los mecanismos de eco-regulación necesarios para la salud integral del organismo-entorno.

Hacia una Ecoipoiesis del Envejecimiento: Reconfigurar la Vida Más Allá del Mercado

Frente a la medicalización del envejecimiento, que convierte los cuerpos longevos en objetos de intervención farmacológica y fuentes de rentabilidad para la industria del deterioro, este ensayo propone una inversión del enfoque dominante. En lugar de tratar el envejecimiento como una decadencia que debe ser compensada mediante biotecnologías, suplementos o cirugías, planteamos comprenderlo como un fenómeno profundamente relacional, cuyo curso no se explica por la biología en abstracto, sino por la forma en que las relaciones —o su ausencia— configuran la trayectoria vital del organismo.

Desde esta perspectiva, el envejecimiento no ocurre dentro de los límites de la piel, sino en los márgenes del vínculo. La pérdida de significado, de pertenencia, de reconocimiento, de comunidad y de proyecto no son meros aspectos subjetivos: son determinantes epigenéticos de la salud. En la medida en que el neoliberalismo ha sustituido el cuidado por la eficiencia, la reciprocidad por la competencia y la memoria colectiva por el cálculo individual, ha transformado la vejez en una experiencia de desvinculación sistemática. Esta desvinculación se expresa biológicamente a través del aumento del estrés, la inflamación persistente, la metilación disfuncional del ADN y el envejecimiento celular acelerado.

La cibernética de tercer orden permite visualizar esta situación no como un fenómeno localizado, sino como una reorganización sistémica. El envejecimiento, en este marco, puede ser entendido como un **proceso morfogenético dentro de una espiral de pérdida de viabilidad relacional**: a cada ciclo vital, el sistema —organismo y entorno— pierde coherencia entre lo que conserva y lo que necesita cambiar. El resultado no es solo el deterioro físico, sino la descomposición simbólica de la experiencia del vivir. Cuando el entorno exige plasticidad, pero no ofrece cuidado; cuando demanda longevidad, pero niega sostén comunitario; cuando glorifica el cuerpo productivo, pero invisibiliza el cuerpo que cuida y el que recuerda, lo que emerge no es una vejez activa, sino una senectud precarizada.

En contraposición a esta espiral regresiva, la **ecopoiesis** plantea la posibilidad de una regeneración simbólica, vincular y política del envejecimiento. Esto exige restituir las condiciones de posibilidad de una vida viable, entendida como aquella que se sostiene en relaciones recíprocas, significativas y habitables. En clave ecopoiética, envejecer no es desaparecer ni decrecer, sino reorganizar el sentido de la vida en un entramado de cuidado, memoria y pertenencia. La vejez, desde esta visión, puede ser un momento de compostaje simbólico: de reintegración con los ciclos comunitarios, de restitución del relato colectivo, de revaloración de lo que no se mide ni se vende.

Impulsar una ecopoiesis del envejecimiento implica repensar el cuidado más allá del asistencialismo, como una práctica política y poética de reconfiguración de vínculos. Implica disputar la temporalidad del capital —acelerada, lineal, obsoletizante— con una temporalidad relacional que reconozca el valor del ritmo, la detención, el legado y la resonancia intergeneracional. Significa reconstruir territorios simbólicos donde la vida no esté subordinada a su capacidad de rendimiento, y donde la longevidad no sea un castigo mercantil, sino una expresión del tejido vital que una sociedad se permite sostener.

En conclusión, el envejecimiento bajo el régimen neoliberal no es únicamente un efecto colateral del capitalismo tardío, sino una manifestación estructural de su racionalidad biopolítica. Sin embargo, desde una lectura epigenética, relacional y cibernética, es posible desnaturalizar este proceso y reimaginario. La ecopoiesis y la cibernética de tercer orden nos ofrecen un marco fértil para comprender cómo los cuerpos envejecen en función de las relaciones que los sostienen —o que los disocian—, y para proyectar formas de vida donde el cuidado, la reciprocidad y el vínculo no sean residuos del pasado, sino condiciones fundantes de todo porvenir.

Referencias

- Bongaarts, J. (2004). Population aging and the rising cost of public pensions. *Population and Development Review*, 30(1), 1–23. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2004.00001.x>
- Brown, W. (2015). *Undoing the Demos: Neoliberalism's Stealth Revolution*. MIT Press.
- Dardot, P., & Laval, C. (2013). *La nueva razón del mundo: ensayo sobre la sociedad neoliberal*. Gedisa.
- Franceschi, C., & Campisi, J. (2014). Chronic inflammation (inflammaging) and its potential contribution to age-associated diseases. *The Journals of Gerontology: Series A*, 69(Suppl 1), S4–S9. <https://doi.org/10.1093/gerona/glu057>
- Giroux, H. A. (2014). *Neoliberalism's war on higher education*. Haymarket Books.
- Harvey, D. (2005). *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.

- Horvath, S. (2013). DNA methylation age of human tissues and cell types. *Genome Biology*, 14(10), R115. <https://doi.org/10.1186/gb-2013-14-10-r115>
- Jylhävä, J., Pedersen, N. L., & Hägg, S. (2017). Biological Age Predictors. *EBioMedicine*, 21, 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2017.06.005>
- Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(10), 693–700. <https://doi.org/10.1136/jech.55.10.693>
- Krieger, N. (2005). Embodiment: A conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(5), 350–355. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>
- Krieger, N. (2012). Methods for the scientific study of discrimination and health: An ecosocial approach. *American Journal of Public Health*, 102(5), 936–944. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300544>
- Lavanderos, L., & Malpartida, A. (2023). Life as a relational unit, the process of ecopoiesis. *Kybernetes*. <https://doi.org/10.1108/K-05-2023-0859>
- Lightart, S., Jacobs, L., Derom, C., Wichers, M., & Janssens, S. (2016). DNA methylation age in the general population: associations with lifestyle and biological factors. *Aging (Albany NY)*, 8(5), 902–912. <https://doi.org/10.18632/aging.100908>
- Matosin, N., Cruceanu, C., & Ernst, C. (2021). The epigenetics of aging and neurodegeneration. *Progress in Molecular Biology and Translational Science*, 175, 285–316. <https://doi.org/10.1016/bs.pmbts.2020.08.007>
- Schrecker, T., & Bambra, C. (2015). *How politics makes us sick: Neoliberal epidemics*. Palgrave Macmillan.
- Zannas, A. S., & Chrousos, G. P. (2017). Epigenetic programming by stress and glucocorticoids along the human lifespan. *Molecular Psychiatry*, 22(5), 640–646. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.35>

RESEÑA³¹: OECD – AI AND THE FUTURE OF SOCIAL PROTECTION IN OECD COUNTRIES (2025) OECD Artificial Intelligence Papers – N°42 (junio 2025) ([versión original click aquí](#))

Es un texto oportuno, ambicioso y necesario en el contexto actual, donde la inteligencia artificial (IA) avanza aceleradamente y su incorporación en los sistemas de protección social genera oportunidades y riesgos considerables. Este informe de la OCDE busca, con enfoque analítico y prudente, explorar el rol potencial de la IA en la modernización de los sistemas sociales de los países miembros.

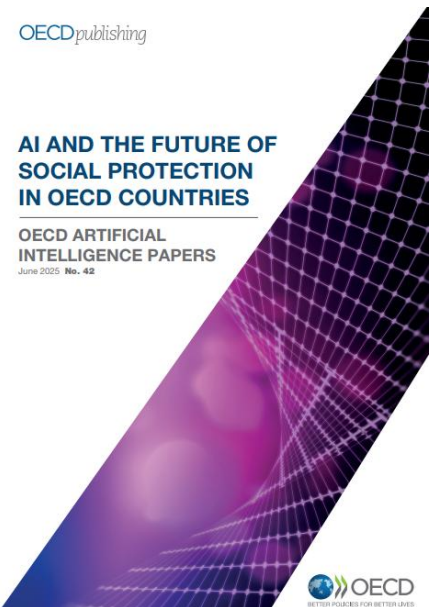
A diferencia de textos meramente descriptivos, este documento tiene un mérito particular: invita a reflexionar no solo sobre los beneficios, sino también sobre los dilemas éticos, sociales y políticos que plantea la incorporación de IA en programas sociales.

1. Los usos actuales y emergentes de IA en la protección social

El informe identifica tres usos predominantes de la IA hoy:

- Apoyo al cliente mediante chatbots y asistentes virtuales.
- Automatización de procesos administrativos.
- Detección de errores y fraudes.

Sin embargo, el documento destaca que el verdadero potencial de la IA reside en aplicaciones más sofisticadas, como la analítica predictiva, las intervenciones personalizadas y la reducción de la "no toma" de beneficios. Un aspecto destacable es el énfasis en que estas aplicaciones no deben verse como panaceas tecnológicas, sino como herramientas complementarias sujetas a rigurosas pruebas y marcos éticos robustos.



2. Opinión crítica sobre las aplicaciones predictivas

Particularmente relevante resulta la discusión sobre el uso de IA para predicción de riesgos sociales, como la prevención de personas sin hogar o la identificación de

³¹ El borrador inicial de esta reseña fue producido con ChatGPT, un modelo de lenguaje de OpenAI (<https://chat.openai.com/>, versión GPT-4o, 2025). El contenido fue revisado, corregido y complementado por el equipo editorial de la revista, que asume la responsabilidad total del texto.

adultos mayores en situación de soledad. Estos casos demuestran que, bien diseñados, los algoritmos pueden anticipar vulnerabilidades y optimizar los recursos sociales. Sin embargo, el informe es cauto al advertir que la precisión predictiva no es infalible y que los falsos positivos pueden tener consecuencias graves, como la estigmatización o la intervención innecesaria en la vida privada.

Aquí se echa de menos una reflexión más profunda sobre la gobernanza de los datos y la necesidad de garantizar representatividad en los conjuntos de entrenamiento, particularmente para evitar sesgos hacia grupos vulnerables.

3. IA y el riesgo de deshumanización

Un punto crítico es la preocupación por la “deshumanización” de los servicios sociales. Automatizar no debe equivaler a excluir el juicio humano, especialmente en situaciones complejas que requieren empatía, flexibilidad y comprensión contextual.

Parece pertinente la comparación que hace el documento entre los riesgos de la IA y las ya existentes fallas humanas en los procesos de adjudicación de beneficios. La IA puede amplificar los errores si no se aplica con transparencia y supervisión, como lo evidencian los lamentables casos de discriminación algorítmica en Países Bajos o los escándalos de automatización mal implementada en Australia (Robodebt).

4. La confianza ciudadana como factor clave

Un aporte central del informe es visibilizar el escepticismo ciudadano: menos del 40% de los encuestados en 27 países de la OCDE confían en el uso gubernamental de IA para procesos sociales. Este dato, lejos de ser un obstáculo técnico, refleja un desafío sociopolítico profundo: sin confianza y transparencia, incluso las mejores aplicaciones tecnológicas corren el riesgo de fracasar o ser rechazadas.

Es importante que la OCDE insista en la necesidad de registros públicos de usos de IA, dar cuenta de los algoritmos y salvaguardas proporcionales al nivel de riesgo.

5. Reflexión final y desafíos pendientes

El documento culmina con un llamado razonable a avanzar de forma prudente, con proyectos piloto, marcos normativos sólidos y una vigilancia ética constante. Sin embargo, falta una discusión más explícita sobre los impactos redistributivos de la IA en los sistemas de protección social: ¿La eficiencia tecnológica se traducirá en mayor equidad o, por el contrario, exacerbará las brechas existentes?

Asimismo, el informe podría haber profundizado en las implicancias para los países con menores capacidades digitales o con estados de bienestar más frágiles, lo cual es crucial para América Latina y otras regiones fuera del núcleo OCDE.

En síntesis: Se trata de un informe técnicamente robusto, socialmente consciente y políticamente prudente. Sus advertencias sobre los límites de la IA, la importancia del control humano y la necesidad de transparencia son particularmente valiosas. No obstante, queda abierta la interrogante sobre cómo garantizar que la IA en protección social no solo sea eficiente, sino también justa, inclusiva y respetuosa de los derechos humanos.

Es una lectura imprescindible para formuladores de políticas, tecnólogos y estudiosos de la intersección entre IA y bienestar social.

FORO INTERNACIONAL ECONOMIA Y SALUD PARA TODOS

(8 DE OCTUBRE 2025 10,30 HRS de Chile. 14,30 hrs UTC)



FORO INTERNACIONAL ECONOMÍA Y SALUD PARA TODOS

La **Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST)** y la **Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB)**, tienen el agrado de invitarle al **“Foro Internacional Economía y Salud para todos: Conectando decisiones económicas con salud y bienestar real”**, el que se transmitirá por la plataforma **Teams** el **8 de octubre de 2025** entre las 10:30 y las 12:30 horas (horario Chile - 14.30 horas UTC). El enlace será compartido una semana antes del evento por correo electrónico a quienes se inscribieron.

EXPONEN:



Profesor Guillem López-Casasnovas

Ex presidente de la Asociación Mundial de Economía de la Salud, académico de la U. Pompeu Fabra (Barcelona).

Tema de la exposición: **Economía de la Salud como disciplina**



Rafael Urriola-Urbina

Economista de la salud, presidente de APROB y director de la revista “Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo”.

Tema de la exposición: **Estrategia de Economía y Salud para Todos**



Jaime Espina Ampuero

Ingeniero civil industrial y magíster en Administración de Empresas. Director de CENABAST desde 2023.

Tema de la exposición: **Intermediación en compras públicas para el sector salud: impacto real en la ciudadanía.**



Inscripciones, escaneando el código QR:

FORO CONECTANDO DECISIONES ECONOMICAS CON SALUD Y BUEN VIVIR. MIERCOLES 29 DE OCTUBRE 10.30 HORAS

FORO INTERNACIONAL : ECONOMÍA, SALUD Y BUEN VIVIR.

CONECTANDO DECISIONES ECONÓMICAS CON SALUD Y BUEN VIVIR

Tres presentaciones:



Profesor Mauricio Matus-López

Doctor en Economía. Profesor Métodos Cuantitativos e Historia Económica de la U. Pablo de Olavide de Sevilla. Ha trabajado en el Departamento de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de Chile y tiene diversas publicaciones sobre los sistemas de salud en América Latina.



Isabel de Ferrari Fontecilla

Decana de la Facultad de Salud y Buen Vivir UAHC. Enfermera y magister en Educación Superior, compartirá la visión del buen Vivir en la formación de las nuevas generaciones y como se inserta con los problemas de la salud de las personas y las necesidades de financiamiento del sistema.



Rafael Urriola-Urbina

Economista de la salud, presidente de APROB y director de la revista Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo, cerrará la jornada con una exposición sobre la Estrategia de Economía y Salud para Todos que promueve la OMS/OPS, abordando la intersección entre economía, salud pública y bienestar colectivo.



Moderadora

María Luz Trauttmann, economista, profesora e investigadora de la Universidad Academia Humanismo Cristiano, especialista en temas de economía social y solidaria.

Sede central **Condell 343**, Providencia. Auditorio Salvador Allende, día **Miércoles 29 de octubre, 16:30 hrs**
Transmisión por youtube@academia.cl

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 revisora de textos con miembros de APROB y lectores 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 en enero de 2026 tienen como plazo máximo de entrega el 5 de diciembre 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 con el propósito de ser referenciados en la revista. La información de esta convocatoria se mantendrá actualizada en la web institucional www.aprobienestar.cl

5) APROB está siguiendo las reglas de las revistas indizadas lo que exige que cada artículo tenga un resumen de no más de 500 caracteres. 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/oecd-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

Con atentos saludos,

Comité Editorial

Revista Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo (APROB)