

SISTEMAS DE SALUD Y BIENESTAR COLECTIVO

Boletín No 1 septiembre de 2023

Click en la página para ir al artículo

INDICE

PRESENTACIÓN		p.2
DESARROLLO SOSTENIBLE Y BIENESTAR HUMANO	Salvador Marconi R	p.3
SALUD Y BIENESTAR ¿QUÉ DEBEMOS MEDIR?	Rafael Urriola Urbina	p.10
VALPARAÍSO: REDUCCIÓN DE COSTOS FARMACÉUTICOS DE BOLSILLO MEDIANTE FARMACIAS POPULARES COMUNALES	Ana Victoria Nieto	p.20
LA ERA DIGITAL Y SU IMPACTO EN EL BIENESTAR HUMANO		
Erick Cortez Pinto		p.27
POR EL DERECHO A LA SALUD MENTAL SIN DISCRIMINACIÓN Y EN CONDICIONES DE EQUIDAD CON LA SALUD FÍSICA	Eduardo Toro Leontic	p.36
SUEÑO, CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR SOCIAL	Juan Carrillo Azócar	p.45
RESEÑA (en español): WHO Council on the Economics of Health for All. Health for all: transforming economies to deliver what matters Final report. Geneva: World Health Organization; 2023.	Gabriela Tello G.	p.48
Publicaciones y actividades de APROB		p.50

Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo es una publicación cuatrimestral de la ASOCIACIÓN PARA LA PROMOCION DEL BIENESTAR, APROB. 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 del Boletín es exponer casos, experiencias, metodologías, conceptos o teorías que ayuden a identificar los ámbitos del bienestar en salud y que permitan identificar indicadores relevantes en la perspectiva de un barómetro que incluye otros sectores, desde luego, la economía y el medio ambiente.

La Revista se distribuye a universidades, institutos de investigación y otras organizaciones, especialmente las relacionadas con la salud, así como a usuarios individuales.

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 este o futuros boletines diríjase a contacto@aprobienestar.cl

Esta edición estuvo a cargo de Rafael Urriola Urbina. APROB agradece la colaboración de los autores de esta edición y a quienes actuaron como revisores (Michel Bonnefoy, Ismael Aguilera, Leandro Urbina, Camila Bravo y Susana Martínez) además de los autores que revisaron documentos de terceros.

El texto completo del Boletín 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). Boletín Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo No1. Santiago, septiembre de 2023.

Se autoriza reproducir total o parcialmente esta obra mencionando la fuente respectiva.

Septiembre de 2023

PRESENTACION

La Asociación para la Promoción del Bienestar (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.

En sistemas complejos y de actividades múltiples como la salud es difícil estructurar un sistema representativo de indicadores del desempeño sectorial. No obstante, hay países que logran este objetivo con un par de decenas -o menos- de indicadores calificados como trazadores, tal como la esperanza de vida que continúa siendo el indicador insignia de la salud.

Los trabajos que se han incluido en este Boletín tienen por objeto exponer casos, experiencias, metodologías, conceptos o teorías que ayuden a identificar los ámbitos del bienestar en salud y que permitan identificar indicadores relevantes en la perspectiva de un barómetro que incluye otros sectores, desde luego, la economía y el medio ambiente.

La velocidad de la circulación de la información potenciada por la inteligencia artificial es un hecho fundamental. Se ha constatado que algunos artículos pueden quedar obsoletos muy rápidamente. Los autores no pueden esperar a que sus aportes sean revisados durante largo tiempo. Por ello, el boletín, desde el próximo número, se hará de una manera diferente. Los aportes que sean revisados y aceptados por el comité editorial serán “subidos” a la web institucional en un máximo de siete días después de recibidos y, así, el próximo boletín 2 será una recopilación de los artículos recibidos entre septiembre y diciembre de 2023.

Entonces, los invitamos e instamos a que nos envíen artículos para ser difundidos por nuestros medios.

Infórmese en nuestra página: www.aprobienestar.cl

Contáctenos en contacto@aprobienestar.cl

DESARROLLO SOSTENIBLE Y BIENESTAR HUMANO

Salvador Marconi R. ¹

1. Introducción

Este artículo se basa en las reflexiones de varios autores sobre el tema del bienestar en general y puede servir como lineamientos para las acciones que se propone desarrollar la Asociación para la Promoción del Bienestar de Chile, APROB. El trabajo se enmarca en un proyecto mucho más amplio, relacionado con la creación y el fortalecimiento de APROB cuyo objetivo principal es generar espacios de reflexión y debate para elaborar proyectos que aporten al fortalecimiento de la democracia institucional, económica, social y ambiental del país, en el marco de una perspectiva de bienestar de la población.

Entre los ámbitos de acción de APROB pueden señalarse la realización de informes sectoriales periódicos en distintas áreas (economía, empleo, salud, ambiente, género, etc.); la elaboración de indicadores que posibiliten el cálculo de un barómetro del bienestar humano y el desarrollo sostenible para Chile; la promoción, desarrollo y organización de actividades y programas en la perspectiva del bienestar.

En esa perspectiva, este artículo es un primer acercamiento a los conceptos de bienestar humano y desarrollo sostenible, pues se pretende ir construyendo un marco teórico que sirva de referencia para las actividades de investigación y análisis, de extensión y divulgación que realiza APROB.

Esto supone precisar, entre otros, los siguientes aspectos:

- i. La integración entre sustentabilidad ambiental, social, económica e institucional
- ii. Los desafíos de la cuantificación del bienestar económico y el desarrollo sostenible y la necesidad de disponer de una herramienta que posibilite tener en cuenta las diferentes dimensiones del bienestar.

En el año 2020, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos publicó un interesante libro en el que se presentan nuevos enfoques para abordar los desafíos económicos (OCDE: 2020). El texto propone una ruptura de los paradigmas y una concepción más amplia del progreso económico, centrado en el bienestar humano y en el desarrollo sostenible, ruptura teórica que insta a superar hipótesis simplistas como la existencia de un sistema económico con agentes homogéneos, racionales y maximizadores de utilidad, que interactúan en mercados atemporales y que – en última instancia- se auto-equilibran. El texto sugiere un mayor compromiso y experimentación con la complejidad, la

¹ Economista; coordinador del Área de Macroeconomía y Bienestar de la Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB).

racionalidad limitada, el poder económico, los equilibrios múltiples y los resultados del desequilibrio.

Finalmente, se presenta un ejemplo de instrumento (un barómetro del bienestar multidimensional del bienestar) que sustente el diseño de políticas públicas para lograr un desarrollo sostenible y el bienestar humano, propósitos fundacionales de APROB-Chile.

Un concepto clave, desde la perspectiva metodológica es el capital y su vinculación con el bienestar.

2. Bienestar y capital

La lógica que ha orientado la expansión de la economía capitalista, principalmente a partir de la revolución industrial (Reig Martínez: enero 2021) es una concepción lineal que parte desde la extracción de materias primas, pasando por la producción, distribución y el consumo de bienes (y servicios) hasta la acumulación de productos usados y de residuos en un vertedero. Por su parte, el enfoque de la economía circular, que pretende reconstruir el stock de capital económico, humano, social y natural, manteniendo su nivel para transferirlo a las generaciones futuras, se encuentra en los fundamentos teóricos del desarrollo sostenible y del bienestar humano.

El desarrollo sostenible es un tema relacionado con la equidad intergeneracional, determinado por la distribución del capital en el tiempo. Esto implica preservar el bienestar de las generaciones futuras, garantizando que dispondrán de los recursos suficientes sin perjudicar a la generación presente.

La calidad de vida de las presentes y futuras generaciones depende de cómo se usen los activos, es decir el capital económico (maquinaria, construcciones y software, principalmente), el capital natural (recursos naturales, clima y biodiversidad), el capital humano (trabajo, educación y salud) y el capital social (cohesión social, participación ciudadana, valores compartidos, seguridad y confianza institucional, etc.).

El capital disponible permite generar bienes y servicios por medio de procesos productivos, así como ingresos utilizados para adquirir (consumir) esa producción. Es decir, los bienes y servicios producidos tienen una 'utilidad'. Esa utilidad está relacionada con el bienestar económico, que es la medida del acceso de las personas a los bienes y servicios producidos (Oleas-Montalvo: 2013). El incremento de esa utilidad -y obviamente, la manera en la que se distribuye entre los individuos- expande el bienestar humano, que puede ser medido con indicadores objetivos y subjetivos del grado de satisfacción de la calidad de vida.

La “calidad de vida” es un concepto amplio, no confinado a la utilidad material derivada del consumo de bienes y servicios. Esa noción evoca aspectos más amplios que el de bienestar económico, pues incorpora las capacidades y funcionalidades concebidas por Amartya Sen, como es la libertad y las opciones de las personas para satisfacer sus necesidades.

3. Desarrollo sostenible

Hasta la década de los noventa del siglo XX, el nivel (y la evolución) del PIB y del empleo, las tasas de inflación, el desbalance fiscal y el déficit en cuenta corriente de la balanza de pagos eran los indicadores utilizados en los procesos de toma de decisión: en lenguaje macroeconómico, el marco en que se tratan estas variables se denominaba el “cuadrado mágico”, es decir, un esquema que ponía en evidencia los trade off (dilemas) de política económica.

Los acuerdos internacionales (Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM); los trabajos encomendados por el ex Presidente francés Sarkozy al grupo de expertos liderados por los economistas Joseph Stiglitz, Amartya Sen y Jean Paul Fitoussi (Stiglitz: 2009); la adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS: 2015) y el trabajo de varios académicos, ampliaron el horizonte conceptual y metodológico para incorporar una serie de variables e indicadores que pudiesen reflejar la situación y evolución de las distintas facetas que supone el desarrollo sostenible y el bienestar humano.

Las economías modernas ahora son concebidas como sistemas complejos de adaptación, en constante evolución y reorganización, y no como desviaciones de un equilibrio estable con la capacidad de auto-estabilizarse cuando son sometidas a shock.

Abordar estos desafíos requiere repensar los enfoques teóricos dominantes, lo que implica:

- a. una nueva concepción del progreso económico y social: una comprensión más profunda de la relación entre crecimiento, bienestar humano, reducción de las desigualdades y sostenibilidad ambiental; es decir, incorporar en el debate el concepto de multidimensionalidad del bienestar,
- b. nuevos marcos de teoría y análisis económicos: una base más enriquecedora para comprender y poner en evidencia cómo funcionan las economías, y nuevas herramientas y técnicas para ayudar a los responsables de la formulación de políticas públicas,
- c. nuevos enfoques de política económica: un conjunto más amplio de reformas políticas e institucionales, basadas en los nuevos marcos y análisis, para lograr los nuevos objetivos sociales y económicos.

El logro de estos objetivos requiere que los policy-makers miren "más allá del crecimiento" y revertir los paradigmas sobre la relación entre la economía y el ambiente.

4. Un barómetro para medir la multidimensionalidad del bienestar

El bienestar es un concepto amplio, con múltiples facetas. Algunas de ellas pueden ser 'capturadas' razonablemente bien por uno o varios de los agregados clave del sistema de cuentas nacionales (SCN). Otras podrán reflejarse utilizando la estructura básica del SCN y ampliándola en determinadas direcciones, posiblemente mediante la inclusión, por ejemplo, de los servicios no remunerados (cuidados) y de los efectos de los daños al ambiente. (SCN 2008, par. 1.84)

Una idea crucial y unificadora del informe elaborado por Stiglitz, Sen y Fitoussi, es que llegó la hora de que el sistema estadístico se centre más en la medición del bienestar de la población que en la medición de la producción económica y que es conveniente que dichas mediciones del bienestar reflejen también los problemas relacionados con la sustentabilidad.

En síntesis, hay que medir bien el PIB ¡pero ir más allá del PIB! En efecto, para calcular variables como ingreso, consumo y riqueza es necesario iniciar calculando el PIB.

La humanidad demanda nuevas métricas que den cuenta de:

- Cambios en las economías: globalización - digitalización
- Sostenibilidad: cambio climático; impactos en el ambiente; extractivismo de los recursos naturales
- Bienestar humano: no sólo bienestar material en sus dimensiones (bienestar económico medido por ingreso, consumo y riqueza) sino también bienestar subjetivo (calidad de vida)
- Desigualdades, es decir, no medir sólo promedios sino también mayor desagregación, pues es necesaria una mayor granularidad. En otros términos, es indispensable disponer de indicadores que representen las diferencias sociales y de acceso
- Economía del cuidado y trabajo no remunerado / uso del tiempo / salud / educación
- Sector informal

Para comprender la noción de bienestar, es necesario recurrir a una definición pluridimensional. En principio, por lo menos, las dimensiones serían:

- i. las condiciones de vida materiales (ingreso, consumo y riqueza)

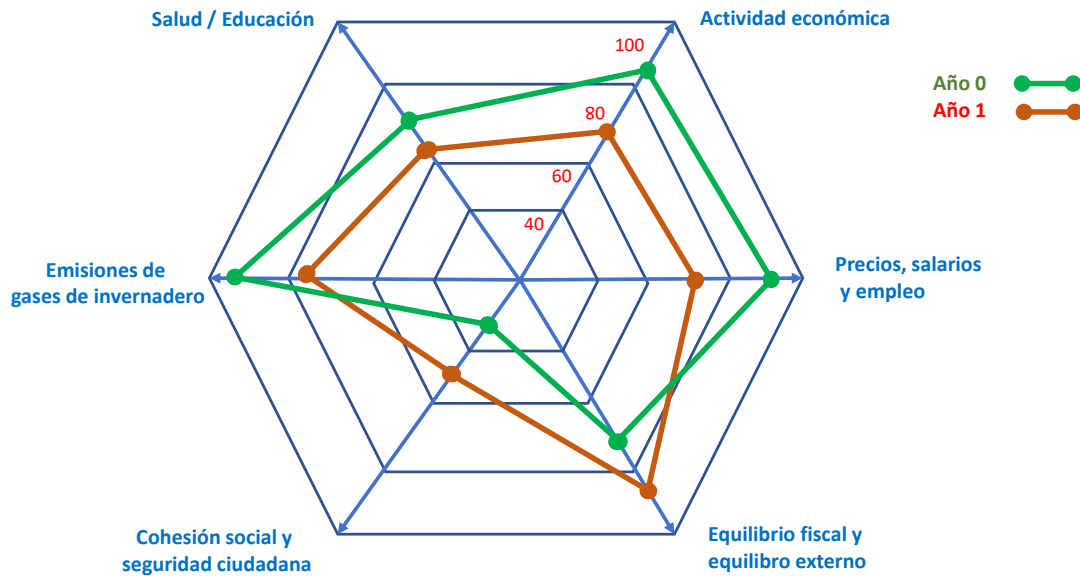
- ii. la salud (mecanismos de acceso, igualdad de prestaciones, calidad de los servicios)
- iii. la educación (calidad y profesionalidad)
- iv. las actividades personales, y dentro de ellas, el trabajo y el ocio (cultura)
- v. la participación en la vida política (canales) y la gobernanza
- vi. los lazos y relaciones sociales (cohesión social)
- vii. el ambiente (estado presente y futuro); los recursos naturales, el cambio climático y el desarrollo sostenible
- viii. la seguridad, tanto económica como física

Estas dimensiones rediseñan el bienestar humano y el desarrollo sostenible, cuya medición es un objetivo central de APROB utilizando como herramienta un barómetro del bienestar.

Cada uno de los ejes representa una dimensión del bienestar y todos parten de cero, es decir, el punto central de la "telaraña"; mientras más lejano sean los puntos, la población dispondrá mayores niveles de bienestar. Como se podrá intuir del ejemplo reportado, al comparar el año 1 (líneas rojas) con el año 0 (líneas verdes), es posible afirmar que la población dispone de un mayor nivel de bienestar en términos de equilibrios fiscales y del sector externo, mientras ha empeorado su situación en todos los demás ámbitos del bienestar (hay mayores grados de malestar en esas áreas).

La ventaja de este instrumento es la de ofrecer una interpretación holística a diferencia de los indicadores sintéticos, como es el caso del Índice de Desarrollo Humano (IDH), calculado por el Banco Mundial; por otra parte, su robustez dependerá de la calidad, consistencia y oportunidad de las variables e indicadores que se disponga para describir cuantitativamente cada una de las dimensiones.

Un ejemplo simplificado de barómetro multidimensional del bienestar



Finalmente, se trata de una herramienta objetiva que puede facilitar el dialogo entre las partes sociales y el gobierno. Por lo demás, podría servir como soporte para formular y coordinar las políticas fiscales y monetarias y la participación de los actores económico-sociales (sindicatos, gremios empresariales, organizaciones comunitarias, etc.) en su diseño e implementación.

Bibliografía

Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas - CEPAL (2019); "La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Objetivos, metas e indicadores mundiales". Santiago de Chile. (<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/40155>)

Marconi, Salvador (abril 2021); "Economía circular, macroeconomía y desarrollo sostenible", Revista Occidente n. 515, Santiago de Chile, pp. 28-33.

Mazzucato, Mariana (febrero 2021); "From moonshots to earthshots, Social Europe", febrero 2021 (<https://www.socialeurope.eu/from-moonshots-to-earthshots>)

Michalos, Alex C. (Editor) (2014); "Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research"; University of Northern British Columbia Prince George, BC, Canada and (residence) Brandon, MB, Canada; ISBN 978-94-007-0752-8 ISBN 978-94-007-0753-5 (eBook), Springer Science+Business Media Dordrecht 2014, ISBN 978-94-007-0754-2 (print and electronic bundle)

DOI 10.1007/978-94-007-0753-5, Springer Dordrecht Heidelberg New York London

OCDE (2020), "Beyond Growth: Towards a New Economic Approach", New Approaches to Economic Challenges, OECD Publishing, París.

(<https://doi.org/10.1787/33a25ba3-en>)

Oleas-Montalvo, Julio (diciembre 2013); "El Sistema de Cuentas Ambientales y Económicas (SCAE) 2012: fundamentos conceptuales para su implementación"; Estudios Estadísticos 84 de la CEPAL, Santiago de Chile.

Reig Martínez, Ernest (enero 2021); "¿Una economía circular para Europa?", Revista Primera Piedra n. 918, Santiago de Chile.

Joseph Stiglitz, Amartya Sen y Jean Paul Fitoussi (2009); "Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress", París.

UNECE/FAO/IMF/OECD/WB (2012); European Commission, Food and Agriculture Organization (FAO), International Monetary Fund (IMF), Organisation of Economic Co-operation and Development (OECD), United Nations y World Bank, "System of Environmental Economic Accounting, Central Framework".

UNECE/OCDE (2011); "The Joint United Nations Economic Commission for Europe/Eurostat/Organization for Economic Co-operation and Development Task Force on Measuring Sustainable Development, Summary of the report on measuring of sustainable development, Geneva, 21/march/2011, ECE/CES/2011/4

SALUD Y BIENESTAR ¿QUÉ DEBEMOS MEDIR?

Rafael Urriola Urbina^{2 3}

Resumen

Este trabajo tiene por objeto presentar una metodología para encontrar el conjunto adecuado de indicadores objetivos de resultados sanitarios y de indicadores que representen las expectativas subjetivas de bienestar en salud, tanto individuales como colectivas. El problema surge en que se usan indicadores de producción sanitaria que no siempre están vinculados a mejoras en el bienestar de la población. Sin embargo, algunos estudios están incorporando indicadores complementarios de producción sanitaria, de comportamiento de las personas, de entorno social, de entorno ambiental y de envejecimiento saludable. Por el lado del bienestar subjetivo se proponen indicadores de autopercepción de salud. Este documento es un insumo para elaborar un sistema o barómetro (un conjunto sucinto de indicadores) que evalúe los cambios en el bienestar de la población por la acción sanitaria en Chile.

I. Antecedentes

No es nuevo medir bienestar. Si bien, no hay una definición única y simple podemos usar la siguiente: el bienestar se refiere al estado general de salud y felicidad física, mental y emocional experimentado por un individuo. Implica una interacción dinámica entre factores físicos, psicológicos y sociales, contribuyendo al sentido general de prosperidad y florecimiento de los individuos en tanto entes sociales.

Hace años que hay preocupaciones por superar las medidas tradicionales en ámbitos económicos, sociales o ambientales ^{4/5/6}. En general, los indicadores tradicionales, aunque útiles, son insuficientes para medir bienestar. Un conjunto

² Magister en Economía Pública y Planificación. U. de Paris, Francia. rafa.urriola.u@gmail.com Coordinador Área Salud y Bienestar www.aprobienestar.cl

³ El autor agradece los relevantes comentarios de Susana Martínez S. y de Ismael Aguilera.

⁴ Stiglitz, J., Sen, A., & Fitoussi, J.-P. (2009). Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf

⁵ Commission of the European Communities Brussels, (2009). GDP and beyond Measuring progress in a changing world. Communication from the commission to the council and the european parliament.

⁶ Boullosa Nicolás (2009). PIB y bienestar: el fin del culto al Producto Interior Bruto. <https://faircompanies.com/articles/pib-y-bienestar-el-fin-del-culto-al-producto-interior-bruto/>

ideal de indicadores debería informar, de las tendencias de las enfermedades, comportamientos y condiciones de vida que con mayor frecuencia causan problemas de salud⁷. Esto permitiría establecer prioridades en las estrategias de salud. Aun así, las actividades que tratan de restablecer la salud de una persona no son suficientes para evaluar la percepción que esta persona tiene del sistema de salud.

Existen enfoques de bienestar subjetivo, colectivo y objetivo. El subjetivo se refiere a la valoración que las personas hacen de su propia vida, de manera general o en cualquiera de sus múltiples dimensiones: salud, trabajo, familia, comunidad, país, etc. El bienestar subjetivo es declarado por los propios individuos. El bienestar colectivo se refiere a los aspectos del bienestar subjetivo que son mayoritariamente aceptados por la población, mientras que el bienestar objetivo puede ser determinado por estudios del gobierno, la academia u organismos multilaterales, entre otros.⁸

Este trabajo tiene por objeto presentar una metodología para encontrar el conjunto adecuado entre indicadores objetivos de resultados sanitarios e indicadores que representen las expectativas colectivas para desembocar en una métrica o un modelo que represente el bienestar en el marco de la salud.

La sección II muestra los conceptos básicos de bienestar que encaminan hacia la definición metodológica. En la sección III, se describen los sistemas de información existentes en Chile que permiten conocer las estadísticas e indicadores disponibles. Finalmente, se entregan algunas conclusiones.

II. Conceptos básicos para una definición metodológica

Existen algunos trabajos que aportan pistas sobre el bienestar humano, teniendo en cuenta factores de sostenibilidad. La sistematización de Boullosa (2009) da cuenta de algunas de estas aproximaciones, entre ellas:

- [Encuesta Europea sobre Calidad de Vida; Felicidad Interior Bruta](#) desarrollada por el Centro de Estudios Bhutaneses de Bhután; Índice del Planeta Feliz (Happy Planet Index): [Satisfaction with Life Index](#) (Índice de Satisfacción con la Vida; cabe agregar los aportes que provienen del Buen Vivir que permiten complementar las definiciones de bienestar (ver Acosta y Martínez 2009)⁹.

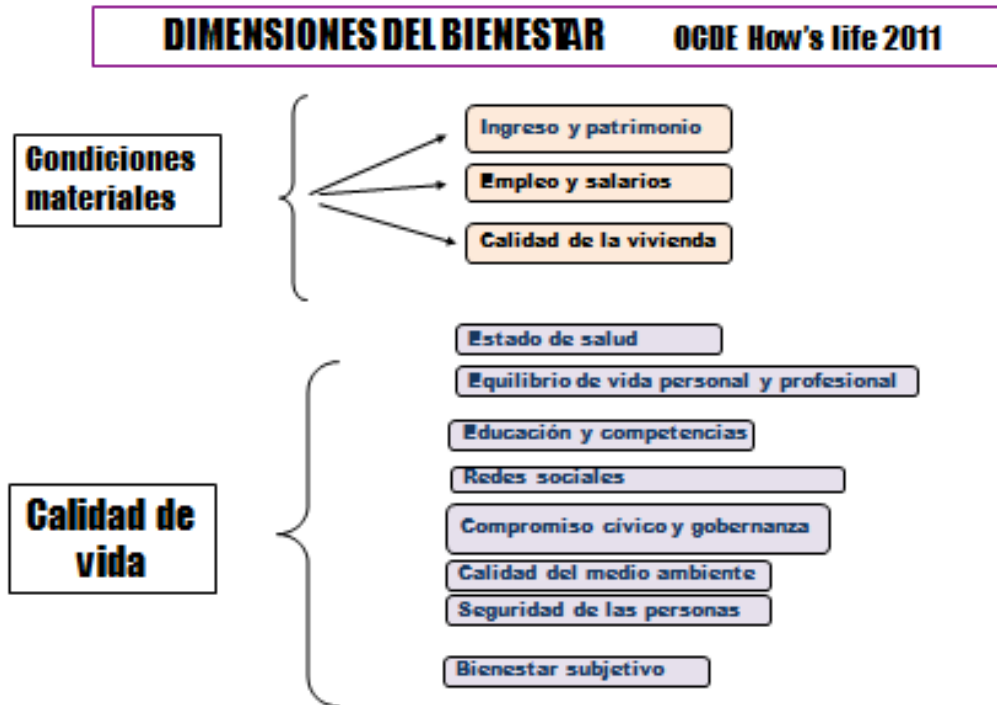
⁷ OCDE (2011), *Comment va la vie ? Mesurer le bien-être*, Éditions OCDE. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264121195-fr>

⁸ Gerver Torres. Bienestar subjetivo en América Latina. Encuentro Venezuela en Boston. 29 de enero, 2010 <https://historico.prodavinci.com/2010/01/29/economia-y-negocios/bienestar-subjetivo-en-america-latina/>

⁹ Alberto Acosta y Esperanza Martínez (comp.) El buen vivir. Una vía para el desarrollo. Ediciones Abya-Yala, Quito, 2009.

Existen iniciativas internacionales que tratan de comparar el bienestar de los países mediante la elaboración de índices sintéticos (OECD Better Life Index o EU Social Progress Index).

Considerando todos los aportes anteriores, el gráfico presentado por la OCDE (2011)¹⁰ incluye la mayoría de las dimensiones que debiesen ser incluidas en una perspectiva de bienestar.



Fuente: OCDE (2011)

La asociación de calidad de vida relacionada con salud es también antigua. La confusión entre estado de salud y calidad de vida ha dado origen a dilemas éticos, técnicos y conceptuales que, han llevado al camino de la medicalización de la vida cotidiana¹¹. Específicamente en el plano de la salud, señala Schwartzmann (2003), en 1930 se realizó la primera evaluación de bienestar material y en los años 50 apareció el término calidad de vida en los análisis de salud. Los estudios posteriores comenzaron a mostrar la escasa relación entre indicadores sanitarios objetivos de satisfacción con la calidad de la vida y los indicadores subjetivos, indica la autora.

¹⁰ OCDE. How's life. 2011

¹¹ Schwartzmann Laura. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc. enferm. v.9 n.2 Concepción dic. 2003. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>

Un problema central en la construcción de indicadores objetivos de salud es encontrar un factor de medida que compare impactos en bienestar de las soluciones a las enfermedades. Por ejemplo, los DALYs (años de vida ajustados por Discapacidad) o AVADs por su sigla en español, combinan los años potenciales de vida perdidos (APVP) más los años vividos con discapacidad (AVD) dentro del proceso salud/enfermedad. Su principal utilidad se refiere a que permite comparar el efecto de las intervenciones sanitarias según la carga de enfermedad, es decir, permite medir cuanto evita una intervención en mortalidad prematura y en discapacidad para una población determinada.¹²

Los DALYs se han consolidado como indicadores sintéticos de salud que resumen y permiten comparar el impacto de los riesgos (mortales y no mortales) entre comunidades mediante estudios de carga de enfermedad y podrían ser de utilidad para definir los indicadores de bienestar.

La OPS (2016) en cuanto a salud diferencia entre indicadores de proceso, de producto (o de producción) de resultados (cobertura de las intervenciones o atenciones sanitarias) y de impacto (estado de salud y protección contra riesgos financieros). La esperanza de vida al nacer, indicador “insignia” de la salud, sintetiza los indicadores objetivos de producción y de resultados.

De otra parte, hay publicaciones recientes (OCDE 2023¹³) que destacan la necesidad de poner énfasis en los indicadores de resultados (los *Value-based payment models*) que -aun incipientes- tienen por objetivo incentivar y premiar a los proveedores por calidad, eficiencia y resultados de los cuidados que brindan. Esta óptica está mejor alineada con la de bienestar. Estos modelos pueden ser resumidos en mecanismos de pago tales como: i) Pago por rendimiento (*Pay-for-Performance*): Incentivos financieros basados en logro de indicadores de calidad y resultados, (cumplimiento de estándares de atención; la mejora en los resultados de salud de los pacientes o la reducción de los costos de atención); ii) Pago global (*Bundled Payments*): pago único para un conjunto de servicios relacionados con un episodio de atención o una enfermedad específica. Esto alienta a los proveedores a coordinar la atención y buscar eficiencias en el proceso de atención para mejorar resultados con costos controlados; iii) Atención basada en el valor (*Value-Based Care*): Se establecen acuerdos de reembolso que se basan en el valor entregado a los pacientes, teniendo en cuenta la calidad de la atención, los resultados de salud y la satisfacción del paciente. Se pueden utilizar métricas y medidas específicas sobre el bienestar para determinar el desempeño de los proveedores.

¹² Nelson Alvis, María Teresa Valenzuela. Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Rev Med Chile* 2010; 138 (Supl 2): 83-87 <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010001000005>

¹³ Luca Lindner and Luca Lorenzoni. Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: start small, prove value, and scale up. *OECD Health Working Papers* No. 154, 2023.

Tanto en el Observatorio Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025 se incluye un indicador –a tomar en cuenta en la medición de bienestar- que mide el riesgo de las poblaciones de tener una muerte prematura antes de los 70 años por las cuatro causas de enfermedades no transmisibles más importantes: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias crónicas¹⁴.

De su parte, los indicadores subjetivos de bienestar en salud se relacionan, en primer lugar, con la auto percepción de estado de salud de los usuarios. Cabe notar que los indicadores subjetivos cobran importancia en la medida que son colectivos, es decir, reivindicados por sectores mayoritarios de la población. Para estos efectos se usan modelos de satisfacción usuaria que incluyen variables como: trato, oportunidad en la atención y percepción de la calidad de las prestaciones¹⁵.

En general, los estudios de desempeño están incorporando las percepciones de bienestar de la población que se expresan en encuestas como bienestar colectivo. Por ejemplo, el de la NAS de EE. UU¹⁶. o la Casen de Chile. El desafío consiste en adoptar métricas de subjetividad que no solo incluyan la dimensión personal en cuanto a atención sino las expectativas sobre el deber ser de los sistemas de salud. Esto es asumir que la subjetividad está formada tanto por el juicio que las personas hacen sobre su experiencia personal al contactarse con el sistema, como por el juicio que tienen del sistema de salud en que viven. La Cepal (Villatoro 2012¹⁷) hace aportes en cuanto a la necesidad y manera de medir bienestar colectivo. Otro estudio general sobre bienestar subjetivo/colectivo en Chile señala “...satisfechos consigo mismos pero molestos con la sociedad: esa parece ser la realidad actual de la subjetividad en Chile¹⁸. Esta doble mirada de la subjetividad puede intentar aplicarse en salud.

Revisiones de literatura y metaanálisis sobre la felicidad y la salud generalmente han concluido que la felicidad o el bienestar subjetivo (no necesariamente sinónimos) pueden ser beneficiosos para la salud y la longevidad. Asimismo, la

¹⁴ CEPAL (2022) Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores.

¹⁵ Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMO). Estudio Satisfacción Usuaria. U. de Concepción, 2015

¹⁶ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2020. Informing the Selection of Leading Health Indicators for Healthy People 2030: Proceedings of a Workshop in Brief. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25654>

¹⁷ Pablo Villatoro S. (2012) La medición de bienestar a través de indicadores subjetivos: una revisión. CEPAL Estudios estadísticos y prospectivos No 79. 2012

¹⁸ Sierra M. L, Morales J. M., Calvo E., Von Borries R., Zilveti M., Castillo J. et al. Desarrollo humano en Chile. Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo. PNUD. 2012.

buena salud es a menudo reconocida como el requisito previo para alcanzar el bienestar¹⁹.

Además, no puede soslayarse que las percepciones de bienestar y los resultados sanitarios o de supervivencia se diferencian según el nivel socioeconómico de las personas (Piketty 2001²⁰). Esto sugiere que los indicadores para evaluar los resultados de salud, al menos, deben diferenciar las percepciones de cada estrato social (por deciles de ingresos, etnias, regiones y otros “factores de riesgo”, como suelen caracterizarse en el ámbito sanitario)²¹.

El desarrollo económico, social, ambiental y de los sistemas de salud han permitido que aumente la esperanza de vida en todos los países, aunque con velocidades diferentes, generalmente explicadas por las desigualdades sociales al interior de cada país.

La métrica que relaciona bienestar con salud, entonces, se refiere a los determinantes que, de una parte, entorpecen o retardan el aumento de la esperanza de vida y, de otra parte, que hacen menos saludables los años ganados por defectos en: atención, soporte financiero o social.

III. La información estadística en Chile

i) *La recopilación estadística sanitaria en Chile*

El Ministerio de Salud de Chile (Minsal) recopila información de producción desde los establecimientos de salud públicos y privados a través de los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) que se agrupan en 4 tipos de datos²². Los datos recopilados de esta manera son almacenados en el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) de la Subsecretaría de Salud Pública del Minsal. Complementariamente, las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) entregan información de producción sanitaria a través de la Superintendencia de Salud. En consecuencia, el sistema de salud chileno tiene información nacional completa de la producción sanitaria.

De otra parte, la información de salud del país se alinea con la del sistema estadístico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)²³ que publica anualmente resultados. La utilidad de esta información es indiscutible porque está

¹⁹ Kok Fong See and Siew Hwa Yen. Does happiness matter to health system efficiency? A performance analysis. *Health Economics Review* (2018) 8:33 <https://doi.org/10.1186/s13561-018-0214-6>

²⁰ Piketty T. *L'économie des inégalités*. Paris La Découverte 2001 (Repères ; 216)

²¹ Sin perjuicio que este ejercicio no puede remitirse a un desglose del tipo de la sociología funcional que puede no lograr comprender el todo a fuerza de destrozarlo en porciones.

²² Minsal. Resolución exenta No 687 del 5.4.2019

²³ <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>

alineada con los conceptos generales de la salud pública. De igual manera existe información importante en salud en la OCDE ([OECD Health Statistics](#)).

ii) Información estadística de salud

Existen múltiples herramientas en el sistema sanitario chileno enfocados a la recopilación estadística. Estas pueden dividirse según el objetivo. En primer lugar, las estadísticas de gestión de las redes asistenciales que se usan esencialmente para evaluar el desempeño y cumplimiento de metas; en segundo lugar, las estadísticas generales de salud pública. (la Encuesta Nacional de Salud (ENS) o la Encuesta de Calidad de Vida, ENCAVI) y, en tercer lugar, las estadísticas de salud incluidas en encuestas nacionales como la CASEN o el Índice de Precios al Consumidor que incluye un subsector salud o el subsector salud de Cuentas Nacionales del Banco Central. Algunas de ellas se presentan en la tabla 1:

Tabla 1. Sistemas de estadísticas en Chile y acceso

ESTADÍSTICAS	frecuencia de cálculo	libre acceso al público
Incentivos por Desempeño Colectivo (Ley N°19.813 de 2002), referente a metas sanitarias y de mejoramiento de la atención.	anual	no
Índice de la Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS)	anual	no
Indicadores de los programas de reforzamiento: monitoreo de prestaciones. (PRAPS)	Trimestral aprox.	no
Registro REM: registro basado en las acciones que se realizan en atención primaria y hospitalaria	mensual	Si
Registro SIGGES: registro basado en las prestaciones GES	mensual	no
Indicadores de Establecimientos Autogestionados en Red (EAR)	Anual	no
Indicadores de economía de la salud Desal-Minsal	anual (1)	si
Compromisos de gestión	Anual	no
Encuesta Nacional de Salud (Minsal)	sin fecha fija	si
Encuesta de Calidad de Vida (Minsal)	sin fecha fija	si
Encuesta Casen (Mideso)	bianual	si
Índice de precios al Consumidor (INE)	mensual	si
Cuentas nacionales (Banco Central)	anual	si

(1) con retraso de dos años Elaboración propia

De los sistemas mencionados la mayoría solo tiene fines estadísticos. De éstos los que suelen usarse con fines de evaluación son las estadísticas GES que, obligatoriamente, deben recopilar información de cumplimiento de los compromisos de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera del Programa GES; y, el sistema de Indicadores de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS) que exige a los establecimientos municipales cumplir metas de desempeño para obtener recompensas monetarias que pueden alcanzar anualmente hasta un salario mensual adicional en caso de ser cumplidas. Esta enorme cantidad de indicadores son poco útiles para la gestión y el logro de los objetivos sanitarios²⁴.

IV. Conclusiones

- Pese a toda la información generada y que suele ser difundida por las autoridades de salud de Chile con respecto a diagnósticos y necesidades en salud no se encontraron evaluaciones holísticas sistemáticas y periódicas de las tendencias de los resultados e impactos de la actividad sanitaria en el bienestar de la población. Las estadísticas se refieren esencialmente a producción y a prevalencias que dan cuenta de los progresos con respecto a los objetivos que expresa la autoridad sanitaria. Ciertamente, las encuestas de Calidad de Vida del Minsal y la Casen del Ministerio de Desarrollo Social permiten aproximaciones a los indicadores de bienestar que surgen de este trabajo. Sin embargo, hay países que están incorporando indicadores de bienestar para definir y priorizar la planificación presupuestaria general²⁵.

²⁴ Dr. Bernardo Martorell. Exposición en el Seminario internacional "Las desigualdades de acceso a la salud: la centralidad de la Atención Primaria de Salud para avanzar hacia la salud universal". CEPAL, 19 de julio de 2023.

²⁵ Fabrice Murin, Vincent Siegerink, Julien Bonnet and Francesco Savazzi. Well-being analytics for policy use: Modelling health and education outcomes in Italy. OECD PAPERS ON WELL-BEING AND INEQUALITIES WORKING PAPER No.05, 24 Jun 2022. <https://doi.org/10.1787/d6e2d305-en>

- Los documentos del plan sanitario 2020-2030 de Chile con respecto a diferentes aspectos de la salud son necesarios y útiles, pero puede concluirse que en la estructura de los indicadores usados no se detecta una priorización de las actividades sanitarias que permitan evaluaciones de las tendencias en el comportamiento de los indicadores de salud/bienestar. Por cierto, esto podrá ocurrir una vez que se hayan definido tales indicadores de bienestar relevantes para el país.
- El bienestar en salud tiene un componente subjetivo que se puede medir por la autopercepción de salud y las percepciones de los usuarios acerca de los establecimientos que los atienden y del sistema de salud en general (esto es bienestar colectivo).
- En esta perspectiva metodológica se concluye que el bienestar objetivo/colectivo resulta de las capacidades del sistema para: promover la salud /(especialmente lo relacionado con comportamientos saludables), prevenir (mediante acciones especialmente en APS que eviten hospitalizaciones o urgencias innecesarias); atender oportunamente las enfermedades crónicas que tengan mayor impacto en reducir los AVAD (muertes prematuras provocadas por las enfermedades crónicas); reducir las situaciones de dependencia y acompañar a los pacientes y su entorno (cuidadoras) especialmente en situaciones de envejecimiento y sus secuelas. En esta óptica hay indicadores de comportamiento, de producción, y de resultados (impactos) que deben imbricarse para concluir en un indicador compuesto de bienestar en salud en que la esperanza de vida no podrá faltar. En definitiva, en este documento -de carácter metodológico- se está sugiriendo el marco para la definición de tales indicadores.
- Es fundamental incorporar al sistema de medición de bienestar en salud los indicadores sociales y ambientales conocidos como determinantes sociales y que ya son incluidos en numerosos países del mundo.
- Los indicadores y propuestas del Plan Nacional de Salud, así como las sugerencias que surgen de los expertos internacionales permiten extraer ideas para definir el marco de los indicadores con una perspectiva de bienestar. El ejercicio definitivo tendrá que hacerlo un equipo interdisciplinario. Este documento pretende ser un insumo para esa instancia.
- La construcción de un sistema de indicadores de bienestar en el ámbito de la salud no reemplaza ni descarta lo existente sino, más bien, es una propuesta que - a partir de lo existente- entrega sugerencias para el ordenamiento de las prioridades de los diferentes mecanismos que existen en el país para definir metas, actividades o compromisos de gestión.
- Este sistema de indicadores de bienestar en salud para hacer un seguimiento razonable de los resultados de las políticas sectoriales requiere, además, condiciones de confiabilidad (que sean indicadores recogidos por instituciones públicas o privadas no susceptibles de manipulación), oportunidad (que tengan una periodicidad que permita evaluar los cambios en períodos cortos, semestral o anual) y accesibilidad (que sean de acceso público). Si bien esto restringe las

variables a usar porque algunas de ellas se recogen con mucha distancia temporal, debe buscarse indicadores proxy que permitan reemplazarlos.

- Esta propuesta se enmarca en un contexto de encontrar indicadores similares en otros ámbitos (economía, empleo, medio ambiente) a fin de construir un esquema integrado de evaluación de bienestar que tenga utilidad para el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas públicas. De hecho, existen propuestas para hacer cuentas nacionales de bienestar. Habrá que evaluar su utilidad y factibilidad en Chile²⁶. Sin embargo, cada ámbito debe desarrollar el marco conceptual que le permita definir sus propios indicadores de bienestar tal como se avanza en este documento. Es posible utilizar modelos (por ejemplo, de ecuaciones estructurales) que permitan evaluar las variables más significativas en la determinación del bienestar general. Esto se hará en una fase posterior.

²⁶ Kahneman, D., Krueger, A.B., Schkade, D.A., Schwarz, N. and Stone, A.A. (2004) Toward National Well-Being Accounts. *American Economic Review*, 94, 429-434. <https://doi.org/10.1257/0002828041301713>

VALPARAÍSO: REDUCCIÓN DE COSTOS FARMACÉUTICOS DE BOLSILLO MEDIANTE FARMACIAS POPULARES COMUNALES

Ana Victoria Nieto²⁷

Valparaíso es la capital administrativa de la V región, su población en 2017 alcanzaba a 296.655 habitantes²⁸ y llegará a 321.852 personas en 2025 según estimaciones de la Secretaría Comunal de Planificación (SECPLA). Las personas inscritas en los Centros de Salud Familiar (Cesfam) de la comuna alcanzan aproximadamente al 80% de la población (tabla 1).

Tabla 1. Chile: personas inscritas en los CESFAM de Valparaíso 2016 - 2020

AÑO	2016	2017	2018	2019	2020
personas inscritas CESFAM	215.860	217.140	218.999	220.998	221.498

Fuente: Corporación Municipal de Valparaíso.

El gasto de bolsillo en Chile en 2019 alcanzaba a 3,4% del PIB, es decir, un 36% del gasto total de salud (9,4% del PIB)²⁹. Chile es el tercer país con mayor gasto de bolsillo de la OCDE³⁰; además, hay que agregar que el 38,5% del gasto de bolsillo que realizan los hogares se destina a medicamentos³¹.

En 2018, el 60% de las compras de medicamentos en Chile se hizo en farmacias privadas (gasto de bolsillo), el 30% mediante compras públicas que se destinan a hospitales y otros centros de atención y el 10% fueron compras de otras instituciones privadas (clínicas)³².

²⁷ Química farmacéutica. Ha sido presidenta del Colegio de Químicos Farmacéuticos y directora de las Farmacias Populares de Valparaíso

²⁸ Censo de Población y Vivienda de Chile. 2017

²⁹ OECD. Stat, National Accounts - Main aggregates, Gross domestic product (GDP). Extracted June 2022, Paris.

³⁰ OECD Health Statistics 2019.

³¹ CEP (2019). Gasto de bolsillo en salud: una mirada al gasto en medicamentos. En Puntos de referencia

Nº 502 enero de 2019. Disponible en <http://bcn.cl/30dw1>

³² Samuel Argüello Verbana. Estructura del mercado de medicamentos en Chile y gasto de bolsillo en salud en la OCDE. Asesoría Técnica Parlamentaria. Biblioteca del Congreso Nacional. Mayo de 2022.

La comercialización privada de medicamentos la realizan tres cadenas que concentran el 80% de las ventas. De su parte, el sector público compra los medicamentos consumidos en Chile a través de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST) o por compra directa de los establecimientos de salud.

El modelo de farmacias comunales comienza en Chile³³ en 2014 en la comuna de Recoleta que crea una incubadora de cooperativas populares, entre las cuales una de importación de medicamentos³⁴. El objetivo central era reducir el costo de los medicamentos para los usuarios ya que el sistema público no dispone de recursos suficientes para otorgar el total de los requerimientos de los usuarios del sector público. De allí surge la idea de crear farmacias populares que, sin embargo, no podían ser de propiedad comunal³⁵. En ese momento, la normativa permitía dos tipos de farmacias: las farmacias privadas (farmacia comunitaria) y las farmacias públicas, es decir, los lugares en que los hospitales o los Cefsam entregan medicamentos gratuitos a los pacientes.

Las farmacias populares surgen como una demanda de la población para rebajar el costo de los medicamentos. Diferentes estudios han mostrado que los precios de estos productos eran muy diferentes. Por ejemplo, cuando la compra es realizada por Cenabast, entre 2017 y 2022, se ahorró un 38% promedio, si se compara con compras directas efectuadas por establecimientos públicos de manera separada³⁶. Otro estudio compara precios en farmacias privadas con los precios de compra de Cenabast detectándose diferencias de precios -para un mismo medicamento- de hasta un 932%³⁷.

Así, se crea una tercera alternativa de farmacia comunitaria para la oferta de medicamentos: la Farmacia popular municipal. En Valparaíso desde 2016 se empieza a desarrollar una red de servicios comunitarios relacionados con salud que comienza con una farmacia popular. Debido a la demanda poblacional se incorporaron luego otros establecimientos. Vale destacar la farmacia popular de Laguna Verde -una zona rural de 5.000 habitantes, próxima al casco urbano ubicado en una bahía al sur de la ciudad - que no contaba con farmacia pública

³³ En todo caso hay experiencias similares incluso en América del Sur. Ver la experiencia ecuatoriana de la ciudad de Cuenca. R. Urriola. Política de medicamentos una prioridad compleja. En Urriola Rafael, comp.; Suárez Julio; Madrid, Sandra; et al Economía y salud: Aportes y experiencias en América Latina. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011.

³⁴ Entrevista a Marco Fernández encargado de farmacias de la comuna de Valparaíso en Revista Primera Piedra No 904 del 21.9.2020

³⁵ La constitución chilena prohíbe al Estado crear empresas cuando hay interés del sector privado por desarrollar esas actividades.

³⁶ <https://www.cenabast.cl/ahorro-generado/>

³⁷ Servicio Nacional del Consumidor, Sernac (2019) Hasta \$181 mil de diferencia presentan los precios entre medicamentos originales de marca y bioequivalentes. <https://www.sernac.cl/porta1/604/w3-article-57125.html>

ni privada. En 2018 la comunidad, a través de la Junta de Vecinos, solicitó su implantación, incluso aportando el local y algunos muebles. Esta fue la primera farmacia popular rural en Chile.

Con el objetivo de abaratar costos y simultáneamente mejorar cobertura, el área de Innovación de la Corporación Municipal de Valparaíso amplió los servicios a otras actividades. El crecimiento ha sido notorio. Con la misma lógica de reducir gastos de bolsillo, en 2022 Valparaíso cuenta con cuatro farmacias en el territorio, un call center, una ortopedia, un laboratorio, una red de tele consulta y dos consultas oftalmológicas que incluyen los servicios ópticos más el examen clínico e incluso una apreciación profesional de especialidad. Hoy hay comunas vecinas que trasladan pacientes para que sean atendidos en los establecimientos de Valparaíso.

La iniciativa de las farmacias populares surge de las comunidades, pero ha sido necesario sortear varios problemas en el transcurso del tiempo para mejorar la eficacia del sistema. En primer lugar, las comunidades de base no cuentan con los recursos ni las capacidades de gestión y, de otra parte, en el marco constitucional actual, el sector público no puede crear empresas. Debido a eso, se crearon estas empresas sin fines de lucro amparadas por las Corporaciones Municipales que tienen un margen de flexibilidad para organizar sus actividades y sus presupuestos.

Para asegurar la legalidad de la iniciativa era necesario que cada farmacia popular estuviese bajo la tutela sanitaria de un Cefam. Los objetivos explícitos de estas farmacias se establecen en el plan de salud comunal de 2021: a) Disminuir el gasto de bolsillo y endeudamiento en salud de productos-servicios a los ciudadanos y b) Aumentar la provisión de servicios complementarios de salud que robustezcan la oferta público/estatal en materia farmacéutica y médico-asistencial con foco en la población de personas mayores³⁸.

El sistema público (hospitalario o Cefam) generalmente entrega medicamentos gratuitos a las personas que se atienden en el sistema. Esto incluye, medicamentos en hospitalizaciones; medicamentos que han sido recetados por los médicos de atención primaria disponibles en las farmacias institucionales; y, ciertos medicamentos correspondientes a enfermedades crónicas, especialmente de adultos mayores. No obstante, quedan excluidos medicamentos no genéricos; los que no están en el listado de compras de los Cefam y los que son recetados en consultas particulares. En definitiva, estos últimos son el gasto de bolsillo en medicamentos de Chile de las personas que han optado por el seguro público.

Las farmacias populares nacen para reducir esta parte del gasto de salud con un “precio justo”. La gente buscaba farmacias que brindaran precios menores que los del sector privado.

³⁸ Alcaldía ciudadana de Valparaíso. Cuenta pública 2021

Para su funcionamiento las farmacias populares, además de definir el marco legal, debieron crear sistemas de gestión que precisaran las necesidades de la población lo que significaba disponer de profesionales (químicos farmacéuticos, especialmente) que pudiesen estimar la demanda de medicamentos no cubierta por el sector público. En este sentido, fue necesario estimar la población bajo cobertura para calibrar la compra con la demanda potencial de esa población. Eso hizo que, al principio, en Valparaíso tenían derecho a acceso a las farmacias populares solamente quienes habitaban, trabajaban o estudiaban en la ciudad.

Con la pandemia y las restricciones de movilidad que impuso la autoridad sanitaria en 2020 y 2021, se flexibilizó este criterio permitiendo que personas de comunas vecinas más pequeñas pudiesen acceder a la farmacia popular. Posteriormente, algunas de estas comunas que no cuentan con recursos para crear su propio sistema, han establecido convenios con la comuna de Valparaíso para acceder a sus farmacias populares.

En abril de 2020, en los comienzos de la emergencia sanitaria producto del Covid-19, inició su funcionamiento la primera Farmacia Digital en la comuna y el país, antes que este modelo de Farmacia fuera regulado como comercio electrónico, al alero de la Red de Servicios de Salud Popular de la Alcaldía Ciudadana de Valparaíso, transformándose en la quinta Farmacia Popular de la comuna, que permitió mantener el suministro de medicamentos en tiempos de cuarentena de la población.

A un año de su implementación, a través del sitio www.redsaludpopular.cl, se había conseguido llevar más de 4 mil despachos a domicilio, lo que se tradujo en un ahorro de más de 150 millones de pesos para el gasto de bolsillo de los beneficiarios resguardando, además, su seguridad al tener delivery propio, sanitizado, que cumple con los protocolos que exigía la pandemia, así como con las condiciones ambientales que dan eficacia al uso de los medicamentos. La Red Popular de Salud, ha atendido a más 120.000 usuarios diferentes en sus 12 establecimientos de salud y ha significado en estos años una reducción de aproximadamente \$6.500 millones en gastos de bolsillo en salud a las personas y familias que habitan dentro y fuera de la comuna de Valparaíso (tabla 2).

La pandemia arrojó resultados aparentemente inesperados. En las farmacias populares aumentó la demanda en los períodos más críticos. De una parte, porque se intensificaron los casos de enfermedades mentales que demandaban medicamentos ansiolíticos e hipnóticos. De otra parte, porque el sistema se había volcado a la atención Covid-19 reduciendo la atención a otras patologías e incluso en las farmacias públicas no se atendía con la oportunidad necesaria y, además, la gente prefería no acercarse a los establecimientos regulares por temor al contagio Covid-19.

La tabla 2 muestra justamente el crecimiento de los volúmenes de ventas en las farmacias populares de la comuna en esos años. El conjunto de la red ha ido incrementando los usuarios, así como la venta de medicamentos y las consultas.

Tabla 2. Valparaíso, red de salud comunitaria (farmacias populares): usuarios, ventas y ahorros para usuarios

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
inscritos en la red	6.038*	14.500*	n.d	120.000*	150.000***	150.000****
ventas en millones de \$ (A)	191*	-	-	1.467 (2)	965 (1)	957 (1)
Ahorro* en millones de \$ (B)	143*	-	-	2.200**	2.600***	1.436 (2)
% de ahorro B/(A+B)	42,9%	-	-	60% (1)	69,5%	60% (1)

Nota: *Ahorro es la diferencia entre el precio de venta en la farmacia popular y el valor promedio de cada medicamento en las cadenas de retail.

Fuentes: *Cormuval. Farmacia Popular amplía horario para beneficiar aún más a sus usuarios.16.8.2018³⁹.

** Cormuval. Cuenta Pública 2020

*** Cormuval. Cuenta Pública 2021

**** Cormuval. <https://web.municipalidaddevalparaiso.cl/ya-llegamos-a-los-150-mil-inscritos-la-red-de-salud-popular-sigue-creciendo-gracias-al-apoyo-de-las-y-los-vecinos-de-valparaiso/>

(1) Información propia.

La gestión financiera en estos casos tiende a ser un factor crítico. De una parte, porque los montos son importantes y es necesario “calzar” compra con demanda efectiva para no incurrir en conflictos de pagos con proveedores. De otra, porque hay un flujo de caja que debe manejarse prolijamente ya que estas farmacias no

³⁹ <https://cmvalparaiso.cl/2018/08/16/farmacia-popular-amplia-horario-para-beneficiar-aun-mas-a-sus->

usuarios/#:~:text=En%202017%20logr%C3%B3%20inscribir%20a,precios%20de%20farmacias%20de%20cadena.

proveen productos gratuitos. El municipio lo ha resuelto incorporando la experiencia financiera de la Cormuval a la gestión presupuestaria de cada farmacia. Como las compras comunales son diferentes a las de las farmacias, se han establecido contablemente centros de costos independientes para cada farmacia popular lo que permite evaluar cada una de ellas y planificar los mecanismos de pago a proveedores.

Así también, Cormuval ha aportado experiencia en el sistema de compras. Los proveedores, a veces grandes laboratorios internacionales, tienen precios diferentes según el "tamaño del demandante". En esto los profesionales de Cormuval con experiencia en los sistemas de compras, han colaborado a obtener mejores precios para las farmacias, incluyendo compras conjuntas para varias farmacias de la comuna. Asimismo, han realizado análisis postventa para mejorar las compras futuras.

El impacto de las farmacias comunales sobre el gasto de los hogares es notorio. Por ejemplo, Camila Olguín, químico farmacéutico y directora técnica de la botica Municipal de Quintero señala que en 2017, "nosotros partimos con 146 usuarios inscritos... hoy en diciembre 2020 contamos con 1724 usuarios". "...el ahorro que hemos generado en nuestra población, en 2018 fueron 19 millones de pesos, el año 2019 alcanzó a 72 millones de pesos y en 2020 proyectamos un ahorro de 120 millones de pesos", monto que se calcula con el precio entregado a los usuarios de la botica comparado con los precios más económicos vigentes en el mercado"⁴⁰.

Conclusión

Con todo lo descrito, este modelo de Farmacia comunitaria Municipal desde su nacimiento en 2015 hasta la fecha ha significado enormes réditos sociales contribuyendo a disminuir el gasto de bolsillo en el ítem de mayor impacto como lo es el acceso a medicamentos. No obstante, pese a este indiscutible aporte a la salud pública, este modelo de centro de salud no ha contado con la voluntad política para ser incluido en el sistema sanitario del país como una política de salud que permita mantenerse de modo permanente en el tiempo, quedando a expensas de la gestión municipal de cada comuna y de su capacidad económica local para levantar este tipo de centros de salud, lo que ha significado que las comunas más pobres muchas veces vean mermada esta posibilidad.

Sumado a la brecha política sanitaria para la instalación de este modelo de Farmacia comunitaria, a partir del año 2021, la Contraloría General de la República emite el dictamen N° E160316/2021 que señala que las corporaciones municipales se encuentran sujetas a la Ley de Compras Públicas 19.886. Esto implica quitarle flexibilidad al sistema de compra de medicamentos sometándolo a tiempos

⁴⁰ Fuente: <https://www.muniquintero.cl/index.php/2020/12/17/botica-municipal-de-quintero-cumple-3-anos-al-servicio-de-la-comunidad/>

excesivos de abastecimiento, propios del proceso, y limitando el acceso a la amplia oferta de productos farmacéuticos del mercado ya que los proveedores de medicamentos no se encuentran obligados a ofertar por la plataforma de compras públicas, limitando de esta forma a la oportunidad y el acceso a medicamentos que reduzcan el gasto de bolsillo significativamente como había sido hasta antes de este dictamen.

Finalmente, en la actualidad el crecimiento de la oferta de las Farmacias populares para reducir el gasto de bolsillo, se restringe a la oferta de Cenabast (canasta acotada de medicamentos) y a la buena voluntad de laboratorios y droguerías farmacéuticas que oferten vía mercado público. Esta situación pone en riesgo la continuidad del modelo de Farmacias Comunitarias Municipales, junto con la falta de una política pública que las incluya en la orgánica del sistema sanitario.

LA ERA DIGITAL Y SU IMPACTO EN EL BIENESTAR HUMANO

Erick Alejandro Cortez Pinto⁴¹

Introducción

En la última década, la revolución digital ha transformado radicalmente las formas en que vivimos, trabajamos y nos relacionamos. La tecnología está presente en todos los aspectos de nuestra vida cotidiana, desde la forma en que nos comunicamos hasta cómo realizamos nuestras compras y obtenemos información. A medida que la era digital avanza, es crucial examinar su relación con el bienestar humano. ¿Hasta qué punto ha mejorado o deteriorado nuestra calidad de vida esta transformación tecnológica? Este artículo explora la intrincada relación entre la era digital y el bienestar humano.

Conectividad Digital y Bienestar Social

La interacción entre la conectividad digital y el bienestar social es un tema de creciente interés en la investigación y la literatura académica, ya que la era digital ha redefinido la forma en que nos relacionamos y nos conectamos con otros.

Numerosos estudios han destacado los aspectos positivos de la conectividad digital en el bienestar social. Un artículo publicado en la revista *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* (Thomas Aichner, 2021) concluye que las redes sociales pueden fortalecer las relaciones interpersonales y proporcionar apoyo social a personas que, de lo contrario, podrían sentirse aisladas. Este tipo de apoyo en línea puede ser especialmente beneficioso para personas con discapacidades o que viven en áreas remotas.

Además, las videoconferencias y las plataformas de mensajería han facilitado la comunicación en tiempo real en diferentes partes del mundo. Durante el tiempo de confinamiento para prevenir el COVID19, las herramientas digitales fueron esenciales para mantener la comunicación entre familiares, amigos, dar continuidad a los estudios y al trabajo. (Bain & Company, 2020)

A pesar de los beneficios evidentes, también se han documentado preocupaciones sobre cómo la conectividad digital puede afectar negativamente el bienestar social. La adicción a las redes sociales es una preocupación creciente. Diferentes estudios y publicaciones exploran la relación entre el tiempo dedicado a las redes sociales y el bienestar psicológico,

⁴¹ I. Ingeniero Civil Biomédico (Universidad de Valparaíso, Chile), Magister en Salud Pública mención en Gestión Hospitalaria (Universidad de Valparaíso, Chile); MBA en Salud (Universidad Andrés Bello, Chile) y Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria (Universidad de Granada – Escuela Andaluza de Salud Pública, España).

encontrando que el uso excesivo de redes sociales puede estar asociado con mayores niveles de soledad y ansiedad (Salazar, 2020). La comparación constante con los demás en línea, a menudo exacerbada por la imagen selectiva que presentamos en las redes sociales, puede erosionar la autoestima y generar sentimientos de inferioridad.

La literatura académica subraya la importancia del equilibrio entre la conectividad digital y las relaciones cara a cara para mantener un bienestar social saludable. La investigación de (Marco Marinucci, 2022) resalta que, si bien la conectividad digital puede fortalecer las relaciones existentes, no puede reemplazar por completo la necesidad de interacciones en persona.

Salud Física y Digitalización

La relación entre la salud física y la digitalización es, asimismo, un tema de creciente interés en la comunidad científica y médica. Numerosas publicaciones han abordado estos aspectos desde diferentes ángulos, proporcionando una visión más completa de cómo la tecnología digital puede influir en nuestro bienestar físico.

En primer lugar, la proliferación de tecnologías vestibles para el seguimiento de la salud, conocidas como “wearables”, junto a sus aplicaciones móviles, han permitido que las personas tengan un mayor control sobre su estado de salud. Estas herramientas proporcionan información en tiempo real, por ejemplo, sobre la actividad física, la frecuencia cardíaca, los patrones de sueño y otros indicadores clave de la salud. Un estudio publicado en el *Journal of Medical Internet Research* (Kononova, y otros, 2019) destacó cómo el uso de “wearables” puede aumentar la motivación de las personas para hacer ejercicio y llevar un estilo de vida más activo. Esto es útil para la prevención de enfermedades crónicas y la mejora general del bienestar físico.

Sin embargo, las preocupaciones sobre la privacidad de los datos de salud también son un tema recurrente en la literatura académica. Un artículo en el *Journal of the American Medical Informatics Association* (Saba Akbar, 2020) analizó los riesgos de privacidad asociados con la recopilación y el almacenamiento de datos de salud en aplicaciones y dispositivos digitales. La falta de regulación y control sobre cómo se utilizan y comparten estos datos plantea preocupaciones legítimas sobre la seguridad y la confidencialidad de la información personal de salud.

Además, la exposición a pantallas digitales, en particular antes de dormir, ha sido objeto de investigación en relación con la calidad del sueño. Estudios publicados en *The Journal of Biological and Medical Rhythm Research* (Tähkämö & Pesonen, 2018) han demostrado que la luz azul emitida por las pantallas de dispositivos electrónicos puede interferir con la producción de melatonina, una hormona

crucial para el ciclo del sueño. Esto puede llevar a trastornos del sueño, como el insomnio, y afectar negativamente el bienestar físico y mental.

Por otro lado, la falta de actividad física debido al sedentarismo relacionado con el uso de dispositivos electrónicos es otro aspecto preocupante. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado informes y directrices que advierten sobre los riesgos de la inactividad física en la salud, incluyendo la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. La revista *Preventive Medicine* (Zhang, y otros, 2022) ha presentado investigaciones que resaltan cómo el tiempo prolongado frente a las pantallas se asocia con un mayor riesgo de obesidad en niños y adolescentes.

Bienestar Económico y Digitalización

La digitalización de la economía ha sido un tema central en las discusiones económicas y sociales en las últimas décadas. Numerosas publicaciones y estudios han analizado tanto los beneficios como los desafíos que conlleva esta transformación.

La automatización y la inteligencia artificial están redefiniendo la naturaleza del trabajo. Un estudio del Banco Mundial (Banco Mundial, 2019) examinó cómo la automatización afectará a los empleos en todo el mundo y encontró que, si bien algunos empleos se verán amenazados, surgirán nuevas oportunidades en campos relacionados con la tecnología y la gestión de datos.

Sin embargo, esta transformación también ha llevado a preocupaciones sobre la adaptación y la ansiedad laborales. Un artículo en el *Technological Forecasting and Social Change* (Lingmont & Alexiou, 2020) abordó cómo los trabajadores pueden enfrentar inseguridad en el empleo y estrés debido a la constante necesidad de adquirir nuevas habilidades y adaptarse a un entorno laboral en constante cambio.

La era digital ha abierto nuevas puertas para el emprendimiento y la creación de negocios en línea. Un informe de la Comisión Europea (European Parliamentary Research Service, 2021) analizó cómo las plataformas de comercio electrónico y la economía colaborativa están fomentando la creación de empleo y el crecimiento económico en Europa.

La revista *Entrepreneurship Theory and Practice* (Nambisan, 2017) publicó un estudio que exploró cómo las startups tecnológicas (emprendimientos con potencialidad de crecer por sus capacidades en innovación tecnológica) están transformando la economía y proporcionando oportunidades de crecimiento para los emprendedores. Estas oportunidades pueden mejorar significativamente el bienestar económico de las personas y sus familias al ofrecer alternativas de empleo y generación de ingresos.

La literatura académica resalta la importancia de abordar los desafíos y aprovechar las oportunidades que presenta la digitalización de la economía. La adaptación laboral y la adquisición de habilidades digitales son esenciales para mantener la empleabilidad y el bienestar económico en un entorno en constante cambio.

Educación y Conocimiento en la Era Digital

La transformación digital en la educación ha sido un tema de gran relevancia en la investigación educativa y la literatura académica. Vamos a explorar cómo la digitalización ha afectado la educación y el acceso al conocimiento, así como los desafíos que ha planteado.

La digitalización ha permitido un acceso más amplio a la educación y al conocimiento. Publicaciones como *The International Review of Research in Open and Distributed Learning* (Dillahunt, Wang, & Teasley, 2014) han destacado cómo las plataformas de aprendizaje en línea y los Massive Open Online Courses (MOOCs) han democratizado la educación, brindando la oportunidad de aprender a personas de todo el mundo, independientemente de su ubicación geográfica o situación económica.

Un estudio publicado en el *Journal of Sustainable Operations and Computers* (Haleem, Javaid, Qadri, & Suman, 2022) analizó cómo las tecnologías digitales pueden mejorar la calidad de la educación al permitir una mayor personalización del aprendizaje y la adaptación a las necesidades individuales de los estudiantes.

Sin embargo, la facilidad de acceso a la información en línea también ha planteado preocupaciones sobre la desinformación y la confusión. La *Educational Review* (Anastasia Gouseti, 2023) publicó investigaciones sobre cómo la sobreexposición a la información en línea puede llevar a la proliferación de noticias falsas y la falta de discernimiento crítico. Esto puede afectar negativamente el proceso de toma de decisiones informadas y el bienestar intelectual de las personas.

La habilidad de evaluar críticamente la información en línea se ha vuelto esencial. Un artículo en el *Journal Culture and Education* (Paula Herrero-Diz, 2019) destacó la importancia de la alfabetización digital y la capacidad de los individuos para verificar la credibilidad de las fuentes en línea.

La literatura académica enfatiza la importancia de encontrar un equilibrio entre el acceso a la información en línea y la capacidad de evaluarla críticamente. La educación digital y la promoción de habilidades de alfabetización mediática se consideran esenciales para capacitar a las personas para que utilicen la información en línea de manera efectiva y para evitar la propagación de desinformación.

Privacidad y Seguridad Digital

La privacidad y la seguridad de los datos personales son preocupaciones críticas en la era digital, y la literatura académica ha investigado en profundidad estos temas. A continuación, se explorarán los aspectos clave relacionados con la privacidad y la seguridad digital.

La digitalización ha llevado a un aumento en la recopilación y el almacenamiento de datos personales, lo que ha creado nuevos desafíos en términos de seguridad. Estudios como el informe de la firma de seguridad cibernética (Verizon, 2023) ha destacado cómo las brechas de seguridad continúan siendo un problema crítico en la era digital, afectando a organizaciones y personas por igual. La exposición de datos personales a través de estas brechas puede tener consecuencias graves para la privacidad y la seguridad financiera.

La falta de privacidad en línea es una preocupación creciente y ha sido objeto de investigaciones en áreas como la psicología y la sociología. El estudio de A. Stevic (2020) publicado en *The European Journal of Communication Research* analizó cómo la percepción de la falta de privacidad en línea puede aumentar el estrés y la ansiedad de las personas. La constante sensación de estar siendo vigilado o de que los datos personales están en riesgo puede tener un impacto negativo en el bienestar emocional.

La literatura académica también aborda las medidas para proteger la privacidad en la era digital. El artículo de (Ramírez, González, & Gayo, 2017) revisó las regulaciones de privacidad de datos en todo el mundo y su impacto en la protección de datos personales. Las leyes como el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) de la Unión Europea han establecido estándares para la recopilación y el uso de datos personales.

La cuestión del equilibrio entre la conveniencia y la privacidad es un tema recurrente en la literatura académica. Los usuarios, a menudo, deben tomar decisiones sobre la divulgación de datos personales a cambio de servicios digitales gratuitos o mejorados. Un artículo en el sitio del grupo Atico34 (2023) señala cuáles son los datos que más se recaban y que aplicaciones son las que más datos guardan, siendo las primeras 5, Facebook (79,49%), Instagram (69,23%), Tinder (61,54%), Grindr (58,97%) y Uber (56,41%).

Tecnologías Digitales Aplicadas en Salud para el Bienestar de las Personas

La integración de tecnologías digitales en el campo de la salud ha revolucionado la forma en que las personas gestionan su bienestar y acceden a la atención médica. Estas innovaciones no solo mejoran la accesibilidad y la calidad de la atención, sino que también empoderan a los individuos para tomar un papel más activo en su propia salud. A continuación, se señalan algunas de las tecnologías

digitales más influyentes aplicadas en salud y bienestar, respaldadas por investigaciones y referencias bibliográficas.

La telemedicina ha emergido como una de las tecnologías digitales más destacadas en el campo de la salud. Permite a los pacientes conectarse con profesionales de la salud a través de videoconferencias y plataformas en línea, lo que elimina las barreras geográficas y mejora la accesibilidad a la atención médica. Un estudio publicado en *Health Affairs* (Jen Lau, 2020) reveló que la telemedicina está ganando terreno en la atención primaria, brindando a las personas un acceso más rápido y conveniente a los servicios de atención médica.

Las aplicaciones móviles y dispositivos “wearables” permiten el seguimiento constante de la salud y el bienestar. Investigaciones publicadas en el *JMIR mHealth and uHealth* (Kang & Exworthy, 2022) han demostrado cómo estas herramientas pueden ayudar a las personas a tomar decisiones más informadas sobre su salud y, en algunos casos, mejorar la adhesión al tratamiento médico.

La inteligencia artificial (IA) ha entrado en el ámbito de la salud con aplicaciones sorprendentes. Los algoritmos de IA -como machine learning- pueden analizar grandes conjuntos de datos médicos para identificar patrones y proporcionar diagnósticos más precisos. Un artículo en el *Journal Medical Image Analysis* (Wood, y otros, 2022) examinó cómo la IA puede mejorar la detección temprana de enfermedades como el cáncer y aumentar la eficiencia en la interpretación de imágenes médicas, como las resonancias magnéticas.

La educación en salud digital es esencial para capacitar a las personas en el uso efectivo de estas tecnologías. Plataformas de aprendizaje en línea y recursos educativos digitales proporcionan información sobre temas de salud, desde la gestión de enfermedades crónicas hasta la promoción del bienestar mental. Publicaciones como la *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud* (Luque, 2019) han abordado la importancia de la formación en salud digital para profesionales de la salud y pacientes por igual.

A modo de conclusión

Podemos señalar que, en la era digital, el bienestar de las personas está íntimamente relacionado con el uso de tecnologías de la información o tecnologías digitales, desde el control de la salud, la telemedicina, hasta los sistemas educacionales y laborales.

Las personas cada vez se han vuelto más dependientes de las tecnologías, por lo cual es necesario contar con educación en tecnologías digitales, que incluya la convivencia en una era digital, aprender a usar las tecnologías de forma “sana” y que su uso no se transforme en un problema que afecte el bienestar de las personas.

Finalmente, es importante considerar que el desarrollo tecnológico en el mundo está en una constante evolución, siendo necesario que las personas cuenten con las capacidades y herramientas para adaptarse a este constante cambio. Esta capacidad de adaptación será la nueva variable que definirá la posición social de las personas y su nivel de bienestar en esta nueva era.

Referencias

- Anastasia Gouseti, M. L. (2023). Exploring teachers' perceptions of critical digital literacies and how these are manifested in their teaching practices. *Educational Review*.
- Anja Stevic, D. S. (2020). Privacy concerns can stress you out: Investigating the reciprocal relationship between mobile social media privacy concerns and perceived stress. *The European Journal of Communication Research*.
- Bain & Company. (17 de 12 de 2020). Obtenido de <https://www.bain.com/es/about/media-center/press-releases/south-america/2021/video-conferencing-passed-its-tipping-point-during-the-pandemic/>
- Banco Mundial. (2019). *Informe sobre el desarrollo mundial 2019*.
- Dillahunt, T., Wang, Z., & Teasley, S. (2014). Democratizing Higher Education: Exploring MOOC Use Among Those Who Cannot Afford a Formal Education. *The International Review of Research in Open and Distributed Learning*.
- European Parliamentary Research Service. (03 de 2021). Obtenido de [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/656336/EPRS_STU\(2021\)656336_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/656336/EPRS_STU(2021)656336_EN.pdf)
- Grupo Atico34. (23 de 08 de 2023). ¿Qué datos personales guardan las aplicaciones? Obtenido de <https://protecciondatos-lopd.com/empresas/que-datos-personales-guardan-las-aplicaciones/>
- Haleem, A., Javaid, M., Qadri, M. A., & Suman, R. (2022). Understanding the role of digital technologies in education: A review. *Sustainable Operations and Computers*, 275-285.
- Jen Lau, J. K. (2020). Staying Connected In The COVID-19 Pandemic: Telehealth At The Largest Safety-Net System In The United States. *Health Affairs*.
- Kang, H. S., & Exworthy, M. (2022). Wearing the Future—Wearables to Empower Users to Take Greater Responsibility for Their Health and Care: Scoping Review. *JMIR mHealth uHealth*.
- Kononova, A., Li, L., Kamp, K., Bowen, M., Rikard, R., Cotten, S., & Peng, W. (2019). The Use of Wearable Activity Trackers Among Older Adults: Focus Group

- Study of Tracker Perceptions, Motivators, and Barriers in the Maintenance Stage of Behavior Change. *Journal of Medical Internet Research*.
- Lingmont, D. N., & Alexiou, A. (2020). The contingent effect of job automating technology awareness on perceived job insecurity: Exploring the moderating role of organizational culture. *Technological Forecasting and Social Change*.
- Luque, A. M. (2019). On-the-job digital competence training for health professionals. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, Volumen 30.
- Marinucci, Marco L. P. (2022). Online social connections as surrogates of face-to-face interactions: A longitudinal study under Covid-19 isolation. *Computers in Human Behavior*.
- Nambisan, S. (2017). Digital Entrepreneurship: Toward a Digital Technology Perspective of Entrepreneurship. *Entrepreneurship Theory and Practice*.
- Paula Herrero-Diz, J. C.-J.-F.-A. (2019). The credibility of online news: an evaluation of the information by university students. *Culture and Education*, 407-435.
- Ramírez, M. S., González, J. M., & Gayo, M. R. (2017). Protección de datos personales, privacidad y vida privada: la inquietante búsqueda de un equilibrio global necesario. *Revista de Derecho (Valdivia)*.
- Saba Akbar, E. C. (2020). Safety concerns with consumer-facing mobile health applications and their consequences: a scoping review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 330-340.
- Salazar, P. M. (03 de 08 de 2020). *Neuro Class*. Obtenido de <https://neuro-class.com/redes-sociales-y-bienestar-psicologico-en-jovenes/>
- Tähkämö, L., & Pesonen, T. P.-K. (2018). Systematic review of light exposure impact on human circadian rhythm. *The Journal of Biological and Medical Rhythm Research*, 151-170.
- Thomas Aichner, M. G. (09 de 04 de 2021). *Twenty-Five Years of Social Media: A Review of Social Media Applications and Definitions from 1994 to 2019*. Obtenido de <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/cyber.2020.0134>
- Verizon. (23 de 08 de 2023). *Verizon*. Obtenido de <https://www.verizon.com/business/resources/reports/dbir/>
- Wood, D. A., Kafiabadi, S., Busaidi, A. A., Guilhem, E., Montvila, A., Lynch, J., . . . Booth, T. C. (2022). Deep learning models for triaging hospital head MRI examinations. *Medical Image Analysis*.

Zhang, P., Tang, X., Peng, X., Hao, G., Luo, S., & Liang, X. (2022). Effect of screen time intervention on obesity among children and adolescent: A meta-analysis of randomized controlled studies. *Preventive Medicine*.

POR EL DERECHO A LA SALUD MENTAL SIN DISCRIMINACIÓN Y EN CONDICIONES DE EQUIDAD CON LA SALUD FÍSICA

Eduardo Toro Leontic⁴²

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». OMS

No hay salud sin salud mental. OMS

La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. OMS

I. A MODO DE PRESENTACIÓN

En la Corporación de Familiares, Amigos y Personas con Discapacidad Psíquica, CORFADICH, no somos especialistas en Derecho ni en Salud Mental. Nuestra presentación se fundamenta en una larga y dolorosa experiencia como personas con discapacidad psíquica y/o como familiares de personas con discapacidad psíquica. Nuestros conocimientos sobre los trastornos mentales graves y sus consecuencias discapacitantes los hemos adquirido en la práctica diaria. Hemos recorrido una y otra vez el duro camino que conduce a las consultas psiquiátricas y a las salas de urgencia de los hospitales psiquiátricos. Hemos experimentado hospitalizaciones durante meses, y a veces años, en clínicas privadas, si es que hay recursos para ello, y/o en hospitales psiquiátricos. Hemos vivido y fallecido en hogares y residencias protegidas. Hemos brindado y recibido cuidados y apoyos por largos años de parte de nuestros familiares y especialmente de nuestras madres, hermanas, esposas e hijas. Hemos luchado por muchos años por hacer visible en nuestra sociedad los problemas de salud mental que nos afectan y sus consecuencias discapacitantes. Hemos denunciado los abusos cometidos por parte del Estado y entidades particulares a los derechos de las personas con trastornos mentales graves y en situación de discapacidad psíquica y hemos luchado largamente en contra de la estigmatización, la discriminación y exclusión social que experimentamos cotidianamente.

Salvo escasas excepciones, hemos vivido y sentido el desamparo y el abandono por parte del Estado y la humillación de solicitar "como favor" que nos atiendan en la red pública de salud y en sus dispositivos de atención psiquiátrica, sobre todo, cuando ya no poseemos los recursos para contratar una consulta o una hospitalización en instituciones privadas.

⁴² Economista. Magister en Estudios Sociales de Población (Flacso-Celade). Socio de la Corporación de Familiares, Amigos y Personas con Discapacidad Psíquica (Corfadich)

SALUD MENTAL, sólo dos palabras que involucran tanto, que nos atañe a todos, que está en todas partes y, cuando se deteriora, muchas veces es invisible para el resto de las personas y también para las autoridades. Nos atañe a todos porque al dañarse la salud mental de una persona, toda la familia se ve afectada y nadie está libre de vivir esta experiencia. Y está en todas partes, porque las estadísticas indican que el 31,5% (casi un tercio) de la población chilena mayor de 15 años ha tenido, tiene o tendrá un problema de salud mental en su vida.

II- MAGNITUD Y GRAVEDAD DEL PROBLEMA DE SALUD MENTAL EN NUESTRO PAÍS

Los problemas de salud mental (SM) pueden ser leves, moderados o graves:

- La proporción de personas que presentan trastornos psiquiátricos moderados asciende al 5,5% y con trastornos graves (depresión mayor; trastorno bipolar; trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno de pánico; estrés post-traumático; trastorno límite de personalidad; esquizofrenia; trastorno esquizoafectivo; trastorno dual; epilepsia) al 3.3%⁴³. En base a estas tasas de prevalencia y considerando la población de 15 años y más, según lo proyectado por el INE para 2023, se puede estimar en 1.450.000 el total de personas que presentarían trastornos mentales moderados y graves.
- La prevalencia de uso del alcohol en 2020 alcanzó al 58,5% (61,0% en 2018) y 44.3% en el último mes⁴⁴. Según la OMS, en 2014, Chile era el país en América Latina con mayor consumo anual de alcohol per cápita, con 9.6 litros de alcohol puro (hombres 13.9 litros y mujeres 5.5 litros)⁴⁵.
- La prevalencia de trastornos mentales (TM) en población mayor de 15 años es de más de 31% durante la vida y 22.6% en los últimos seis meses⁴⁶.
- En niños, niñas y adolescentes, el 22.5% sufre algún trastorno de SM⁴⁷.
- Las condiciones neuropsiquiátricas (trastornos depresivos unipolares y bipolares, esquizofrenia, dependencia y consumo alcohol y drogas ilícitas, trastornos ansiosos, epilepsia, demencias, enfermedad de Parkinson, migraña, parálisis cerebral infantil y síndrome de déficit atencional del niño) son el subgrupo de enfermedades que más AVISA (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) concentra con un 23,2%, ocupando el primer lugar en gasto por licencias médicas⁴⁸.

⁴³ Benjamín Vicente, Sandra Saldivia, Rolando Pihán. "Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana". Acta Bioethica 2016; 22 (1). Tabla 3. Pág. 51

⁴⁴ SENDA. Décimo Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2020. Página 33.

⁴⁵ EMOL. 12 de mayo de 2014.

⁴⁶ Vicente B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., Torres. S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. Rev. Médica Chile, 2002. No hay estudios de epidemiología psiquiátrica más recientes

⁴⁷ Flora de la Barra M., Benjamín Vicente P., Sandra Saldivia B., Roberto Melipillán A Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. REV. MED. CLIN. CONDES - 2012; 23(5) 521-529]. Tabla 3

⁴⁸ MINSAL. Informe Final. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. 2007.

- Chile registra la segunda mayor tasa de aumento del suicidio adolescente en el mundo. El único país que supera a Chile en este registro es Corea del Sur⁴⁹.
- El 21% de los/as trabajadores/as refiere haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas los últimos 12 meses: 16.7% hombres y 30.0% mujeres⁵⁰.
- Existen particulares traumas psicosociales en individuos y familias provocados por acciones represivas efectuadas por agentes del Estado durante la dictadura cívico-militar, cuyos efectos se transmiten transgeneracionalmente. El PRAIS, programa orientado al tratamiento especializado del trauma psicosocial, reconoce actualmente 875.000 beneficiarios⁵¹.
- Más de un millón de chilenos sufre ansiedad y 850 mil tienen depresión según la OMS⁵².
- Producto del Estallido Social en octubre de 2019, reaparecieron situaciones de trauma psicosocial en personas, familias y comunidades debido a la represión efectuada por agentes del estado, agravando las condiciones de SM de la población.
- Finalmente, la Pandemia del Covid-19 y el confinamiento de las personas durante largos períodos contribuyó a un aumento de los problemas de SM, así como un empeoramiento o una recaída en las personas con trastornos preexistentes. En julio de 2020, un 34.6 % de los chilenos presentaba sospechas o problemas de salud mental, y el 50.1 % evaluaba que su estado de ánimo era peor o mucho peor que antes de la pandemia⁵³. En abril de 2023, ya prácticamente superada la pandemia y el confinamiento, estas cifras descendieron a 17.5% y 16.4 % respectivamente.

III. LAS RESPUESTAS DEL ESTADO

Pese a la magnitud del problema, la Salud Mental ocupa una condición desmedrada, de “segunda categoría”, de “pariente pobre”, dentro de la visión y las acciones que realiza el Estado en materia de salud, partiendo de la determinación de prioridades y sus correspondientes asignaciones presupuestarias. Aunque los problemas de salud mental de la población chilena presentan una alta prevalencia y gravedad, lo que los convierte en un tema de salud pública, el gasto público relacionado con salud mental representa el 1.7% del gasto público en salud estimado para 2021⁵⁴ (valga comparar que en 2020, en Barbados alcanzaba a 10% y en Jamaica a 5.2 %) ⁵⁵, lo que evidencia una clara discriminación hacia las personas con problemas de salud mental.

⁴⁹ La Tercera. 10 de diciembre de 2012

⁵⁰ Fuente: MINSAL. ENETS 2009-2010

⁵¹ Minsal. Subsecretaría de Redes Asistenciales. ORD N° C11/2344 del 28 de julio de 2020

⁵² La Tercera 24/2/2017, En <http://www.latercera.com/noticia/mas-millon-chilenos-sufre-ansiedad-850-mil-tienen-depresion-segun-la-oms>

⁵³ UC y ACHS. Termómetro de la Salud Mental en Chile. Séptima Ronda, 24 de mayo de 2023.

⁵⁴ MINSAL. Boletín Economía y Salud. Volumen 17-N°1 2023.

⁵⁵ <https://es.statista.com/estadisticas/1385422/porcentaje-del-gasto-publico-en-salud-destinado-a-salud-mental-en-paises-seleccionados-de-america-latina-y-el-caribe/> Junio 2023.

La falta histórica de recursos financieros, humanos y de infraestructura destinados a SM ha tenido consecuencias graves: redes de atención y equipos interdisciplinarios de salud mental incompletos, déficits de plazas en Hospitales de día adultos (-1820) y en Hospitales de día Infanto-Adolescentes (-643); en camas de urgencia (*hay sólo 34 camas de urgencia psiquiátrica*) y en Hospitales de Corta estadía (*faltan 720 camas de cuidados intensivos de psiquiatría adultos y 300 para infanto-adolescentes*), de Centros Comunitarios de SM (-161); de hogares (270 cupos) y residencias protegidas (-144 cupos); déficits de acciones de promoción y prevención de SM; de cobertura: en la APS aproximadamente el 19% de las personas afectadas por un TM recibió atención, con un promedio de tres atenciones por persona al año; con Depresión, 35% y Esquizofrenia, 30%⁵⁶. En el sistema público hay 617 psiquiatras, un poco menos de 5 por cada 100.000 habitantes. El sector privado tiene 18,7 superando ampliamente este número⁵⁷.

Chile tiene 14 camas psiquiátricas por cada 100 000 habitantes, mientras que Suecia tiene 40, Noruega 101, Portugal 64, Estados Unidos 35 y Gran Bretaña 35⁵⁸.

Todo lo anterior se traduce, en concreto, en deficiencias en la oportunidad, calidad e integralidad de los tratamientos; de seguimiento y cuidados continuos; en re-hospitalizaciones frecuentes y, finalmente, en la cronificación de los TM y la consiguiente discapacidad psicosocial.

Sin salud mental no hay salud. El Estado tiene el **deber de garantizar el derecho a la salud y, por consiguiente, también el derecho a la salud mental.** Sin embargo, este derecho específico no se reconoce como tal y tampoco se cumple con las promesas del acceso oportuno y de la calidad en la atención en SM debido, entre otras razones: (a) las brechas existentes entre las necesidades de atención y los recursos disponibles para satisfacerlas en los distintos niveles atención, situación que se agrava en comunas socioeconómicamente vulnerables; (b) una mayor discriminación negativa en la aprobación por los seguros públicos y privados de licencias médicas asociadas a problemas de salud mental en comparación con problemas de salud física⁵⁹ y (c) ausencia de planes y/o estrategias específicas para atender las necesidades de niñas, niños y adolescentes reconocidos como

⁵⁶ MINSAL. Plan de Acción de Salud Mental 2019-2025. Mayo 2021. MINSAL. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Brechas de Dispositivos y Recursos Humanos de Especialidad de Salud Mental en la Red de Salud. Informe 2015. Abril 2016. Mauricio Gómez Ch. Presentación en la Cámara de Diputados, 2016. Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=47706&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>. También https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=215875&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION. 2020

⁵⁷ <https://www.theclinic.cl/2019/07/08/columna-de-alberto-larrain-diez-cosas-de-la-crisis-de-salud-mental-en-chile-que-no-sabias/>

⁵⁸ <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm> Psychiatric care, Per 1 000 inhabitants, 2022 or latest available Source: Health care resources

⁵⁹ “¿Hablemos de la licencias médicas y la seguridad social?. Para cualquier enfermedad, usted tendrá una cobertura en torno al 70%, EXCEPTO en salud mental que es de cerca del 35%. La mitad, y, además, es la con más tope ¿Se imagina que a un una persona con diabetes le digan que tiene máximo 10 atenciones?” <https://www.theclinic.cl/2019/07/08/columna-de-alberto-larrain-diez-cosas-de-la-crisis-de-salud-mental-en-chile-que-no-sabias/>

grupos vulnerables⁶⁰.

IV. EL ESTADO DEBE GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD MENTAL.

Para garantizar el derecho a la salud mental, el Estado debe contar con Políticas, Estrategias y Planes Nacionales de Salud Mental, con claros principios, objetivos, metas, plazos e indicadores y recursos presupuestarios asignados suficientes, gradualmente crecientes en el tiempo, respetando los principios de equidad y paridad entre salud física y salud mental.

Por otra parte, la SM es una condición multideterminada por factores económicos, políticos, sociales y culturales (determinantes sociales), lo que implica considerar explícitamente la interdependencia de la salud mental y su relación con otros derechos, por ejemplo: los derechos a la privacidad, a la libertad personal, a la alimentación, al trabajo decente, a la vivienda digna, a la educación, a un nivel de vida adecuado, etc.

Igualmente, la SM debe comprenderse y abordarse en sus distintas dimensiones: individual, familiar, comunitaria y social. Hay que dar por superada la concepción biomédica de la SM y comprender que la persona que sufre psíquicamente es un ser único, en el que se integran sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

Asimismo, hay que considerar la existencia de graves daños en la salud mental y la presencia de traumas psicosociales a nivel de individuos, familias y amplios sectores de la población que fueron objeto de sistemáticas y reiteradas acciones represivas ejercidas durante la dictadura civil y militar, cuyos efectos se han transmitido transgeneracionalmente. Esta situación se agravó por las acciones represivas realizadas en contra de las movilizaciones sociales iniciadas en octubre de 2019, que provocaron muertes y daños físicos y mentales graves a grupos significativos. Por otra parte, la pandemia del Covid-19 y el consiguiente confinamiento de las personas durante largos períodos de tiempo provocaron un aumento de los problemas de salud mental de la población, sumándose a los ya existentes.

Por su masividad, sus determinantes y sus múltiples efectos sobre el desarrollo de la sociedad, la SM no es solo un problema de carácter individual, como se conceptualiza en el Modelo Bio-Médico, sino también es un problema social. Luego, la solución trasciende lo individual y debe abordarse como un problema de salud pública, cuya satisfacción requiere de medidas y acciones colectivas. Por lo tanto, el Estado no sólo tiene el deber y la responsabilidad de promover, proteger, respetar y garantizar el Derecho Humano a la SM a nivel individual sino también en sus dimensiones comunitarias y sociales, lo que hace necesario implantar un modelo en que las acciones multisectoriales de promoción y prevención de SM tengan la misma importancia que las acciones orientadas al tratamiento y

⁶⁰ **Hasta el I semestre de 2022, Chile** no contaba con una política de salud mental para niños, niñas y adolescentes que proporcionara un marco de referencia para fortalecer y mejorar la salud mental de este grupo de la población. Recién el 7 de julio de 2023, el MINSAL dio a conocer el documento titulado “Política Nacional de Salud Mental para la Niñez y la Adolescencia. Borrador final” invitando a la sociedad civil a su discusión, con fecha de término 14 de agosto de 2023.

recuperación de las personas, siempre con la perspectiva de lograr su máxima inclusión social posible.

En consecuencia:

1. El Estado tiene el deber de *respetar, proteger y hacer efectivo* el derecho a una Salud Mental universal, gratuita y de calidad, sin exclusiones ni estigmas, en equidad de condiciones con la salud física y considerando sus determinantes sociales, asegurando el pleno respeto a los DD. HH., la diversidad cultural, el enfoque de género y las diversas orientaciones sexuales. Lo obligan los Art 19, 20 y 21 de la Constitución, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (suscrito por Chile en 1969), la Convención sobre los derechos de las Personas en Situación de Discapacidad (suscrito por Chile en 2008), la Ley 20.609, Antidiscriminación, la Ley 20.422 de Normas de Inclusión Social y la Ley 20.584 de Derechos y Deberes en la Atención de Salud. La falta de interés del Estado por cumplir con su obligación es motivo suficiente para demandarlo.
2. *Hacer efectivo el derecho a la SM* implica la obligación del Estado de adoptar medidas progresivas que permitan el disfrute de este derecho, facilitando y poniendo los medios necesarios para su realización, lo que implica el deber del Estado de aumentar gradualmente los recursos financieros, humanos y de infraestructura necesarios para garantizar la realización del derecho a la SM, *asegurando siempre un nivel mínimo de satisfacción del derecho a la SM* y, en segunda instancia, el aumento de la capacidad de respuesta del Sector Público a los requerimientos de SM en los distintos niveles de atención y territorios, respetando los principios de equidad y paridad.

Concretamente, se debe aumentar el presupuesto destinado a salud mental del 1.7% actual (2021)⁶¹ al 6% del presupuesto público de salud en el año 2026⁶².

3. Es deber del Estado apoyar con medios *la organización de las personas con TM graves y en situación de discapacidad intelectual y psíquica* y sus familiares y generar espacios y vías para su participación vinculante en la defensa de sus DD.HH., en la definición de prioridades en la formulación de programas que los involucre y en la ejecución y control de programas de promoción, prevención, tratamiento, recuperación, cuidados continuos, acceso a la vivienda, vida independiente e inclusión social.
4. Fortalecimiento de la APS para la detección temprana de problemas de salud mental y el desarrollo de acciones de promoción y prevención multisectoriales en salud mental, tales como:
 - Generar grupos de autoayuda y acompañamiento en diferentes temáticas y según grupos etarios.

⁶¹ MINSAL. Boletín Semestral Economía y Salud. Volumen 17 N° 1. Julio 2023

⁶² Programa de Gobierno Apruebo Dignidad. Pág. 124. En <https://static.emol.cl/emol50/documentos/archivos/2021/11/01/20211101115916.pdf>

- Crear grupos de apoyo a las familias desde la comunidad y centros de salud, entregándoles capacitación e incorporándolos a los planes de trabajo de las organizaciones comunitarias, especialmente, en los sectores rurales.
- Capacitar en SM a organizaciones y agentes comunitarios que participen en la salud y educarlas para trabajar en conjunto con oficinas gubernamentales.
- Apoyar a estas organizaciones en su empoderamiento con respecto al modelo de SM vigente.
- *Fomentar acciones de promoción y prevención de SM en colegios y universidades.*
- *Educar a la comunidad en las consecuencias en SM del maltrato infantil y adolescente, la violencia sexual y de género.*
- *Capacitación en DD.HH. **y en el modelo social de la discapacidad**, tanto a la comunidad como a los trabajadores de la salud, como forma de **combatir el estigma y la discriminación** que son víctimas las personas afectadas en su SM en su entorno y en su atención de salud.*

5. Evaluación de nuevos proyectos inmobiliarios por parte de las Seremi de Salud, Vivienda y Desarrollo Social, con el fin de promover la autonomía y la vida independiente de las personas en situación de discapacidad mental.

6. Más camas de urgencia psiquiátrica.

*Para disminuir las brechas en la atención de las personas que se enfrentan a una urgencia psiquiátrica, **disminuyendo su probabilidad de deterioro**. Un/a **Asistente Social con la responsabilidad de seguimiento** en este difícil proceso es de vital importancia, tanto para la dificultad del momento, como para la prevención del deterioro antes dicho.*

7. Más camas de corta estadía.

Luego de la hospitalización de urgencia, donde la persona es estabilizada, requiere ser atendida en una unidad de cuidado intensivo o corta estadía, para su evaluación, diagnóstico e inicio de tratamiento.

8. Bloquear la puerta giratoria.

En muchas ocasiones, la falta de camas de corta estadía hace necesaria el alta prematura para permitir la circulación de pacientes. Y esta alta prematura es causa de frecuentes recaídas. Se observa, entonces, pacientes ingresando y saliendo una y otra vez del hospital, en lo que se ha denominado "la puerta giratoria", sin que se logre su completa recuperación. Además de disminuir progresivamente las brechas en cuanto a la dotación de camas de corta estadía, se debe avanzar en la utilización de fármacos inyectables de larga duración en aquellos casos frecuentes de abandono de los tratamientos orales con las consiguientes crisis y recaídas.

9. Asegurar la existencia de, al menos, un COSAM o CESAM en cada comuna,

Con equipos multiprofesionales completos (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermera/o, trabajador/a social, monitor/a en áreas de interés de

los/as usuarios/as) para asegurar cuidados continuos y reforzar los procesos de rehabilitación psicosocial conducentes a la máxima inclusión posible.

10. Más presupuesto para hospitales psiquiátricos.

Hasta la implementación plena del modelo de psiquiatría comunitaria y de la hospitalización psiquiátrica en todos los hospitales generales de mediana y alta complejidad, aún sin concretarse, es necesario que los hospitales psiquiátricos ya existentes reciban el financiamiento necesario para que cumplan con su rol de centros de hospitalizaciones de urgencia, cuidados intensivos, mediana estadía, tratamientos especializados de patologías duales y complejas y su rol de investigación y docencia. Es necesario modificar el Reglamento de la Ley 21331 que, yendo más allá de la Ley, planifica el cierre de los hospitales psiquiátricos sin que existan alternativas que los reemplacen.

11. Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, que asigne remuneración regular para el/la familiar cuidador/a, con diseño específico y capacitación en cuidados y apoyos para personas con trastornos mentales graves, cuando la familia necesite optar por esta modalidad.

Generalmente, el cuidado está a cargo de una mujer (madre, hermana, hija), quien deja de trabajar para cumplir este rol, se empobrece, enferma y cada vez tiene menos capacidad para responder a las exigencias del cuidado y, en caso de las madres, muere sin saber quién continuará cuidando a su familiar enfermo/a. Necesita ingresos, descansos, cuidados, atención psicológica, de salud y tratamientos.

12. Hogares y residencias protegidas

- *Con financiamiento público directo del Estado y administrados por organizaciones de familiares sin fines de lucro.*
- *Sin licitación pública de personas.*
- *Con utilización de inmueble de propiedad fiscal (Ministerio de Bienes Nacionales)*
- *En viviendas construidas con este fin (Ministerio de Vivienda y Urbanismo), especialmente diseñadas para este propósito.*

Donde se apliquen estrictamente las Normas Técnicas y se fiscalice regularmente su cumplimiento. Normas que se deben cumplir y fiscalizar tanto en hogares y residencias públicas como privadas.

13. Plan Nacional de Salud Mental cuyo objetivo final sea la INCLUSIÓN SOCIAL de las personas en situación de discapacidad psíquica.

*Que dé respuesta a problemas concretos, con **programas anuales y metas claras y definidas, con financiamiento acorde y con instrumentos de evaluación y monitoreo.***

14. Ley de Salud Mental Integral de iniciativa del Poder Ejecutivo con financiamiento asociado.

Actualmente, como parte de la Comisión Asesora de SM del MINSAL, hay una Sub Comisión conformada por mandato del Ministerio de Salud en el marco de la Estrategia Especial sobre SM y DD.HH. que se encuentra trabajando en una propuesta de Ley Integral de Salud Mental con los siguientes objetivos:

“Objetivo general

Garantizar la protección de los derechos fundamentales de las personas en el ejercicio de las acciones sectoriales en salud mental, con especial énfasis en la hospitalización psiquiátrica, incorporando en el proceso a expertos por experiencia y usuarios, sociedad civil, trabajadores de la salud, academia y sociedades científicas, así como equipos técnicos en los campos de salud mental y derechos humanos.

Objetivos específicos

Desarrollar e implementar políticas, programas y planes que permitan acompañar y dar soporte colectivo a las personas cuando lo requieran, incorporando la perspectiva de género y de derechos humanos como eje de la acción, mejorando las atenciones de salud mental, la vida en comunidad y la vida independiente, con especial énfasis en las personas con discapacidad psicosocial.

Desarrollar e implementar acciones específicas de responsabilidad para todos los niveles de gestión y atención orientadas a la promoción de la perspectiva de DDHH en salud mental, la prevención de acciones de vulneración de derechos, y cuando no se haya actuado a tiempo en situaciones de vulneración se generen acciones orientadas a la reparación y restitución.⁶³

La expectativa es que esta iniciativa cumpla al menos con dos requisitos. Primero, que garantice un Presupuesto progresivo en SM suficiente para abordar gradualmente todos los temas involucrados e ir asegurando el derecho a una “buena” salud mental y, en segundo lugar, que sea una propuesta que pueda ser discutida con la amplia participación de la sociedad civil y de las organizaciones de y para personas en situación de discapacidad intelectual y psíquica. Nada sobre nosotros, sin nosotros.

⁶³ Informe Preliminar de circulación restringida.

SUEÑO, CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR SOCIAL

Juan Carrillo Azócar⁶⁴

Desde hace varios años en Chile, y en varias partes del mundo occidental, se viene hablando del malestar social, e incluso fue el tema central al que se aludió como explicación imprecisa del estallido social iniciado en octubre del 2019. Este malestar se ha asociado sobre todo a las inequidades sociales que se han profundizado con el devenir del tiempo y atribuidas al “modelo neoliberal” implantado a partir de comienzos de los años ochenta del siglo pasado.

Uno de los aspectos menos abordado de las desigualdades sociales, y sobre todo de los efectos de las inequidades socioeconómicas, es el malestar social, cuya consecuencia inmediata es que cada vez más grupos y estratos de la población requieren trabajar más tiempo para alcanzar a vivir, y en muchos casos a sobrevivir. Se produce así el fenómeno de que muchos trabajadoras y trabajadores que, estando laboralmente activos, no alcanzan a cubrir los gastos de sus necesidades básicas, y menos otros gastos que cubran actividades de formación de sus hijos, y menos aún de ocio y esparcimiento.

También producto de la globalización y la expansión de los mercados de trabajo es cada vez mayor la proporción de trabajadores que labora en horarios no normales, como sistemas de turnos matutinos, vespertinos, nocturnos y rotatorios en distintas combinaciones. Este fenómeno, que hacia finales del siglo pasado afectaba solo a una parte relativamente pequeña de los trabajadores de algunas actividades económicas como la salud, minería, transporte, defensa y seguridad, en la actualidad se ha profundizado y extendido a otras actividades, o se han creado otras nuevas basadas en sistemas 24/7, que han transformado esto en un desafío para la fisiología humana, y sobre todo para nuestros ritmos circadianos, y en particular nuestro ciclo sueño y vigilia.

Así las cosas, una proporción cada vez mayor de la población laboralmente activa dedica menos tiempo al descanso y al sueño. Producto de este fenómeno, los grupos con niveles socioeconómicos más bajos han concentrado la mayor parte de las enfermedades crónicas no transmisibles. Así, por ejemplo, el exceso de peso y la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, metabólicas, las enfermedades mentales y neurodegenerativas se han transformado en parte del perfil de la pobreza y del envejecimiento.

⁶⁴ Médico-cirujano, egresado de la Universidad de Concepción; Magister (c) en Salud Pública, Universidad de Chile; Master en Medicina y Fisiología del Sueño, Universidad de Murcia, España. Actual Vicedirector del Departamento de Sueño de la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT), periodo 2022-2024.

Pero, por otro lado, la penetración y masificación de las tecnologías de la información y del conocimiento a través de Internet, ha hecho que cada vez más población infantil, adolescente y adulto joven dedique tiempo excesivo al uso de las redes sociales, los juegos y el contenido del ciberespacio, dejando poco tiempo para una función tan importante como el sueño. Esto ha generado una serie de trastornos circadianos y del sueño que han hecho emerger enfermedades que antes eran raras, pero que en los últimos años se han transformado en altamente prevalentes, como el trastorno por déficit atencional, los trastornos del espectro autista y los trastornos de salud mental, en general.

En la mayor parte de los ejemplos anteriores subyacen los efectos de algún trastorno del sueño: la privación crónica de sueño, retraso de fase circadiana, Jet Lag social, ciclo sueño vigilia irregular, trastornos respiratorios del sueño o ciclo no 24 horas, por mencionar algunos de los más prevalentes y significativos. También en muchos casos se superponen más de un trastorno, haciendo aun más complejo entender la naturaleza del problema, así como la solución. El otro aspecto no menos importante, es que depende del momento del desarrollo en que dicho trastorno se produzca será el tipo de trastorno que emergerá o se manifestará clínicamente.

Desde otra perspectiva, el sueño, la calidad de vida y el bienestar social están intrínsecamente relacionados. El sueño juega un papel fundamental en la calidad de vida y el bienestar de una persona, y, por ende, cuando esto afecta a una proporción significativa de una comunidad o una sociedad, o afecta actividades económicas, de defensa o de seguridad estratégicas, se transforma en un fenómeno social que requiere ser abordado desde las ciencias sociales.

El sueño saludable o de calidad es esencial para una buena calidad de vida. Cuando dormimos lo suficiente y tenemos un sueño reparador, nuestro cuerpo y mente se recuperan. Esto nos permite estar más alerta, concentrados y con mejor estado de ánimo durante el día. La falta o insuficiencia crónica de sueño puede llevar a problemas de salud como fatiga, estrés y depresión, lo que afecta negativamente a la calidad de vida.

El sueño también influye en nuestro bienestar social. Cuando estamos bien descansados, somos más capaces de participar en actividades sociales, mantener relaciones sanas y responder de manera efectiva a las demandas sociales. Por otro lado, la privación de sueño puede llevar a irritabilidad y falta de empatía, lo que puede indudablemente deteriorar nuestras relaciones con los demás.

El bienestar social se refiere a la satisfacción con nuestras relaciones sociales y nuestra participación en la sociedad. Una buena calidad de vida incluye tener relaciones sociales sólidas y sentirse conectado con la comunidad. El apoyo social y las relaciones satisfactorias contribuyen en gran medida a una mejor calidad de vida.

En resumen, el sueño, la calidad de vida y el bienestar social están interconectados, algo que no siempre aparece como evidente. Un sueño saludable mejora la calidad de vida y facilita el bienestar social, pero se requiere disponer del tiempo suficiente y de buenos hábitos basados en una cultura que valore el sueño como fundamental para el ser humano, tanto en su desarrollo temprano, en la vida escolar y académica, así como para la vida social y económica del ser humano adulto.

Referencias recomendadas:

1. Cappuccio, Francesco P., Michelle A. Miller, and Steven W. Lockley (eds), *Sleep, Health and Society: From Aetiology to Public Health* (Oxford, 2010; Oxford Academic, 1 Jan. 2011). <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199566594.001.0001>.
2. John J. Maurer, Ashley Choi, Isabella An, Nicholas Sathi, Shinjae Chung, *Sleep disturbances in autism spectrum disorder: Animal models, neural mechanisms, and therapeutics*, *Neurobiology of Sleep and Circadian Rhythms*, Volume 14, 2023, 100095, ISSN 2451-9944, <https://doi.org/10.1016/j.nbscr.2023.100095>.
3. Economic Impact of Obstructive Sleep Apnea. The American Academy of Sleep Medicine (AASM). <https://aasm.org/advocacy/initiatives/economic-impact-obstructive-sleep-apnea/>

RESEÑA:**The WHO Council on the Economics of Health for All. Health for all: transforming economies to deliver what matters Final report. Geneva: World Health Organization; 2023**

<https://www.who.int/groups/who-council-on-the-economics-of-health-for-all>

Por Gabriela Tello Guerra⁶⁵

Organización Mundial de la Salud OMS. Consejo sobre economía de la salud para todos. Salud para todos: transformando economías para que entreguen lo que realmente importa, Reporte final. 2023

En el año 2020 la OMS creó el **Consejo sobre economía de la salud para todos**, cuya tarea era repensar la economía centrando el foco en cómo la salud y el bienestar son valorados, producidos y distribuidos a través de la economía.

Un hecho destacable es que este Consejo fue constituido solo por mujeres. Diez, todas economistas y expertas en diversas áreas tales como finanzas, desarrollo económico, salud y políticas públicas. El objeto era imaginar cómo instalar SALUD PARA TODOS en el centro de las decisiones gubernamentales, incentivando las alianzas público-privadas y la cooperación nacional, regional e internacional. El resultado de este trabajo, que se extendió durante un periodo de dos años, se plasma en el documento que aquí se presenta.

En este se entregan recomendaciones profundas y audaces, basadas tanto en evidencias como experiencias y bajo la premisa de que el bienestar físico y mental debe ser un propósito central de las economías y que, por lo tanto, no debe ser materia únicamente de los Ministerios de Salud, sino del Estado en su conjunto. La salud y el bienestar tienen que considerarse, ambos, como un objetivo en sí mismo y no ser vistos como un mero factor para el crecimiento económico.

El director general de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus espera que estas recomendaciones ayuden a cambiar la manera en la cual los países miran y financian la salud y que ojalá, tanto los actores políticos, como la sociedad civil y

⁶⁵ Ingeniera comercial. Miembro del directorio de APROB.

los miembros de comunidades de salud y económicas, tomen en consideración las recomendaciones del informe y las utilicen como punto de partida para la creación de nuevas estructuras y políticas que permitan convertir el concepto de salud para todos en una realidad.

Mariana Mazzucato, presidenta del Consejo de OMS y académica del University College de Londres, sostiene que una población saludable no tiene que ser solamente vista desde la óptica del capital humano. La salud es un derecho humano y junto con un medio ambiente sano y sostenible, la salud y el bienestar deben ser el objetivo último de la actividad económica. Esto requiere de innovación e inversión en todos los ámbitos y con la participación de todos los actores que permitan direccionar el crecimiento económico, considerando que este no es un fin en sí mismo, sino que es para toda la población y el planeta.

Se requiere, entonces, de una narrativa que transforme la idea de que el financiamiento en salud es un gasto porque en realidad es una inversión. Esto se justifica en la lógica fundamental de que el bienestar, la salud y la economía son interdependientes. La salud no solamente es un objetivo clave de la sociedad, sino que hay una gran correlación entre los estados de salud y el crecimiento económico de los países o regiones. La salud es una condición básica para comprender la resiliencia y estabilidad de las economías. Los países debieran transitar, explica el documento, desde la intervención reactiva a las frecuentes fallas de mercado a la proactividad, es decir, regulando colaborativamente mercados a fin de priorizar la salud humana y planetaria.

Este documento recomienda políticas públicas alineadas con esta nueva narrativa económica. Las decisiones tomadas con respecto a cómo canalizar y estructurar la inversión pública y privada determinará si -como planeta- seguiremos enfrentando las consecuencias asociadas a graves problemas de salud o si triunfamos en la creación de una nueva política económica que tenga entre sus máximas prioridades la SALUD PARA TODOS.

Publicaciones y actividades de APROB

La Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB) actualmente tiene tres áreas: Sistemas de salud, Macroeconomía y Medio Ambiente. En www.aprobienestar.cl es posible encontrar información sobre sus actividades y publicaciones.

Entre las publicaciones recientes, se dispone:

EMPLEO POST COVID-19: LA IRRUPCION DEL TELETRABAJO

<https://aprobienestar.cl/wp-content/uploads/2023/07/EMPLEO-POST-COVID-19-LA-IRRUPCION-DEL-TELETRABAJO-Rafael-Urriola-2023.pdf>

<https://aprobienestar.cl/publicaciones-2/>

BOLETIN DE SEGUIMIENTO DEL INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR DE CHILE

https://aprobienestar.cl/wp-content/uploads/2023/08/Boletin_de_Precios_Agosto2023_APROB.pdf

Este boletín se realizará mensualmente y podrá consultarlo en nuestra página

Actividades:

Se está estructurando un convenio con la Corporación Nacional de Consumidores y Usuarios (Conadecus) para el diseño y difusión de análisis de los Índices de Precios; de los Índices de Remuneraciones y del Consumo de los Hogares, los que serán difundidos conjuntamente por ambas instituciones.

Este sábado 30 de septiembre 2023 APROB realizará el encuentro técnico para analizar la conceptualización del bienestar y los indicadores a considerar para la elaboración del Barómetro de Bienestar.