

**REVISTA No 4 de septiembre de 2024**

Click en la página para ir al artículo

## INDICE

<b>PRESENTACIÓN</b>	<a href="#">p.3</a>
<b>EDITORIAL</b>	<a href="#">p.4</a>
<b>EN ESTE NÚMERO COLABORARON COMO AUTORES</b>	<a href="#">p.6</a>
<b>¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO DECIMOS REFORMA EN SALUD?</b>	<a href="#">Hernán Sandoval. p.8</a>
<b>CRONOLOGÍA DE LA CRISIS DE LAS ISAPRE: CÓMO SE SIGUEN DESPLEGANDO LOS PODERES FÁCTICOS EN EL CHILE POST ESTALLIDO</b>	<a href="#">Ricardo Fábrega. p.15</a>
<b>ENVEJECIMIENTO SALUDABLE, SOLEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL.</b>	<a href="#">Rafael Urriola p.28</a>
<b>ALZHEIMER Y CUIDADORES: UNA BRUMA DE TRISTEZA</b>	<a href="#">Santiago Escobar p.41</a>
<b><u>¿COMO HACER PROSPERAR LAS SOCIEDADES? COORDINAR APROXIMACIONES PARA PROMOVER EL BIENESTAR Y LA SALUD MENTAL (OCDE 2023)</u></b>	<a href="#">Traducción por Leandro Urbina p.50</a>
<b>UNIVERSALIZACIÓN EN EL ACCESO A LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</b> Entrevista al Director de Salud de la Comuna de La Pintana, Dr. Julio Sarmiento.	<a href="#">Carolina Guerra p.53</a>
<b>CONVERSATORIOS SOBRE SALUD BUEN VIVIR Y BIENESTAR ORGANIZADO POR LA ASOCIACIÓN PARA LA PROMOCION DEL BIENESTAR (APROB) Y LA FACULTAD DE SALUD Y BUEN VIVIR DE LA UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO (UAHC)</b>	

**PRESENTACIÓN CICLO DE CONVERSATORIOS** **Álvaro Ramis O.** [p.61](#)

**Presentaciones módulo 1**

**BUEN VIVIR: OTRA EPISTEMOLOGÍA PARA REFLEXIONAR SOBRE EL BIENESTAR EN SALUD.** **Alejandra Ruiz-Tarrés** [p.63](#)

**INTERCULTURALIDAD, INTERSECCIONALIDAD Y BUEN VIVIR. PENSAR LA SALUD DESDE Y PARA LA DIVERSIDAD SOCIOCULTURAL.** **Natalia Caniguan Velarde** [p.66](#)

**BUEN VIVIR, BIENESTAR E INTERSECTORIALIDAD** **Dra. Paz Robledo H.** [p.69](#)

**Invitación a participar con artículos** [p.80](#)

**Comité editorial de esta Revista** [p.81](#)

**PUBLICACIONES Y ACTIVIDADES DE APROB** [p.83](#)



## PRESENTACIÓN

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

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

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

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

La Revista 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 para mejorar la calidad y la eficiencia en las prestaciones de salud y, por tanto, mejorar el bienestar de los usuarios. En esta medida, se podrán identificar indicadores relevantes en la perspectiva de un barómetro de bienestar que incluya otros sectores, desde luego, la economía y el medio ambiente.

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

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

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

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

Esta publicación debe citarse como: Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB). Revista Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo No 4. Santiago, septiembre de 2024. (la abreviatura de título de esta publicación según las normas del ISSN es "Sist. salud bienestar colet.")- Se autoriza reproducir total o parcialmente esta obra mencionando la fuente respectiva.

Septiembre de 2024

## EDITORIAL

Este cuarto número de nuestra revista aparece en septiembre de 2024 a semanas del plazo que el gobierno se ha fijado para presentar una Reforma a la salud. El artículo de Hernán Sandoval entrega una visión de los contenidos de una Reforma que, ciertamente, va más allá de las prioridades que se han expuesto por la Comisión de Reforma. La entrevista al Director de Salud de la Pintana, Dr. Julio Sarmiento, realizada por Carolina Guerra explica con ejemplos concretos el alcance de la Universalidad en la Atención Primaria, eje principal de la actual Reforma.

Se acerca el plazo en que las Isapres deben entregar la propuesta de reembolso de los cobros percibidos ilegalmente, según la Corte Suprema. Ricardo Fábrega entrega una sistemática cronología del “affaire” Isapres, dejando claro que los afiliados aun no pueden estar seguros de ser compensados en justicia.

Quedan temas pendientes en la Reforma que son de máxima urgencia y necesidad. Las personas mayores (PM) enfrentan problemas crecientes para lograr un envejecimiento saludable como la soledad y el aislamiento social que es examinado por Rafael Urriola. De su parte, Santiago Escobar entrega un testimonio en primera persona de los problemas de las PM y sus cuidadores, especialmente, cuando sufren de enfermedades mentales que constituyen otra de las urgencias del momento. De este modo, la traducción del documento de la OCDE sobre salud mental realizada por J. Leandro Urbina alerta de esta necesidad.

El Área de Salud y Bienestar de APROB en conjunto con la Facultad de Salud y Buen Vivir de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano realizó un ciclo de 6 módulos de conversatorios apuntando a los temas relevantes para la Reforma con una perspectiva 2030. En esta entrega se presenta el módulo 1 que se centró en los aspectos teóricos y metodológicos que unen salud con buen vivir y bienestar. Esto fue abordado por las tres panelistas cuyas transcripciones se hicieron para esta entrega. Estos son los aportes de Alejandra Ruiz, Natalia Caniguan y Paz Robledo.

La contingencia social y política absorbida por las elecciones municipales y regionales de octubre repone los temas principales que aquejan a la ciudadanía. La inseguridad frente a la delincuencia como frente a la eventualidad de una enfermedad que requiere atenciones de especialistas, permanentes u hospitalarias son los dos problemas centrales para la población.

El sistema de salud público y privado sigue absorbiendo recursos financieros, pero la percepción de la gente es que las cosas no mejoran. Pareciera necesario que se disponga, de manera pública, de indicadores de resultados confiables, oportunos, transparentes y en secuencias conocidas. Hay instituciones públicas en Chile que han logrado esta confianza por parte de la ciudadanía como el Banco Central o el Instituto Nacional de Estadísticas. El sector público de salud, cuando se lo propone -y las autoridades lo exigen- logra resultados estadísticos importantes como en el seguimiento de los contagios en el período de la pandemia del Covid-19. Asimismo sucede en las vacunas de la influenza pero, en cambio, pese al carácter explícito de los plazos que la ley fija para atender las patologías y problemas GES

subsisten dudas con respecto a los casos no atendidos. Peor aún, las denuncias de ampliación de las listas de espera en patologías no GES y en consultas de especialidades se multiplican y la autoridad no ha dado respuesta, lo cual aumenta las dudas.

Probablemente, estos problemas superan a los gobiernos de turno. De hecho, los problemas persisten desde hace más tiempo que un período gubernamental. Lo que convendría exigir en tanto ciudadanos a los representantes políticos (especialmente, parlamentarios), en aras del bienestar de las personas, es que se dedique más energía a aprobar acciones que favorecen las demandas sanitarias de Chile.

Queremos agradecer, una vez más, a quienes colaboran a la producción de esta revista, intelectual y prácticamente. Valga la pena explicitar que esta revista se mantiene gracias al aporte y trabajo voluntario de nuestros socios y, muy especialmente, a los aportes de los articulistas que han participado en esta entrega.

### **COMITÉ EDITORIAL**

## EN ESTE NÚMERO COLABORARON COMO AUTORES

Revista Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo No 4 septiembre 2024

**Caniguan Velarde, Natalia.** Mg. En Desarrollo Humano, local y regional por la Universidad de La Frontera. Fue directora del Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad de La Frontera y es investigadora adjunta del Centro de Estudios Indígenas e Interculturales CIIR. Presidenta Colegio de Antropólogas y Antropólogos de Chile.

**Escobar Sepúlveda, Santiago.** Abogado. U de Chile. Asesor Editorial y Coordinador Editorial Diario El Mostrador 2004 -2020.Consultor externo PNUD, y Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Ex Director Ejecutivo Instituto Igualdad. Analista Político especialista en temas de Defensa y Seguridad

**Fábrega Lacoé, Ricardo.** Médico Cirujano. Master en Gestión Pública. Ex-Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Decano de la Facultad de Salud de la Universidad Santo Tomás. Presidente de la Corporación Alma-Ata.

**Guerra Fuentes, Carolina.** Socióloga, Universidad de Chile. Máster en Políticas Sociales y Dirección Estratégica para el Desarrollo Sostenible del Territorio, Universidad de Bologna, Italia. Ha sido docente en estas materias en la Universidad Central, Universidad Alberto Hurtado, U. Diego Portales, U. Academia de Humanismo Cristiano y Universidad de Chile.

**Ramis Olivos, Álvaro.** Licenciado en Educación Pontificia Universidad Católica de Chile. Especialización en teología contextual Universidad Libre de Ámsterdam. Doctor en Ética y Democracia por la Universidad de Valencia. Rector Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

**Robledo Hoecker, Paz.** Médica Pediatra. Especialista en Medicina del Adolescente, Magister en Psicología del Adolescente y Gerencia Social y Políticas Públicas.

**Ruiz Tarrés, Alejandra.** Doctora en Estudios Americanos. Investigadora autónoma, principales líneas: pensamiento latinoamericano, movimientos sociales, convivencias interculturales, ruralidades. Docente de la Facultad de Humanidades de la Usach.

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

**Sarmiento Machado, Julio.** Médico cirujano de la Universidad de Chile. Magister en salud Pública U. de Chile. Fue presidente de la FECH. Jefe del Departamento de Salud de La Pintana.

**Urbina Soto, José Leandro.** Escritor. Doctor en la Universidad Católica de las Américas, Washington DC. con especialidad en literatura latinoamericana. Profesor en universidades en

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

**Urriola Urbina, Rafael.** Master en Economía Pública y Planificación, Universidad de Paris (Nanterre). Profesor economía de la salud del Magister en Salud Pública Universidad de Valparaíso. Presidente APROB. Consejero en CENABAST del Consejo Consultivo ley 21.198.

# ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO DECIMOS REFORMA EN SALUD?<sup>1</sup>

## Dr. Hernán Sandoval Orellana<sup>2</sup>

Me parece extraordinario que exista una Facultad de Salud y Buen Vivir, aunque yo diría Buen Vivir y Salud porque el Buen Vivir es condición necesaria para una buena salud. Además, porque este concepto recoge la expresión quechua de Sumak Kawsay, que consiste fundamentalmente en estar en equilibrio; con la naturaleza, con el entorno inmediato, con la familia y con el conjunto de la sociedad. Esto es una manera de rendir tributo a la Pachamama o sea a la naturaleza inmediata y al cosmos.

Se nos ha invitado a reflexionar sobre las iniciativas que debiesen incluirse en la Reforma a la Salud que el gobierno del Presidente Boric está obligado a presentar en octubre de 2024, de acuerdo a lo estipulado en la llamada Ley corta de ISAPRES.

Lo primero es definir qué significa una reforma a la Salud. Considero que lo primero, es tener una mirada desde fuera del sector salud porque la salud trasciende al sector, dado que el llamado sector de salud es principalmente la estructura administrativa, financiera y de entrega de prestaciones para atender la enfermedad, y no se hace cargo de la salud en su conjunto, con sus componentes culturales y sociales. La buena salud necesita condiciones previas que están dadas por la calidad de vida, la nutrición, la vivienda, el ingreso, la educación, es decir, los factores que son determinantes de la salud.

Entonces, una reforma debe tener por objetivo; **crear las condiciones sociales y culturales para que toda la población alcance el mejor nivel de salud.**

En consecuencia, hay dos maneras de mirar una reforma;

- i) Crear las condiciones socio económicas y culturales para que toda la población alcance el mayor nivel de salud, incluyendo desde luego, el acceso a la atención oportuna y de calidad de la enfermedad. Tarea compleja, difícil, multisectorial y que implica un cambio cultural.
- ii) Optimizar los servicios de atención de la enfermedad existentes (gestionar cambios, financieros y tecnológicos). Cuando se tiene una mirada de optimización de la gestión, no se está en la mirada del cambio porque se refiere conceptualmente a mejorar lo que hay. O sea, esta óptica se restringe a ver cómo hacemos mejor para satisfacer las demandas curativas de la población.

Esta segunda alternativa se refiere a cambios financieros que no apuntan al tema central que es que la salud no se circunscribe al sector salud. Permítaseme dar el siguiente ejemplo. Uno de los grandes reformadores de la historia fue Martin Lutero y para reformar la iglesia se salió

<sup>1</sup> Artículo basado en la Presentación realizada en el conversatorio Salud Buen Vivir y Bienestar organizado por la Facultad de Salud y Buen Vivir de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano (UAHC) y la Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB). Julio de 2024.

<sup>2</sup> Médico cirujano de la U. de Chile. Especialista en Medicina del Trabajo de la U. de Paris. Experto en Salud Ocupacional y Ambiental de la OMS 1974-1983. Secretario Ejecutivo de la Comisión de Reforma de la Salud de Chile 2000-2004. Asesor de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS 2006-2008.

de la iglesia. Entonces pregunto ¿somos capaces de "salirnos" del sector salud y mirar la sociedad en su conjunto, para reformar lo que tenga que ver con la salud? Es necesario ponerse fuera para ver que está haciendo el sistema.

Cuando se revisa el Informe del Comité Técnico para la reforma del sistema de salud del Senado (noviembre 2023), integrado por conocidos académicos y funcionarios, se observa que en el mismo no hay alusión alguna a la salud. Se habla de mecanismos de pago, transferencias, estructuras administrativas, pero de salud de la gente no hay nada. Entonces para hacer una Reforma a la salud de la población, es preciso, a mi juicio, tener un propósito explícito acerca del impacto en la salud de la población:

- Mejorar la salud de la población
- Disminuir la mortalidad evitable y disminuir la discapacidad
- Aumentar la esperanza de vida

Estos son los indicadores mínimos y necesarios para evaluar el propósito y los logros de una Reforma de la salud. Asimismo, hay que tener objetivos claros y fijados con horizontes temporales. Por ejemplo, considero que los mayores problemas de salud de Chile son la obesidad y el consumo de alcohol; no son las listas de espera, el déficit de camas hospitalarias o la baja capacidad de resolución de la atención primaria (APAS) y otros que se mencionan frecuentemente. Ambos problemas influyen en alrededor del 60% de los problemas que más daño producen en la población, tanto en cuanto a discapacidad, como a muertes prematuras. En consecuencia, deberíamos ser capaces de señalar en qué proporción disminuiríamos la obesidad y el consumo de alcohol en los próximos 10 años, por ejemplo.

### **Tabla 1 Enfermedades crónicas más comúnmente relacionadas con sobrepeso y obesidad**

1. Diabetes tipo 2.
2. Enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares.
3. Osteoartritis.
4. Hígado graso no alcohólico.
5. Síndrome Metabólico.
6. Enfermedad renal crónica.
7. Enfermedades respiratorias.
8. Apnea del sueño.
9. Ciertos tipos de cáncer.
10. Problemas de salud mental.
11. Problemas gastrointestinales.
12. Dislipidemia.

Lo segundo a tener claro es que una Reforma a la salud es esencialmente un acto político, por ello no debe estar conducida por tecnócratas y académicos porque la Reforma toca creencias, intereses e instituciones. Cuando el 2001 planteamos que debían darse garantías exigibles (Plan AUGE), los que más intensamente se opusieron a ello fueron los médicos, porque afectaba su identidad. Surgieron objeciones como que ya no sería el médico que decidía qué

y cuándo operar ni a quien operar. Una verdadera reforma afecta creencias, estructuras, intereses, no sólo económicos, sino corporativos y genera enormes resistencias.

Cuando propusimos la Reforma que culminó con el actual GES teníamos en contra al Colegio Médico, a la Asociación de ISAPRES, a la Asociación de Clínicas Privadas, a la FENPRUS, la Fenats, es decir al conjunto de las organizaciones del sector salud. Todos consideraban que eran los únicos que podían opinar de salud y no la población en su conjunto.

La Reforma es además un acto político que debe involucrar a la población y esta debe ser un actor informado y con participación permanente que debe ver los resultados de sus propuestas. Cuando estábamos planificando el AUGE (hoy GES) se hizo una encuesta presencial a 5,700 hogares, con la Escuela de Sociología de la Universidad de Chile, con alta representatividad y más de un centenar de preguntas. Lo sorprendente es que cuando se pidió establecer prioridades de atención la población contestó prácticamente lo mismo que lo que habría contestado un experto en salud pública.

En la encuesta, la opinión ciudadana marcó en los cuatro primeros lugares las mismas patologías seleccionadas por epidemiólogos expertos, pero en el quinto lugar de las preferencias ciudadanas salió la salud oral, la cual no había sido considerada, pero atendiendo las prioridades ciudadanas se introdujo al programa. La participación ciudadana es un punto crucial que los tecnócratas ignoran, ya que en el informe mencionado no hay ninguna referencia a ello. Además, otra razón para mantener una postura desde el sistema de salud es que en Chile el negocio de la salud mueve alrededor de 60 millones de dólares al día. Cabe preguntarse ¿quién y cuánto dejarían de ganar si se transforma el modelo?.

Imaginémonos que, por lo menos, el 10% de la cifra de negocios sea utilidad, son 6 millones diarios de utilidades y esto es lo que está en juego. Por otra parte, el financiamiento para la atención primaria (APS) no ha aumentado desde 2006, cuando fue el 28% del total del presupuesto público para salud. El año 2023 alcanzó a solo 26%. Esto es porque el negocio no está en la APS, sino en los hospitales, las clínicas, los exámenes de laboratorios. La prevención de las enfermedades crónicas no genera ganancias, porque las ganancias están en atender enfermos, no en las personas sanas. En consecuencia, cambiar el modelo de atención y mejorar la salud de la población afecta al negocio de la salud.

Entonces, no hay que ser ingenuos porque las resistencias económicas, culturales y corporativas son enormes. De otra parte, cuando se le pregunta a la gente ¿qué es la salud? la mayoría contesta salud es la atención médica, es decir, hospitales consultorios, más médicos. Por ejemplo, cuando se le pregunta a la gente de la Pintana – donde la mortalidad por COVID 19 fue cuatro veces mayor que en Vitacura- ¿por qué pasó esto? La gente contesta porque allá tienen más hospitales, tienen clínicas de buena calidad y porque acceden inmediatamente a la atención médica. Sin darse cuenta que hay “previos” que considerar relacionados con los determinantes sociales (obesidad, diabetes, hipertensión arterial, entre otros).

Con este contexto de lo que es una reforma y sus dificultades para ser implementadas se puede mejor examinar ahora el tema del futuro. Esto tienen que ver con el perfil epidemiológico en las próximas décadas. Yo no puedo predecir eso. Más aun cabe preguntarse si existe un solo futuro. En realidad, el futuro es el presente proyectado, más la acción humana. Pero hay una tendencia a imaginárselo como el sino, el destino o lo que algunas religiones aceptan como el predestino de alguien que decidió trazar tu vida. En lo

individual es un imaginario de lo que haré con mi vida. Para otros el futuro es algo que se puede construir. No obstante, la construcción del futuro es sólo concebible como obra colectiva porque si no estoy, otros pueden reemplazarme. Esto requiere que haya un objetivo de construcción. Esto pasa cuando hay un horizonte definido y acciones para alcanzarlo. Claro está, esto requiere muchos cambios de mentalidad. Sin embargo, en la práctica, los defensores del modelo médico hegemónico se empeñan en presentarnos un futuro donde muchos podrían llegar a ser centenarios, gracias a los avances científicos y tecnológicos y todo dependería de la capacidad de consumir los productos que el progreso generaría.

Vista así las condiciones de una reforma dudo que llegue a plantearse una reforma sustantiva en este año, porque no habría piso político para ello. Se podría, eventualmente, mejorar la APS, destinando a ella una mayor proporción del gasto público en salud y definiendo más claramente la relación de los Servicios de Salud regionales con la APS municipal. Es muy difícil lograr un impacto sanitario significativo sin ello.

Un problema interesante es examinar la carga de enfermedad de la población, expresada en los Años de Vida Perdidos (AVP) por muerte prematura o por discapacidad, lo que mide el impacto de las enfermedades en la vida de las personas.

El año 2019 hicimos, en la Universidad de Las Américas, un estudio sobre estos temas, intentando dilucidar lo que podría pasar en la salud al 2030, proyectando los datos del estudio de carga de enfermedad del 2017 del Instituto de la métrica y evaluación de la salud de Seattle, que accedió a facilitarnos sus bases de datos, considerando para la proyección los cambios por edad y por sexo del periodo, según los datos del INE. Nos preguntábamos que enseñar, porque enseñamos lo que sabemos y eso será el pasado para los estudiantes, que se desempeñarán en el futuro porque la sociedad y la salud cambiarán.

La comparación muestra que en 2017 la tasa de "años de vida saludable perdidos" era de 2.377 años por 10.000 personas y el 2030 la tasa es de 2.741 por 10.000 personas. En otros términos, en ese periodo se estima que la tasa de crecimiento poblacional será de 12,6%, mientras que en el mismo período la tasa de AVP alcanzará a 15,3%. O sea, Chile estará epidemiológicamente peor en 2030 que en 2017.

Esto será así, salvo que cambiemos los componentes multifactoriales que inciden en las patologías que influyen en la discapacidad y en las muertes prematuras.

El estudio nos muestra que el lumbago crónico es la principal causa de AVP por discapacidad y el infarto del miocardio por muerte prematura. Esto, a pesar de que se han notado mejorías en la atención del infarto, pero no en la prevención del mismo. También siguen siendo importantes los accidentes cerebrovasculares y la diabetes. Especial atención hay que darle al Alzheimer que ocupaba en 2017 el lugar 13º, pero que aumentará hasta el 6º lugar en cuanto a AVP. Asimismo, la cirrosis se mantiene dentro de las primeras cinco causas de AVP.

Las principales enfermedades causantes de discapacidad y muerte prematura son prevenibles o evitables. En el periodo considerado hay cambios en el perfil epidemiológico de la población, pero las enfermedades básicas de la población siguen siendo las mismas. Es necesario tener una mirada multifactorial y de largo plazo considerando que desde la infancia debemos incorporar la educación, el esparcimiento, la práctica de deportes, la sociabilidad, etc. Sin esto, no cambiarán significativamente los indicadores de salud. El impacto de la COVID

19 tampoco cambió mucho los resultados porque los que murieron eran mayoritariamente personas mayores y eso hace que el número de AVP por COVID 19 sea pequeño.

**Tabla 2. Chile: causas principales de Años de vida perdidos por discapacidad y muerte prematura 2017-2030**

	2017		2030		
Dolor lumbar bajo	340.071	1	404.265	1	=
Enfermedad isquémica del corazón	210.277	2	310.885	2	=
Accidente cerebrovascular	193.651	3	288.539	3	=
Diabetes mellitus	161.468	4	228.179	4	=
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	133.284	5	178.504	5	=
Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	89.897	13	151.524	6	↑
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	92.932	11	141.974	7	↑
Trastornos depresivos	120.814	7	136.991	8	↓
Insuficiencia renal crónica	89.799	14	131.341	9	↑
Accidente de tránsito	111.905	9	128.026	10	↓
Cefalea	112.226	8	126.744	11	↓
Enfermedades neonatales	122.375	6	123.365	12	↓
Cáncer gástrico	79.854	18	117.586	13	↑
Trastornos ansiosos	103.780	10	116.575	14	↓
Hipoacusia	77.818	19	113.145	15	↑
Caídas	80.680	17	107.273	16	↑
Cáncer pulmonar, bronquial y de tráquea	72.518	20	105.673	17	↑
Otras patologías musculoesqueléticas	85.546	15	103.491	18	↓
Autoagresiones	92.845	12	102.923	19	↓
Infecciones respiratorias bajas	63.327	23	92.968	20	↑

No es simple trazar un futuro epidemiológico, porque hay muchos factores, entre ellos:

- a) **Calentamiento global:** (cambio climático, acidificación del mar, disminución de biodiversidad, destrucción de ecosistemas, entre otros fenómenos de cambio ecosistémicos) es una condición que se omite en el conocimiento popular, se habla sólo de "cambio climático", pero eso es una distorsión intencional porque en la expresión "cambio climático" la gente aparece como víctima, impotente, mientras el calentamiento global es una situación provocada por la humanidad y las personas pasan a ser autoras y por lo tanto responsables del mismo. Es decir el ser humano no es víctima sino causante. Es la acción humana que crea esto, así como la acidificación del mar, la disminución de la biodiversidad, y la destrucción de los ecosistemas. Hay una abundante publicidad que dice "cuidemos el planeta". Este tiene unos 4.500 millones de años y la vida en la Tierra apareció hace unos 4.000 millones de años. Los humanos se separaron de los primates hace unos 7 millones de años y sólo hace como 300.000 años apareció el homo sapiens. Las condiciones actuales y predecibles del calentamiento global ponen en peligro la existencia humana, pero no la vida en la tierra, el planeta se salva sólo, la especie humana está en peligro de desaparecer.
- b) **Globalización epidémica:** la vivimos con la COVID 19, en septiembre de 2019 China conoce la existencia del virus y en diciembre de ese año empiezan a construir hospitales con camas críticas de urgencia para atender potenciales pacientes. En marzo 2020 llega a Chile. Es decir, esta globalización epidémica seguirá ocurriendo.
- c) **Sociedades complejas y desestructuradas:** hay un surgimiento global de desconfianza en la política y en las instituciones, con la aparición de movimientos extremistas y disruptivos de la convivencia social. Ello ocurre en especial en sociedades con regímenes democráticos. Ello complica la gobernanza de los países y no permite un concierto internacional como el que se originó después de la II guerra mundial.
- d) **Migraciones obligadas y masivas:** causadas por fenómenos concomitantes como el calentamiento global, que ya produce migraciones y la inestabilidad política.
- e) **Modelo de desarrollo antropocéntrico y depredador:** el calentamiento global, causado por las emisiones de gases de efecto invernadero, se profundiza por un modelo de desarrollo antropocéntrico que produce una sobrecarga del medio ambiente que va más allá de su real capacidad productiva.

Ese conjunto de fenómenos oscurece la capacidad predictiva y es muy difícil discernir la evolución del perfil epidemiológico de las poblaciones.

En lo inmediato hay problemas que no podemos soslayar:

- **Discapacidad:** el 13% de la población chilena tiene algún grado de discapacidad y el 2,7% tiene discapacidad severa. Esto implica que hay más de 400.000 personas que dependen de terceros. Esto obliga a caminar hacia una sociedad del cuidado. Cabe notar que los japoneses tienen 8% de discapacidad y los españoles 9% o sea cifras menores que en Chile. ¿Cómo hacemos para mejorar esto?

- El enfoque curativo y asistencial es insuficiente para abordar este problema, por ejemplo; la primera causa de amputación de extremidades en Chile es el pie diabético (cerca de 3.000 casos al año), una condición enteramente prevenible. No podemos decirles a los diabéticos que no importa que les amputemos el pie porque hay buenos cirujanos y cada vez tecnologías más sofisticadas para apoyar el uso de pies ortopédicos. Cabe preguntarse entonces si tenemos que ir a una sociedad de cuidados o a una sociedad que se anticipe y que prevenga y evite que la gente tenga tanta discapacidad.
- El envejecimiento acelerado de la población. En efecto este proceso que en Europa demoró 50 años, aquí demoró 20 años porque la natalidad se ha reducido drásticamente llegando actualmente a menos de 1,5 niños por mujer en edad reproductiva.

Por último, pero de mucha importancia, hay que avanzar desde la “atención de la enfermedad”, que es el paradigma vigente, a otro que es “construir la salud”. La construcción de la salud considera a los profesionales de la salud, de todos los niveles, como co-constructores, siendo “la gente” los verdaderos constructores.

Hay elementos que permiten pensar que un tránsito de esa naturaleza es factible. Primero, porque nuestra población ha alcanzado casi 11 años de educación en promedio. Segundo porque el avance científico en biología molecular, genética, inmunología, imagenología, fisiopatología e inteligencia artificial, permite prever, con mucha anticipación qué tipo de enfermedades pueden tener las personas y conociendo el mapa genético se les puede instruir acerca de los riesgos a lo que están expuestos y tomar las medidas preventivas pertinentes.

Tenemos que centrarnos en cómo conservamos la salud de la gente, de cada uno y de la población, y pasar de la atención de la enfermedad a la construcción de la salud. Además, se dispone de variadas patologías de terapias de acción masiva y de bajo costo, que permitirán proteger a la población y prevenir muertes evitables. Aquí hay algo que los grandes laboratorios farmacéuticos han aportado en el marco de la pandemia. El haber creado vacunas tan rápidamente es un salto científico impresionante porque pronto encontraremos vacunas para muchas otras enfermedades.

En definitiva, no podemos predecir el futuro, pero se han entregado algunas preocupaciones y caminos que ayudará a que las personas tengan mejor bienestar. De este camino surgen ideas para las reformas que se propondrán en lo inmediato.

# CRONOLOGÍA DE LA CRISIS DE LAS ISAPRE: CÓMO SE SIGUEN DESPLEGANDO LOS PODERES FÁCTICOS EN EL CHILE POST ESTALLIDO.

**Ricardo Fábrega L.<sup>3</sup>**

Las ISAPRE vienen sufriendo una importante inestabilidad financiera en el periodo post pandemia (desde el año 2021), que se ha visto agudizada por varios fallos judiciales adversos donde destaca el de la Corte Suprema de noviembre de 2022 sobre tabla de factores. Es este fallo el que da origen a la llamada “crisis de las Isapre”.

Uno de los elementos más llamativos de la crisis es que quedó en evidencia la disposición permanente de gran parte de los actores de la salud chilena, no sólo de derecha, a desafiar la institucionalidad mediante diversos subterfugios y propuestas que, vestidas de propuestas técnicas, no eran otra cosa que un intento por amparar la impunidad de las Isapre y evitar el cumplimiento del fallo de la Corte Suprema. Las Isapre y sus defensores pusieron todos sus recursos de poder en juego durante esta crisis, y si bien no lograron su objetivo inicial de obtener un perdono total, sí obtuvieron condiciones que son muy distintas a las que obtienen otros sectores, en especial, el ciudadano chileno común. La aprobación de la ley corta, mediante extenuantes negociaciones de última hora, dejó además en evidencia que no están las condiciones adecuadas para un debate reposado y productivo para enfrentar el grueso de los problemas estructurales del sector salud.

En el presente artículo se resume brevemente la situación contextual e histórica previa al fallo de la Corte Suprema que originó la ley corta. Luego se hace un relato de la discusión en torno a la ley corta y todo el proceso que llevó a su promulgación. Finalmente, se hacen algunas consideraciones sobre lo que quedó en evidencia durante este proceso.

## **La situación contextual e histórica**

Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) fueron creadas en Chile en 1981, durante la dictadura militar. En ese momento, se promulgó una ley que establecía el Sistema de Seguridad Social en Salud, el cual tenía como objetivo otorgar a la población la opción de elegir su proveedor de salud, permitiendo la competencia entre las entidades aseguradoras de servicios de salud. Se creó un fondo público de salud (Fonasa) y se permitió la creación de seguros privados de salud.

De esta forma, se creó un sistema de salud dual en el cual las ISAPRE ofrecían planes de salud a sus afiliados, quienes debían pagar una cotización mensual para tener derecho a la atención médica y otros beneficios. A cambio, las ISAPRE se comprometían a intermediar prestaciones de salud de calidad y con rapidez. Este esquema permitió a las personas de renta más alta

---

<sup>3</sup> Médico Cirujano. Master en Gestión Pública. Ex-Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Decano de la Facultad de Salud de la Universidad Santo Tomás. Presidente de la Corporación Alma-Ata.

generar un aseguramiento en mejores condiciones que el resto del país, retirando sus fondos del aseguramiento general, para establecer fondos de aseguramiento con personas que son en promedio más sanas, de más renta y “menos riesgosas”. A esta situación de selección de riesgos que favorecía a las personas de alta renta, se le agregaron condiciones que eran más ventajosas para las empresas aseguradoras: se les permitió definir planes según capacidad de pago, hacer selección adversa, discriminar por edad y discriminar por sexo.

Durante la primera etapa se establecieron además subsidios para promover que las personas se afiliaran a una Isapre y no se establecieron regulaciones ni supervisión de estas instituciones que, para constituirse, requerían de un capital muy bajo (la Superintendencia de las Isapre se crea después de la dictadura, durante el gobierno de Patricio Aylwin).

Por otro lado, Fonasa se hacía cargo del resto de la población mediante dos modalidades; el uso de la red pública de salud de bajo costo (en ese entonces sólo gratuita para las personas calificadas como de muy bajos ingresos o ingresos cero) llamada **modalidad institucional** y el acceso a prestadores privados mediante un sistema de bonos con copago llamada **modalidad de libre elección** que, con el fin de evitar la evasión, se instaló solamente para quienes tenían ingresos formales y cotizaban.

Con el paso de los años, estas desiguales condiciones en un sistema de salud público que se mantenía crónicamente desfinanciado atendiendo a la población de mayor riesgo y un sistema de aseguramiento privado con prácticas abusivas y discriminatorias, terminaron por generar una situación de descontento crónico con el sistema de salud. En el sector público esencialmente por falta de acceso oportuno a las prestaciones y, en el sector privado, por los altos costos y discriminaciones.

Hacia el año 2010, los logros sanitarios del sector público, especialmente en los aspectos materno-infantiles y en el aumento de la expectativa de vida, no lograban ocultar el descontento con el sector salud. Es en ese contexto que surge un fallo del tribunal constitucional que establece que uno de los principales mecanismos para discriminar a mujeres y edades extremas, una argucia técnica llamada tabla de factores, era inconstitucional<sup>4</sup>. Este sería el origen remoto de la crisis que se iniciaría con el fallo de la Corte Suprema del año 2022.

Lo que ocurrió es que las Isapre decidieron no respetar el fallo del tribunal constitucional y siguieron usando las tablas de factores aduciendo que existía la necesidad de legislar sobre la materia y que se habría producido un “vacío legal”<sup>5</sup>.

Los afiliados afectados por estas prácticas comenzaron a presentar recursos de protección ante los tribunales, al principio muy pocos y luego miles de ellos, argumentando que estaban siendo discriminados y que los aumentos en los precios finales de sus seguros eran contrarios a la ley. Esto desencadenó una oleada de fallos judiciales en contra de las ISAPRE, en los que se ordenaba la devolución de los montos cobrados en exceso y se invalidaban las tablas de

---

<sup>4</sup> Fallo del tribunal disponible en:

<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1016076&idParte=8960208&idVersion=2010-08-09>

<sup>5</sup>Numerosos autores defendieron la tesis del vacío legal, por ejemplo:

<https://politicaspUBLICAS.uc.cl/web/content/uploads/2010/12/los-efectos-de-la-sentencia-del-tc-en-el-caso-isapres.pdf> Sin embargo, los tribunales, al acoger el reclamo de los afiliados, dejaron claro que esta interpretación era incorrecta.

factores utilizadas para determinar los precios. Algo parecido pasó con el aumento anual de precios que hacían habitualmente estas aseguradoras. Pero aun cuando el número de reclamos era muy elevado y recargaba al sistema judicial, apenas un pequeño porcentaje de los afiliados hacía reclamos por esta vía. La Isapre podía seguir cobrando al resto de sus afiliados al margen de las normas legales. Los superintendentes de la época, en vez de hacer aplicar la ley, hicieron suya la tesis del vacío legal y propusieron reformas legales que nunca se concretaron. Aun cuando los tribunales en cientos de miles de casos fallaron una y otra vez contra las Isapre, los superintendentes nunca emitieron una circular o instructivo para evitar la continuidad de esa violación legal, ni supervisaron el cumplimiento de los principios de la seguridad social.

### **El origen de la crisis.**

Podemos señalar que la crisis de las Isapre se origina por un fallo de la Corte Suprema del 30 de noviembre de 2022<sup>6</sup> que ordenó aplicar a todos los contratos las condiciones establecidas en el dictamen y no sólo a los recurrentes que habían presentado reclamos, que era lo que se venía haciendo desde 2010. Esta instrucción echó por tierra la práctica de las Isapre que habían basado su modelo de negocios en incumplir la ley, cobrando mediante mecanismos ilegales, confiando en que sólo un porcentaje reducido reclamaba. Este fallo vino acompañado durante los meses siguientes de otros dos fallos de similar alcance que concernían al alza de precios de los “precios base” y al alza de precios de las Garantías Explícitas de Salud (GES).

El fallo de la Corte Suprema estableció que las ISAPRE debían recalcular los precios de los contratos de salud utilizando una Tabla Única de Factores, eliminando así las diferencias de precios por la aplicación de los factores de edad y sexo, que habían sido considerados discriminatorios. Es decir, desde el momento de la aplicación del fallo, todas las mujeres y las personas de edad que habían sido discriminadas debían recibir una rebaja en el monto que se les cobraba. El plazo que dio la Corte para su cumplimiento fue de seis meses.

Adicionalmente, el fallo ordenó que cualquier monto cobrado en exceso como resultado del uso de tablas de factores discriminatorias debía ser devuelto a los afiliados. Este fallo generó un impacto significativo en el sistema de aseguramiento privado, ya que obligó a las ISAPRE a repensar sus prácticas de fijación de precios hacia el futuro y ordenó devolver grandes sumas de dinero a los afiliados afectados.

Desde el primer minuto se alzaron voces que vieron en esta determinación de los tribunales una amenaza a la estabilidad de todo el sistema de salud, que fueron ampliamente reproducidas por los medios de comunicación<sup>7</sup>. En cambio, poco se difundía la opinión de quienes celebraban que por fin se hiciera justicia y valoraban positivamente los efectos en el sistema.

---

<sup>6</sup> Nota de prensa del poder judicial y texto completo del fallo aquí: <https://www.pjud.cl/prensa-y-comunicaciones/noticias-del-poder-judicial/83477>

<sup>7</sup> A modo de ejemplo: <https://cooperativa.cl/noticias/pais/salud/isapre/suprema-ordena-a-las-isapres-aplicar-nueva-tabla-de-factores-a-todos-los/2022-12-01/084647.html>  
<https://www.emol.com/noticias/Economia/2022/12/01/1079890/suprema-isapres-recalculen-planes-salud.html>

A raíz de lo expuesto queda claro que la crisis no se origina sólo en el fallo de la Corte Suprema. Los elementos de a) judicialización, b) descontento y desconfianza de la población y c) fallas regulatorias e inacción de los responsables estatales; deben incluir otros dos elementos importantes que son propios del giro de salud y que el sistema Isapre nunca ha entendido ni controlado: el aumento de costos y el modelo de atención episódico y pago por prestación.

El sistema de ISAPRE ha enfrentado un aumento constante en los costos de salud, debido a factores como el envejecimiento de la cartera de afiliados, el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, y el encarecimiento de las tecnologías médicas. Estos factores han presionado las finanzas de las ISAPRES, ya que en vez de controlar los costos mediante acciones preventivas y el uso de buenas prácticas en salud, han decidido simplemente ajustar al alza las primas para cubrir estos costos, lo que a su vez genera insatisfacción y litigios por parte de los afiliados. Adicionalmente, su modelo de prestación de servicios basado en pago por acto es conocidamente inflacionario y conduce a peores resultados de salud porque provoca sobreutilización de servicios y promueve la fragmentación de la atención médica.

Desde el punto de vista de los defensores de un sistema universal de carácter público, la crisis de las Isapre se debe también a que son parte importante del problema que enfrenta Chile en la construcción de una sociedad más próspera y equitativa. Su desprestigio entre los expertos en salud pública es evidente. Las Isapre no agregan mayor valor a la producción de salud ni al logro de metas sanitarias para la población, es decir, no desarrollan ninguna intervención para mejorar la calidad o la pertinencia de las prestaciones que se realizan, son un simple y caro intermediador financiero<sup>8</sup>. Adicionalmente, al mantener mecanismos de pago por acto y libre elección de bajo costo para sus afiliados, han propiciado un sistema inflacionario donde los prestadores pueden subir sus precios. Es así como se producen migraciones de recurso humano hacia la prestación en establecimientos privados donde las rentas son mucho más altas con un esfuerzo menor, afectando de este modo la disponibilidad de profesionales médicos para el grueso de la población.

## Los efectos de la crisis

Apenas se conoció el fallo de la Corte Suprema se generó un estado de tensión en todo el sistema de salud y los principales actores empezaron a evaluar la situación instalándose rápidamente la impresión de que las condiciones establecidas eran imposibles de cumplir por la mayoría de las Isapre en el plazo de seis meses que fijaba la Corte Suprema y que esto podía desembocar en una quiebra masiva y simultánea.

Se empezó entonces a hablar del efecto dominó, que podía llevar a la insolvencia y quiebra de gran parte de los prestadores privados y a afectar los servicios a la población, tanto en el sector público como en el sector privado. Este efecto dominó se produciría básicamente

---

<sup>8</sup> La opinión de que las isapre son una mala solución técnica no sólo es propia de los salubristas. También el Banco Mundial propone que Chile adopte un sistema de seguro universal sin las Isapre: [https://documents1.worldbank.org/curated/en/385921633981440615/pdf/Hacia-un-Sistema-de-Salud-Equitativo-y-Sostenible.pdf?\\_gl=1\\*1quf2v7\\*\\_gcl\\_au\\*MTMyODM3MTI4Ni4xNzIzNzU0NTg0](https://documents1.worldbank.org/curated/en/385921633981440615/pdf/Hacia-un-Sistema-de-Salud-Equitativo-y-Sostenible.pdf?_gl=1*1quf2v7*_gcl_au*MTMyODM3MTI4Ni4xNzIzNzU0NTg0)

porque las Isapre operan con un nivel de deuda muy alto con los prestadores privados y que una quiebra abrupta de ellas llevaría a una disminución de los flujos financieros y posible quiebra de muchos prestadores<sup>9</sup>. Adicionalmente, se produciría una desprotección financiera e incluso una limitación en el acceso a la salud de las personas que sufren enfermedades crónicas de alto costo o cáncer, lo que podría aumentar la mortalidad en esa población. Se argumentaba también que una situación como la señalada aumentaría el gasto de bolsillo y los gastos catastróficos en muchas familias. Incluso se señalaba que muchas personas se atenderían en el sector público, desplazando a la población más vulnerable y aumentando las listas de espera.

Si bien estos temores podían ser razonables, y todo gobierno prudente debía introducirlos en su análisis, lo cierto es que en muchos casos se usaron como estrategia por parte de los defensores de las Isapre para persuadir a la opinión pública y a los tomadores de decisiones que era imprescindible “reinterpretar” el fallo de modo que las Isapre no se vieran sometidas a los efectos de éste.

### **Alternativas iniciales de enfrentamiento de la crisis.**

Dado que el enfrentamiento de la crisis generó posturas muy diversas entre los sectores pro-isapres y los sectores pro-salud universal, vamos a describir en qué consistieron las posturas de estos actores, para finalmente hacer una reseña de lo realizado por el gobierno.

### **El sector “pro estabilidad”.**

En el sector pro-isapre se concentraron desde un inicio en buscar la estabilidad del sistema y defender los siguientes puntos:

#### **1) Interpretar el fallo de modo que no haya deuda:**

Esta postura implicaba buscar interpretaciones para la aplicación del fallo de manera que se eliminara o minimizara la devolución de los montos a restituir a los usuarios. Este fue probablemente el principal foco de preocupación de este sector, dado que entendían que podían aplicar el resto del fallo, pero que la existencia de una deuda las dejaba en una posición muy vulnerable.

La estrategia fue simple, presionar al gobierno y a la Superintendencia de Salud recordando que el fallo no establecía un monto, sino que debía ser calculado por la Superintendencia de acuerdo con sus atribuciones. Los más apegados a la letra de la ley, propusieron una modificación constitucional que permitiera a las autoridades dejar la deuda en cero. Esta propuesta llegó a ser presentada en el Senado por la senadora Rincón y el senador Chahuán con el apoyo de varios otros senadores de derecha<sup>10</sup>. Otros, en cambio, estimaban que la

<sup>9</sup> Incluso prestigiosas revistas médicas como el Lancet hicieron eco de las preocupaciones de la élite médica chilena: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00321-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00321-5/abstract)

<sup>10</sup> Boletín N° 15.710-07 Proyecto de reforma constitucional, iniciado en Moción de los Honorables Senadores señor Chahuán, señora Rincón y señor Walker, que modifica la Carta Fundamental, en materia de fijación de tarifas de los planes de salud.

Superintendencia, por sí y ante sí, podía hacer interpretaciones que rebajaran el monto de diversas maneras. La Universidad Andrés Bello, a través de su Instituto de Salud Pública y encabezada por dos conocidos investigadores, Manuel Inostroza y Héctor Sánchez, llegaron a apoyar propuestas donde afirmaban que la “devolución de los cobros en exceso a que hace referencia el fallo de la Corte Suprema (procede) solo en aquellos meses o períodos en los que las ISAPREs hayan obtenido utilidades”<sup>11</sup>. Esta propuesta y otras que le acompañaban, totalmente antojadizas y arbitrarias, pretendían hacer pagar a los acreedores los problemas de ineficiencia y sobregasto de las Isapre vulnerando el fallo en su letra y en su fondo, que no era otro que hacer justicia ante el sistemático abuso del que habían sido objeto las personas. En todo caso, este es sólo un ejemplo de los extremos a los que llegó el sector pro-Isapre para defender la eliminación de la deuda. Los esfuerzos iniciales se vieron reimpulsados meses más tarde por una nueva propuesta llamada mutualización, de la que hablaremos más adelante y que tensionó la aprobación de la ley hasta el final.

## **2) Modificar las tablas y los precios de modo que se mantenga o aumente el flujo de ingresos:**

Entre las propuestas que se realizaron, se buscaba que la Superintendencia de Salud modificara la tabla de factores y permitiera alzas de precio extraordinarias para aumentar el flujo de ingresos futuros de las Isapre.

## **3) Liberar las restricciones de garantía:**

Desde el primer momento se señaló que los efectos de la deuda dejaban a las Isapre en incumplimiento de los criterios financieros y que quedaban expuestas a ser intervenidas. Por esta razón se pidió desde el primer momento que esto se considerara una situación excepcional y no se contabilizara según los criterios vigentes.

## **4) No modificar Fonasa, ni la Superintendencia de Salud, o postergar su prioridad para el proceso de reforma:**

Los partidarios de las Isapre fueron siempre contrarios a que se usara esta crisis para dar más atribuciones a la Superintendencia o nuevas competencias a Fonasa<sup>12</sup>. Estimaban que el gobierno debía concentrarse en resolver la crisis por la vía de reinterpretar el fallo, con o sin ley, y que simultáneamente se comprometiera a realizar cambios estructurales integrales en un proceso de reforma.

## **5) Estrategias para Difusión Pública:**

Estas estrategias también incluyeron la movilización de la opinión pública y la presión sobre los legisladores para suavizar la implementación del fallo, argumentando que se podrían producir graves consecuencias negativas para el sistema de salud en su conjunto si se aplicaba el fallo en todas sus implicancias literales.

---

<sup>11</sup> Ver: Informe 1-2023: de Políticas Públicas en Salud del Instituto de Salud Pública UNAB, mayo 2023. “Diversos criterios metodológicos para calcular la devolución de excedentes de ISAPREs, por efecto del fallo de la Corte Suprema que ordena aplicar la tabla única de factores de riesgo de la Superintendencia de Salud definida por la circular IF 343/2019” Editores: Héctor Sánchez y Manuel Inostroza

<sup>12</sup> Esta postura se mantuvo en todo momento, incluso cuando ya estaba por aprobarse la norma, sin embargo no se tradujo en votaciones en contra.

## **El sector “pro-justicia”.**

Junto con la aparición del fallo y luego de unas semanas de silencio y ante la ambigüedad del gobierno, muchos partidarios del programa original de gobierno de Boric en salud, emitieron declaraciones y apoyos a sus parlamentarios para que el fallo de la Corte se cumpliera integralmente. En este sector es posible identificar criterios ordenadores y propuestas concretas que se resumen así:

### **a) Criterios Propuestos:**

#### **1) Cumplir la ley y pagar la deuda que ya está definida:**

Desde el primer momento este sector apoyó la tesis que la deuda estaba claramente definida en el fallo. Que, si bien la Corte no conocía los números exactos de contratos y afiliados, ni las tablas de factores en uso, instruía claramente una manera de calcular el nuevo precio y, además, instruía también devolver lo cobrado en exceso, que se obtiene de la simple resta entre lo efectivamente cobrado y lo que se debió cobrar.

Para los miembros de este colectivo, cualquier rebaja era una seria vulneración del fallo y atentaba contra las bases del funcionamiento democrático donde las autonomías de los poderes se respetan<sup>13</sup>. Devolver lo cobrado en exceso, alcanzó el estatus de criterio fundamental, es decir, una prueba sobre el respeto a la institucionalidad.

#### **2) Cuidar a las personas y al sector prestador, no a las ISAPRES:**

En este sector existe clara conciencia del daño que las Isapre ejercen sobre el sector salud y sus propuestas de gobierno se alinean con la construcción de un sistema de aseguramiento público universal. Por esta razón, era impensable que, con la excusa de una amenaza sistémica no comprobada, el gobierno terminara fortaleciendo a las Isapre en vez de eliminarlas como se había comprometido. En todo caso, las posturas iniciales que consideraban probable que el efecto de quiebra de las Isapre afectaría a las personas o al sector prestador, plantearon la necesidad de evitar el efecto dominó protegiendo a las personas y a los prestadores relevantes<sup>14</sup>.

#### **3) Minimizar el gasto público:**

Era bastante evidente que una quiebra de las Isapre podría requerir fondos públicos para ir en rescate de las personas y de algunos prestadores. Se planteaba que este costo debía minimizarse procurando que la fuente de financiamiento fueran las propias cotizaciones mensuales de las personas de alta renta.

### **b) Criterios propuestos:**

1.- **Que las ISAPRE paguen toda la deuda:** Desde el primer momento este sector exigió que la deuda se calculara siguiendo los criterios de la Corte Suprema, se diera a conocer a los

<sup>13</sup> Un importante grupo de personas vinculados al sector salud y al gobierno emitieron una carta abierta el 28 de noviembre de 2023 fijando una postura que se mantuvo a firme durante todo el proceso. “Carta Abierta. Isapres: Por una salida que ponga en el centro a las personas.” 2 exministros y otras exautoridades encabezaban la misiva.

<sup>14</sup> David Debrott y Ricardo Fábrega

usuarios y se exigiera su pago en efectivo según lo establecido en las normas de excedentes que ordenó aplicar la Corte Suprema. Esto es totalmente coherente con el primer criterio que buscaba cumplir el fallo.

En este marco, dado que hacia fines del mes de febrero de 2024 y ya pasados tres meses del fallo, el Ministerio de salud y la Superintendencia de Salud no eran claros sobre los pasos a seguir. Conadecus, Confusam y dos académicos (Ricardo Fábrega y Enrique Ayarza), dieron a conocer una herramienta que permitía calcular la deuda de las Isapre con cada afiliado y sus cargas. Esta herramienta instalada en una página web<sup>15</sup> tuvo una amplia difusión pública y fue visitada millones de veces<sup>16</sup> desde entonces, contribuyendo a la toma de conciencia de la población sobre la gran magnitud del abuso en que las Isapre habían incurrido.

**2.- Que se garantice el flujo de recursos en el sistema mediante la aplicación de la normativa vigente** sobre la situación financiera de las ISAPRES (intervención):

Esta propuesta planteaba que las Isapre debían ser intervenidas por la autoridad ante el incumplimiento de los indicadores financieros para salvaguardar el flujo de recursos en el sistema y entrar en un funcionamiento especial hasta que pudieran pagar las deudas o quebraran. Esto permitiría mantener la estabilidad del sistema, garantizar la cobertura financiera de las personas y el funcionamiento de los prestadores y hacer los ajustes necesarios sin desestabilizar bruscamente el sistema asegurador<sup>17</sup>.

**3.- Que se analicen escenarios e instrumentos de rescate a proveedores privados y a personas con enfermedades crónicas o cursando enfermedades graves:**

En el caso que la situación financiera de las Isapre no pudiera controlarse del todo mediante la intervención, el gobierno debería tener mecanismos de rescate a las personas, especialmente las enfermas, mediante coberturas especiales. Adicionalmente debía tener claro y listos para aplicar mecanismos como los usados en pandemia para estabilizar el funcionamiento de los prestadores privados. Se mencionaron créditos Corfo, créditos BancoEstado, precompra de servicios desde Fonasa, entre otras iniciativas<sup>18</sup>.

**4.- Que Fonasa se prepare para recibir la migración de personas y que tenga modalidades de rescate:**

Desde el primer momento se planteó que debía fortalecerse Fonasa para recibir a las personas que quedarán sin cobertura de Isapre. El experto David Debrott, junto al diputado Lagomarsino, plantearon la modalidad de Fonasa E<sup>19</sup>, que proponía un manejo especial para

<sup>15</sup> Todavía disponible en agosto de 2024 en [www.deudaisapre.cl](http://www.deudaisapre.cl)

<sup>16</sup> Los administradores de la página informaron que a marzo de 2024 había sido visitada por más de 2 millones de visitantes distintos.

<sup>17</sup> El sector pro-justicia mantuvo esta postura en todo el proceso y lo recordó hasta último momento públicamente. <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/columnas/2024/05/02/crisis-de-las-isapres-la-hora-de-la-verdad/>

<sup>18</sup> Un ejemplo de estas propuestas está en la columna de David Debrott: <https://www.ciperchile.cl/2023/03/16/entran-las-clinicas-a-la-crisis-de-las-isapres/>

<sup>19</sup> Ver: <https://www.ciperchile.cl/2023/01/23/en-que-consiste-el-nuevo-grupo-e-de-fonasa/>

las personas de Isapre buscando que mantuvieran sus cotizaciones y cobertura financiera, intermediada esta vez por Fonasa.

## La postura del gobierno

El discurso del presidente Boric fue claro y sus instrucciones a la ministra de Salud fueron públicas. No debía haber un perdonazo y había que hacer funcionar el sistema cuidando a las personas<sup>20</sup>. En este último punto quedaba claro que cualquier alivio a la situación de las Isapre se haría sólo para garantizar que las personas no se vieran afectadas en la atención de sus procesos de enfermedad.

Los hechos en cambio no fueron tan claros y oscilaron durante varios meses con debates al interior del gobierno que trascendieron a la prensa. En efecto, al parecer en el Ministerio de salud primó la impresión que no era posible garantizar el acceso a la salud de las personas y cumplir literalmente el fallo, lo que los llevó a la búsqueda de mecanismos de rebaja de la deuda que se hicieron públicas. Al parecer, la estrategia comunicacional de las Isapre y la amenaza de un efecto dominó que produjera una debacle del sistema calaron en los principales directivos de la cúpula ministerial<sup>21</sup>. La ministra de Salud decidió solicitar una postergación en la aplicación del fallo, mientras se tramitaba una ley que permitiera viabilizar la aplicación de éste. Toda la discusión al interior del gobierno se dio en ese momento sobre lo que debía contener la ley. Cuando el proyecto finalmente salió hacia el parlamento, en mayo de 2023, no contenía un perdonazo. Los sectores pro-justicia habían ganado el primer round, pero sólo por pocos puntos, porque el proyecto acogía liberación de garantías y aumentos de precio. Lo que -sin embargo- más parecía importar al sector del gobierno más cercano al presidente, era que contenía una nueva modalidad para Fonasa, la llamada modalidad de cobertura complementaria.

Una vez en el parlamento, la discusión del proyecto se prolongó más de cinco meses en el Senado sin salir de la comisión de salud. Las diferencias entre la comisión y el gobierno fueron muy notorias y difundidas. Se llegó a organizar una comisión de expertos en el Senado que elaboró propuestas alternativas a las contenidas en el proyecto de ley<sup>22</sup>. Esto fue muy controvertido porque el informe final recoge una nueva propuesta de rebaja de la deuda llamada "mutualización" que contó con el voto favorable de todos los expertos convocados, lo que incluía la participación de Manuel Nájera, asesor de la ministra de Salud.

<sup>20</sup> Esto es recogido en los medios en numerosas ocasiones durante 2023, a modo ilustrativo ver: <https://radio.uchile.cl/2023/05/17/presidente-boric-nosotros-no-podemos-como-gobierno-validar-que-se-pretenda-hacer-un-perdonazo-a-las-isapres/>

<sup>21</sup> Diversos medios y comentarios en foros sectoriales han dado cuenta de esta situación. Una versión es la que se publica aquí: <https://www.latercera.com/la-tercera-domingo/noticia/fuego-cruzado-y-amigo-en-el-minsal-los-dias-mas-dificiles-de-la-ministra-ximena-aguilera/2247OHPF35DT7KMU3YQDUKHG5I/#>

<sup>22</sup> Disponible en: <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/91288/1/INFORME%20FINAL%20COMISION%20TECNICA.pdf>

Cuando el proyecto de Ley salió de la comisión salud el 20 de noviembre, ya estaba por cumplirse un año y todavía quedaba un largo trámite a la ley. Adicionalmente, otros fallos de la justicia, que también eran de aplicación general, vinculados a la disminución de precios GES y al reajuste de precios base de los planes, tenían a las Isapres en una situación de insolvencia inminente. El gobierno había pedido otros seis meses de prórroga, de modo que el nuevo plazo era mayo de 2024. Pero los senadores aprobaron una indicación no negociada con el gobierno, excediendo completamente sus atribuciones, esta fue el perdonazo por “mutualización”. Quien introdujo la indicación fue el senador Chahuan.<sup>23</sup>

### **La mutualización, el último esfuerzo de perdonazo.**

El origen de la propuesta y sus defensores:

La propuesta de mutualización de la deuda de las ISAPRES surgió en el contexto de la crisis financiera en el marco de una comisión de expertos creada por el Senado. Quienes la idearon y la defendieron en primer lugar fueron los expertos vinculados a una institución llamada Espacio Público que suele identificarse con la centroizquierda. Sus expertos Eduardo Engel y Paula Benavides, defendieron -en la comisión y públicamente- las bondades de la iniciativa de mutualizar la deuda<sup>24</sup>. La mutualización implicaba recalcular la deuda total, de modo que las personas a las que se les cobró más de manera abusiva, financiaran una supuesta deuda de aquellos a los que se les cobró menos que lo establecido en la nueva tabla de factores. Esta interpretación tenía el mérito de ser creativa, técnicamente defendible y sobre todo, lograba disminuir muy significativamente lo que las Isapre debían pagar. Tenía un gran problema, no cumplía con los criterios del fallo de la Corte Suprema. Era totalmente antojadizo. Demostraba que los defensores de las Isapre estaban dispuestos a violar el Estado de derecho, con tal de dar un respiro a los seguros privados. Las frases de Engel en los medios de comunicación quedarán como un fiel reflejo de cómo se trató de victimizar a los dueños de las Isapre que se veían exigidos a devolver el dinero cobrado ilegalmente.

### **Las críticas a la propuesta:**

La propuesta de mutualización fue fuertemente criticada por diversos sectores, tanto dentro del Congreso como en la sociedad civil. Los críticos argumentaron que la mutualización diluía la responsabilidad de las ISAPRES y sobre todo, afectaba a los afiliados que habían sido víctimas de cobros ilegales al impedir que se les devolviera todo lo que la Corte estableció en el fallo. La mutualización iba contra el espíritu y la letra del fallo. En los medios de comunicación de dieron fuertes intercambios de opinión entre los defensores y los detractores de esta idea.

### **La imposición en el Senado:**

A pesar de las críticas, la propuesta de mutualización logró avanzar en el Senado gracias a la presión ejercida por algunos parlamentarios y grupos de interés que consideraban que era la única forma viable de evitar la quiebra de las ISAPRES y proteger el sistema de salud privado.

<sup>23</sup> <https://www.bcn.cl/historiadelaley/nc/historia-de-la-ley/8298/>

<sup>24</sup> Esto aparece bien reseñado en <https://www.ciperchile.cl/2024/03/14/asi-llego-al-senado-la-formula-de-la-mutualizacion-que-podria-rebajar-en-us949-millones-la-deuda-de-las-isapres-con-sus-afiliados/>

La imposición se hizo sin el apoyo del ejecutivo, que no consideraba que fuera una propuesta razonable.

### **El rechazo en el Tribunal Constitucional:**

Sin embargo, la propuesta enfrentó un obstáculo significativo cuando fue revisada por el Tribunal Constitucional a petición de un importante grupo de senadores oficialistas. El Tribunal rechazó la mutualización de la deuda, argumentando que contradecía el fallo de la Corte Suprema y que no garantizaba una reparación justa para los afiliados afectados, acogiendo todas las tesis del experto constitucionalista Gonzalo García, quien defendió la posición anti-mutualización. El tribunal constitucional afirmó algo que era obvio, lo que se mutualiza son los riesgos, las deudas no se mutualizan, las deudas se pagan<sup>25</sup>.

### **Las presiones al gobierno:**

Tras el rechazo del Tribunal Constitucional, el gobierno enfrentó fuertes presiones de diversos sectores para encontrar una “solución” que a su juicio permitiera a las ISAPRE cumplir con sus obligaciones sin desestabilizar el sistema de salud privado. Durante algunos días los actores pro-isapre amenazaron con dejar caer la ley, para que de este modo se desencadenara una crisis que estimaban que el gobierno no podría controlar. Buscaban de este modo un perdonazo de última hora. Los actores pro-justicia sin embargo, no dejaron de presionar al gobierno para que hiciera respetar el fallo e incluso ridiculizaron la supuesta crisis y llamaron al gobierno a no dejarse chantajear. Durante tensas horas los senadores pro-isapre, que controlaban la comisión que daría la última palabra en el parlamento, exigieron diversas modificaciones al proyecto hasta que se logró un acuerdo que no dejó contento a ninguno de los sectores. La aprobación del proyecto se hizo justo cuando se vencía el plazo final impuesto por la Corte Suprema.

### **La versión final de la ley, elementos principales<sup>26</sup>.**

Reconocimiento parcial de deuda: El proyecto de ley establece un cálculo que reconoce el grueso de la deuda de las ISAPRE con los afiliados, pero se puede interpretar que no la reconoce en su totalidad al modificar el régimen de excedentes vinculados a la cotización por debajo del 7% del salario.

Plazo para pagar: Se establece un periodo de tiempo durante el cual las ISAPRE deben cumplir con sus obligaciones de pago de hasta 13 años (un plazo mucho mayor del considerado razonable al inicio de la discusión del proyecto). Este plazo es, sin embargo, menor para los adultos mayores. Siendo de sólo dos años para los mayores de 80 años.

Liberación de garantías: Las garantías financieras que las ISAPRE deben mantener no incluirán el conteo de la deuda originada en el fallo. Esta fue una petición de los sectores pro-isapre que el gobierno acogió desde el principio y que deja en la indefensión a los afiliados dado que en la práctica la deuda existe y la vulnerabilidad de las empresas es conocida por el mercado.

---

<sup>25</sup> <https://derecho.uahurtado.cl/noticias/columna-isapres-por-que-el-tribunal-constitucional-desecho-mocion-parlamentaria-sobre-la-mutualizacion-por-gonzalo-garcia/>

<sup>26</sup> Ver ley 21.674 en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1203779>

Aumento de precios: El proyecto contempla la posibilidad de ajustes en los precios de los planes, lo que podría aumentar los ingresos de las ISAPRE para compensar la caída de ingresos por el cambio de la tabla de factores, pero además permitiría calcular nuevos ingresos para pagar la deuda.

Descuentos por pronto pago: la ley establece que el afiliado podrá pactar con la Isapre un pronto pago con una importante tasa de descuento. De este modo la deuda no está sometida a los intereses habituales, sino que queda fijada en UF lo que favorece a las Isapre y adicionalmente se puede pagar menos, si el afiliado está de acuerdo, a cambio de acelerar el pago.

Fortalecimiento de Fonasa mediante MCC (Modalidad de Cobertura Complementaria): Esta medida busca fortalecer Fonasa permitiendo mejor protección financiera mediante la articulación con seguros complementarios.

Indicación de protección a las personas: El proyecto incluye disposiciones destinadas a proteger a los afiliados de posibles impactos negativos en caso de quiebra de una Isapre, queda establecido un mecanismo de rescate que debe hacer Fonasa.

### **A modo de conclusiones.**

El presente artículo resume lo ocurrido en torno al fallo de la Corte Suprema que eliminó las tablas de factores discriminatorias que usaban las Isapre y describe el abordaje que hizo el gobierno mediante la presentación de un proyecto de ley que a su juicio permitía viabilizar la aplicación del fallo.

En este análisis destacan algunos elementos muy preocupantes para quienes promueven una sociedad más solidaria y equitativa y, a la vez, buscan respetar la institucionalidad y la separación de poderes.

En primer lugar, destaca la gran influencia que demostraron las Isapre sobre actores relevantes del sector salud, la opinión pública y el Senado, que incluso llevaron a las autoridades ministeriales a intentar la aprobación de mecanismos que violaban la letra y el espíritu del fallo de la Corte Suprema. Este lobby comunicacional hacía parecer normal defender a las Isapre y parecía irresponsable o extremista pretender que el fallo se respetara. El marco comunicacional construido por las Isapre para hacer creer que su presencia en el sistema era imprescindible fue muy exitoso y la amenaza de quiebra y del efecto dominó penetró ampliamente en el sector salud, en el mundo de prestadores privados, en los médicos y en las personas afiliadas a las Isapre. Toda la elite chilena parecía decidida a evitar que el fallo de la Corte se respetara. Esta situación es, sin duda, de la máxima gravedad. Queda al desnudo que la defensa de intereses de las grandes empresas puede poner en riesgo el estado de derecho, ganar voluntades de un amplio espectro de expertos y políticos, y modificar el sentido común de quienes se mueven en el ámbito de las políticas públicas.

El segundo elemento que requiere atención es la dificultad de obtener acuerdos razonables en el actual marco institucional. Esta ley, que dejó descontentos a unos y otros, se aprobó a último minuto por el plazo fatal impuesto por la Corte Suprema. En ningún caso habría sido posible sin un mandato de ese tipo. Esto deja en evidencia la dificultad de avanzar en un sector

salud que requiere muchos otros cambios estructurales que permitan su buen desarrollo. Quienes defienden una visión más solidaria del sistema se enfrentan a una muralla de intereses que se desplegó en toda su intensidad en este proceso y que volverá a hacerlo una y otra vez si las correlaciones de fuerza no cambian. Los anhelos de cambio expresados en el estallido social no han logrado penetrar la arquitectura institucional ni parecen haber hecho mella en la élite chilena.

Todavía está por verse cómo evolucionará la aplicación de esta ley, pero no podemos dejar de mencionar que la fuerza de los sectores de gobierno alineados en torno a los expertos pro-justicia, apenas alcanzó para evitar un desconocimiento descarado del fallo de la Corte Suprema, pero quedó en evidencia su debilidad para promover cambios efectivos hacia la salud pública y universal en el corto plazo. La gran esperanza está puesta en la efectiva implementación del fortalecimiento de Fonasa que permite esta ley. El tiempo dirá si esta esperanza era realista.

# **ENVEJECIMIENTO SALUDABLE (BIENESTAR), AISLAMIENTO SOCIAL Y SOLEDAD**

**Rafael Urriola U.<sup>27</sup>**

## **RESUMEN EJECUTIVO**

Este documento se presenta en cuatro secciones: i) Antecedentes; ii) Marco conceptual, objetivo y metodología; iii) La experiencia comparada; y, iv) Conclusión y discusión: desafíos y propuestas para Chile.

Los antecedentes enfatizan que el concepto de envejecimiento saludable (ES) es una condición necesaria para que las personas mayores vivan con bienestar. Esto se complementa en la sección ii) definiendo a partir de una revisión bibliográfica el aislamiento social y la soledad. El estudio tiene por objeto resaltar estos fenómenos como determinantes principales del ES. Si bien, hay experiencias y estudios en Chile, estos son aún parciales. La revisión internacional permite demostrar que el acelerado envejecimiento poblacional ha exigido acciones sistemáticas por parte del Estado incluyendo los Ministerios de la Soledad de Reino Unido y Japón.

Finalmente, en la sección iv) se insta a profundizar los estudios al respecto y se propone como medidas inmediatas -que no requieren recursos adicionales desmedidos- para enfrentar temas del aislamiento social y soledad de las Personas Mayores: 1) La coordinación entre la institucionalidad social y la sanitaria y, 2) La creación en el SENAMA de un repositorio de acceso público de experiencias chilenas públicas (estado, municipios) y privadas (organizaciones no gubernamentales y empresas) exitosas que combatan el aislamiento social y la soledad de las PM.

## **I.- ANTECEDENTES**

1. Los sistemas de salud se han centrado en la enfermedad más que en la salud. Así, los objetivos de estos sistemas se miden por las muertes evitables con las operaciones sanitarias mientras que los objetivos finales debiesen ser reducir la proporción de personas que necesitan intervenciones quirúrgicas paliativas.

2. El objetivo final de la sociedad y de los sistemas de salud es lograr un envejecimiento saludable para la población, es decir, realizar las acciones necesarias y suficientes para que las personas vivan lo más posible, aunque en condiciones saludables.

---

<sup>27</sup> Magister en Economía Pública y Planificación. Economista de la salud. Presidente APROB.

3. El concepto de saludable se refiere a la auto percepción de bienestar físico, mental y social que se pueden medir con los criterios de dependencia.

4. Estudios recientes establecen los determinantes del envejecimiento saludable (DES) que, por cierto, son compatibles con los determinantes sociales de la salud relevados por la OMS desde 2005. Los DES invocan, solo parcialmente, temas que pueden ser resueltos al interior de los establecimientos de salud. Los diez determinantes identificados por Abud et al. (2022) para un envejecimiento saludable incluyen: actividad física, dieta, autoconciencia, perspectiva/actitud, aprendizaje permanente, fe, apoyo social, seguridad financiera, participación comunitaria e independencia<sup>28</sup>.

5. No obstante, el cómo se llega a la edad de personas mayores está determinado por la historia individual a través de todo el ciclo de vida. La salud de una sociedad está determinada no sólo por los genes y el estilo de vida, sino también por factores sociales como la posición socioeconómica de los individuos y las relaciones sociales. Un estudio reciente (Katsunori Kondo 2020)<sup>29</sup> da cuenta de la importancia de los determinantes sociales en Japón examinando en detalle las enfermedades no transmisibles y los factores que influyen en su prevalencia. El estudio determina que el medio social de nacimiento podrá predecir las condiciones sanitarias de los individuos al envejecimiento porque en los países las desigualdades no se amortiguan sino, más bien, tienden a intensificarse.

6. En consecuencia, llegar al final de la vida con un estado saludable está relacionado con las acciones que se toman a lo largo de la vida para llegar en el mejor estado posible a la etapa siguiente. Rowe y Kahn (1987)<sup>30</sup> definieron el envejecimiento exitoso como la ausencia de deterioro físico y enfermedades crónicas, así como una participación social y un bienestar mental óptimos. Ciertamente esto es una situación ideal y, al pasar los años, se irán presentando deterioros en todos estos ámbitos. Lo que importa, es medir según cohortes y en una perspectiva transversal cómo se mueven estos indicadores.

7. Una vida orientada a “hacer para el futuro” versus “esperar la muerte” puede hacer la diferencia entre las personas mayores. Asimismo, una actitud positiva frente al aprendizaje, especialmente en lo que concierne a las tecnologías y uso de las aplicaciones conduce a un mejor bienestar que reduce el aislamiento (Abud 2022).

---

<sup>28</sup> Thais Abud · Georgios Kounidas · Kathryn R. Martin · Martin Werth · Kay Cooper · Phyo Kyaw Myint. Determinants of healthy ageing: a systematic review of contemporary literature. *Aging Clinical and Experimental Research* (2022) 34:1215–1223 <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02049-w>

<sup>29</sup> Katsunori Kondo Editor (2020). *Social Determinants of Health in Non-communicable Diseases. Case Studies from Japan*. Springer Series on Epidemiology and Public Health.

<sup>30</sup> Rowe J, Kahn R (1987) Human aging: usual and successful. *Science* 237:143–149

8. Con respecto a los determinantes sociales que mejoran el éxito del ES, la revisión de Abud encuentra tres dimensiones: el entorno social, la seguridad de financiamiento y el compromiso comunitario.

9. Una comunidad amigable con las personas mayores es aquella que fomenta el envejecimiento activo sujeto a oportunidades óptimas como salud, servicios accesibles, participación y seguridad estable. Las principales fisonomías de una comunidad amigable con las personas mayores incluyen:

- (i) respeto e inclusión social
- (ii) empleo y participación cívica
- (iii) vivienda
- (iv) apoyo comunitario y servicios de salud
- (v) transporte
- (vi) edificios y espacios al aire libre
- (vii) información y comunicación (Gupta 2021)<sup>31</sup>

No obstante, estos requisitos o demandas pueden ser extensivos a toda la población independientemente de la edad. Es decir, el trabajo de quienes hacen las políticas probablemente es identificar la especificidad de estos requisitos en cada segmento etario. Este trabajo se concentra en personas mayores en Chile (60 o más años según la definición y uso de las instituciones públicas nacionales especializadas).

10. Hay múltiples discriminaciones que perciben las PM y que han sido parcialmente estudiadas en Chile. Estas se refieren esencialmente al “edadismo” como reacción ideológica/cultural y al aislamiento social concebido como una contracción de los espacios en que las PM pueden estar o participar. A lo cual se suma una situación de soledad incrementada por los cambios en la estructura demográfica, de los hogares y de las familias; a las nuevas modalidades de trabajo exacerbadas por el trabajo a distancia; a la irrupción masiva de la comunicación mediante redes telemáticas que tienden a despersonalizar las relaciones y emociones en el contacto humano.

11. Sociedades con individuos cada vez más solos ya han motivado estudios en muchos países. Dos de ellos, Japón y Reino Unido, han incluso creado sendos Ministerios de la Soledad por la creciente importancia del problema que va de la mano del aislamiento social.

---

<sup>31</sup> Gupta, S. (2021). A Review of Age-friendly cities and Healthy Ageing. Academia Letters, Article 4064. <https://doi.org/10.20935/AL4064>.

## II. MARCO CONCEPTUAL, OBJETIVO Y METODOLOGÍA

En este trabajo se postula que enfrentar las causas o determinantes de la soledad y del aislamiento social (ver Hajek et al 2024)<sup>32</sup> de las PM necesariamente ayudará a amortiguar los demás factores sociales del envejecimiento saludable, en particular, las enfermedades mentales. Por cierto, los factores sanitario-genéticos del envejecimiento no pueden descuidarse porque de todos modos influirán en el deterioro del bienestar de las personas.

El concepto de aislamiento social (AS) se utiliza a menudo, pero ni su definición ni su medición, están bien establecidas (van Tilburg and de Jong Gierveld 2024)<sup>33</sup>. Con todo, es posible definir que el AS abarca dimensiones cuantitativas y cualitativas. Los enfoques cuantitativos se centran en el número de vínculos sociales que mantiene una persona, mientras que los enfoques cualitativos consideran la naturaleza de los vínculos sociales de una persona, por ejemplo, su nivel de cercanía (ibid). De este modo, puede entenderse el AS como la falta de contacto significativo con otras personas, y la conexión social como lo opuesto.

De su parte, la soledad (*loneliness*) es la experiencia desagradable (no placentera) que se produce cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún aspecto importante, ya sea cuantitativa o cualitativamente. Entonces, la soledad resulta de i) deficiencias en las relaciones sociales de la persona; ii) la soledad es un fenómeno subjetivo (no es necesariamente sinónimo de aislamiento objetivo, de modo que las personas pueden estar solas sin sentirse solas); iii) la soledad es desagradable y angustiante. (Perlman y Peplau, 1981)<sup>34</sup>. Entonces, la soledad, a diferencia del AS, es subjetiva. Empero, la soledad es un concepto teórico bien desarrollado que describe una evaluación individual y negativa de la red de relaciones personales.

Los dos conceptos -AS y soledad- presentan diferentes visiones de la vida de las personas, indican diferentes vulnerabilidades y deben recibir su propio tratamiento (van Tilburg and de Jong Gierveld 2024).

Este trabajo revisa la experiencia comparada a fin de sugerir propuestas preliminares para Chile en el campo del AS y la soledad.

---

<sup>32</sup> André Hajek, Steffi G. Riedel-Heller and Hans-Helmut König (ed). *Loneliness and Social Isolation in Old Age Correlates and Implications* Routledge. N. York and London. 2024

<sup>33</sup> Theo G. van Tilburg and Jenny de Jong Gierveld. The concepts and measurement of social isolation and loneliness. In André Hajek, Steffi G. Riedel-Heller and Hans-Helmut König (ed). *Loneliness and Social Isolation in Old Age Correlates and Implications* Routledge. N. York and London. 2024

<sup>34</sup> Perlman, D. & Peplau (1981) *Toward a social psychology of loneliness*. In Gilmour R & duck, S.W. (eds) *Personal relationships in disorder*. London : Academic

### III. LA EXPERIENCIA COMPARADA

Existen varios estudios en Chile que tienen como objeto estudiar la soledad y el AS como factores clave del envejecimiento saludable<sup>35</sup>. No obstante, es útil de todos modos, recurrir a trabajos de otros países para ilustrar la situación.

En el año 2016, aproximadamente un 12% de los ciudadanos de la Unión Europea (UE) declaraban sentirse solos más de la mitad del tiempo; mientras que, en 2020, durante los primeros meses de la pandemia, este porcentaje aumentó a un 25% (Baarck et al., 2021)<sup>36</sup>.

Distintas investigaciones confirman que la prevalencia de la soledad no siempre sigue una trayectoria lineal con la edad sino, más bien, se observa una relación en U: una prevalencia más elevada en adultos jóvenes y luego en la población más envejecida (20% y 10%, respectivamente, en el caso de España)<sup>37</sup> (Casal-Rodríguez et al 2023)<sup>38</sup>. Asimismo, no se han detectado diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia según sexo.

La soledad y el aislamiento son estresantes, dice el profesor de psiquiatría de Harvard Robert Waldinger que publicó en 2023, junto con M. Schultz el libro "Good Life" en un estudio sobre la felicidad basado en decenas de cohortes durante 85 años en Reino Unido. En efecto, dice el autor, habrá niveles más altos de hormonas del estrés como el cortisol circulando en la sangre y niveles más altos de inflamación en el cuerpo. Y estos factores gradualmente desgastan y descomponen diferentes sistemas corporales. De esta forma el aislamiento social y la soledad podrían afectar las arterias coronarias y las articulaciones.

Acuñamos la frase "fitness social" afirma Waldinger, para hacerla análoga al fitness o buena forma física, porque cuidar nuestras relaciones es como ejercitar un músculo. Si permanecemos sentados toda nuestra vida nuestros músculos se atrofiarán. Y de la misma forma, al mirar las vidas del estudio vimos que las buenas relaciones pueden marchitarse no porque haya ningún problema, sino por descuido.

---

<sup>35</sup>Por ejemplo, visitar el link

[https://scholar.google.cl/scholar?start=10&q=aislamiento+soledad+y+bienestar+subjeto+en+las+personas+mayores+chilenas&hl=es&as\\_sdt=0,5&as\\_vis=1](https://scholar.google.cl/scholar?start=10&q=aislamiento+soledad+y+bienestar+subjeto+en+las+personas+mayores+chilenas&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1)

<sup>36</sup> Baarck, J., Balahur-Dobrescu, A., Cassio, L.G., D'hombres, B., Pasztor, Z. and Tintori, G., Loneliness in the EU. Insights from surveys and online media data, EUR 30765 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2021, ISBN 978-92-76-40247-3, doi:10.2760/46553, JRC125873.

<sup>37</sup> Esta tendencia se expresó aun más fuertemente durante la pandemia del Covid-19 en que el aislamiento golpeó fuertemente a los jóvenes.

<sup>38</sup> Bruno Casal Rodríguez. Berta Rivera Castiñeira, Eva Rodríguez-Míguez (2023). El coste de la soledad no deseada en España. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (SoledadES)

“Para jubilarse feliz, invierta en sus relaciones ahora” dice Waldinger. La calidad de nuestras relaciones es el mayor predictor de nuestra felicidad y salud a medida que envejecemos.

¿cuánta actividad social es buena para mí y para mi vida? Mucha gente podría pensar, "yo intento cuidar mis amistades, pero soy yo siempre quien hace las llamadas...".

¿Aconsejaría a estas personas que sean abiertas con sus amistades sobre lo que sienten? Sí, afirma Waldinger, creo que sería bueno porque algunas personas no se dan cuenta de esto. Puedes decirle a un amigo o amiga, "siempre soy yo quien te llama. Me gustaría que de vez en cuando me llamas o me invitaras a tomar un café".

Diferentes estudios epidemiológicos de tipo longitudinal y meta-análisis han generado evidencias suficientes como para afirmar que una situación de aislamiento social o de soledad genera impactos negativos sobre el estado de salud de las personas. Aunque hay casos que manifiestan bidireccionalidad. Por ejemplo, una situación de soledad aumenta el riesgo de sufrir una depresión; asimismo, una persona que sufre una depresión también tiende a reducir sus interacciones sociales.

La tabla 1 muestra diferencias significativas entre variables escogidas al comparar personas que se califican en el segmento de soledad no deseada<sup>39</sup> con las que no presentan este síntoma. Por ejemplo, las personas con soledad tienen una probabilidad 2,59 veces superior de hacer consultas de urgencia que una persona que no califica en el rango de soledad.

**Tabla 1. impacto de la soledad en variables sanitarias y laborales de interés**

<b>Variable dependiente Contraste RR (95%CI)</b>	<b>probabilidad*</b>
<b>Frecuentación de servicios [Regresiones de Poisson]</b>	
Consultas médico familia (último mes)	1,91
Consultas médico especialista (último mes)	3,317
Veces hospitalizado (últimos 12 meses)	1,773
Estancia media último ingreso (no ingreso computa como 0)	1,267
Consultas urgencias (últimos 12 meses)	2,592
<b>Consumo medicamentos (últimas 2 semanas)</b>	
<b>[Regresiones logísticas]</b>	
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	3,427
Medicinas para el corazón	2

<sup>39</sup> Se califica la soledad no deseada a través de encuestas. Incluye a quienes informan que se sienten solos "todo el tiempo", "la mayor parte del tiempo" o "más de la mitad del tiempo".

Medicinas para la tensión arterial	1,096
Antidepresivos, estimulantes	5,64
Medicamentos para la diabetes	1,437
<b>Enfermedades últimos 12 meses [Regresiones logísticas]</b>	
Infarto de miocardio	15,106
Angina de pecho, enfermedad coronaria	11.739
Otras enfermedades del corazón	2,595
Diabetes	2,2
Depresión	7,388
Ansiedad crónica	6,161
Otras enfermedades mentales	1,689
Ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral)	14,343
Variable dependiente Contraste Efecto (95%CI)	
<b>Mercado laboral [Regresiones logísticas]</b>	
Tasa de empleo tiempo completo	-0,071
Tasa de empleo tiempo parcial	0,024
<b>Calidad de vida [Regresión inflada de ceros/unos]</b>	
EQ-5D-5L (puntuación total)	-0,191

\* la columna establece la probabilidad de ocurrencia de la variable comparando segmentos con soledad no deseada v/s segmentos sin ella.

Fuente: Casal Rodríguez et al (2023)

Como puede apreciarse, los impactos de la soledad no se reflejan solo en las enfermedades mentales, sino que son aún más significativos en otras como infartos cardíacos o ictus.

En otro estudio entre personas mayores de 60 años en USA (2013), el 33% experimenta bienestar multidimensional<sup>40</sup>. Sin embargo, solo entre el 4% y el 18% de los adultos mayores con discapacidades experimentan bienestar. El bienestar varía según las dimensiones del bienestar para esta subpoblación. Las personas con discapacidades experimentan tanto bienestar como las personas sin discapacidades en términos de estado de seguro médico y conexiones/relaciones sociales. En cambio, en las dimensiones de bienestar material, estado de salud y actividades personales, las

<sup>40</sup> El bienestar multidimensional se definió como el logro simultáneo de resultados en cinco dimensiones: bienestar material, estado de salud, actividades personales, conexiones/relaciones sociales y seguridad económica.

personas mayores con discapacidades experimentan bienestar con menor frecuencia. (Mitra et al 2020)<sup>41</sup>

### **Algunas medidas implementadas para mitigar la soledad en PM**

Un análisis detallado de las iniciativas para hacer frente a la soledad en diez Estados miembros de la UE reveló que existe un aumento del conocimiento del fenómeno y se proponen diferentes soluciones, por lo general a nivel local o regionales, incluidas las líneas telefónicas simples, construyendo iniciativas y robots para ayudar a las personas solitarias.

Hay varias localidades que han generado clubes de voluntariado para que PM ayuden a PM ya sea en tareas específicas o en casos de imprevistos o emergencias. Por ejemplo, ayudar a retirar medicamentos de los servicios sanitarios o asistir o reemplazar a un cuidador(a) que tiene alguna actividad impostergable (vacunas, cita médica, visita social municipal, entre otras).

Vale la pena destacar las estadísticas que presenta la ciudad de Madrid<sup>42</sup>. El 30% de los hogares son unipersonales y, de ellos, el 41% son personas mayores de 65 años.

#### **MADRID, CIUDAD AMIGABLE CON LAS PERSONAS MAYORES.**

##### **La soledad en el plan de Acción 2021-2023**

#### **PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL: UNA CIUDAD QUE RESPONDE A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN MAYOR.**

#### **ACCIÓN AE2.1. INTERVENCIONES PARA PALIAR LOS SENTIMIENTOS DE SOLEDAD NO DESEADA Y DIFICULTADES RELACIONALES DE LAS PERSONAS MAYORES**

- **Actuación 1.1.** Protocolización de la detección de soledad en los diferentes servicios para personas mayores (Servicio de Ayuda a Domicilio, Teleasistencia, Centros de Día, etc.). Protocolo común.
- **Actuación 1.2.** Protocolización del abordaje de las dificultades de relación social y la soledad no deseada. Protocolos de abordaje específicos para cada uno de los servicios.

<sup>41</sup> Sophie Mitra, Debra L. Brucker, Katie M. Jajtner. Wellbeing at older ages: Towards an inclusive and multidimensional measure. Disability and Health Journal, Volume 13, Issue 4, October 2020. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100926>

<sup>42</sup>

<https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Especial%20informativo/Soledad/La%20soledad%20en%20el%20plan%20de%20acci%C3%B3n%202021-23.pdf>

- **Actuación 1.3.** Creación de un equipo de visitas domiciliarias para el abordaje individual de la soledad.
- **Actuación 1.4.** Acompañamiento domiciliario con voluntarios.
- **Actuación 1.5.** Realización de grupos de abordaje de la soledad.
- **Actuación 1.6.** Actividades grupales complementarias en los servicios de atención domiciliaria.
- **Actuación 1.7.** Llamadas a personas mayores de 75 años carentes de servicios (TAD, SAD, CD, etc.) que viven solas o acompañadas de otra persona en iguales condiciones para ofrecer teleasistencia y detectar necesidades no cubiertas.
- **Actuación 1.8.** Potenciación de las relaciones vecinales: programa *Grandes vecinos*.
- **Actuación 1.9.** Mapeo de recursos comunitarios que actúen como antenas para detectar situaciones de soledad.
- **Actuación 1.10.** Elaboración de un protocolo para la prevención de la soledad no deseada en coordinación con Madrid Salud.

**ACCIÓN AE2.2. MADRID TE ACOMPAÑA, UNA APP PARA AFRONTAR LA SOLEDAD NO DESEADA**

- **Actuación 2.1.** Puesta en marcha y mantenimiento de la app.
- **Actuación 2.2.** Campaña de difusión de la app.
- **Actuación 2.3.** Sesiones formativas para dotar de habilidades tecnológicas a personas mayores para el manejo de la app.
- **Actuación 2.4.** Puesta en contacto de personas mayores y voluntarias de Voluntarios por Madrid a través de la app.
- **Actuación 2.5.** Acompañamiento a personas mayores que sufran soledad a paseos, gestiones administrativas, actividades de ocio y tiempo libre, paseo de mascotas, citas médicas y acompañamiento hospitalario.

Los Ministerios de la Soledad en Reino Unido y Japón, más allá de los programas específicos que implementan, están dando cuenta de que envejecimiento, aislamiento y soledad no son problemas individuales sino colectivos/sociales y que el estado debe asumir responsabilidades porque la inercia o inacción conduce a empeorar el bienestar de una proporción creciente de la población. El recuadro siguiente especifica los temas centrales en la estrategia del Ministerio de la Soledad de Japón.

**Japón: Ministerio de la Soledad un problema real que exige medidas preventivas\***

**Hikikomori** es el "retraimiento social agudo": fenómeno de las personas que se retiran por completo de la sociedad durante meses o años y viven como ermitaños modernos. Si bien existen casos en muchos países, el problema es más conocido y frecuente en Japón. Las estimaciones varían, pero algunos sugieren que un millón de japoneses viven así y que 1,5 millones más corren el riesgo de desarrollar la enfermedad. Las personas que practican esta ermita al principio expresan satisfacción con su aislamiento antes de constatar síntomas graves de soledad y angustia.

**Kodokushi** es el fenómeno de los ancianos que mueren solos y permanecen sin ser descubiertos durante algún tiempo debido a su aislamiento. Este ha sido también un problema generalizado en Japón durante décadas.

Estos son solo los elementos más impactantes de la crisis de la soledad que estimularon la creación del Ministerio de la Soledad en Japón en 2021. La falta de interacción dentro de una comunidad puede causar problemas sociales. Si bien no hay nada de malo en querer un poco de tiempo para uno mismo, la incapacidad de obtener la socialización que muchas personas necesitan es un problema real con consecuencias reales, especialmente sobre la salud mental.

\*[Japanese government appoints new "Minister of Loneliness" - Big Think](#)

#### **IV. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN: DESAFÍOS Y PROPUESTAS PARA CHILE**

En Chile se han desarrollado siete encuestas de calidad de vida de las PM que aportan elementos para la configuración de un sistema de políticas que tiendan a reducir los factores sociales negativos del envejecimiento que se expresan esencialmente en la soledad y el AS. Asimismo, los análisis de la encuesta Casen ayudan a la caracterización socio económica de este grupo etario y entregan pistas sobre el uso de servicios por parte de las PM. Los registros del Departamento de Estadísticas e

Información de Salud del Minsal aportan, asimismo, a la identificación de los estados de salud de grupos poblacionales.

Un tema esencial que se ha puesto en el debate es la relación y diferencia entre la geriatría y la gerontología<sup>43</sup>. Mientras que la primera se refiere esencialmente a los aspectos sanitarios y al deterioro de las funciones biológicas; la segunda se refiere a los determinantes sociales que influyen en las PM para deteriorar sus capacidades de enfrentar la vida. Es claro que la reforma de salud que ha propuesto la autoridad en Chile para este año no podría dejar de plantear una perspectiva de mediano plazo para integrar los problemas de las PM y de sus cuidadores en la atención primaria, es decir, buscar una mancomunidad en el trabajo con perspectiva geriátrica y perspectiva gerontológica, ya que ésta tiene una dimensión territorial.

Por ejemplo, en consultas con trabajadores psicólogos de la Atención Primaria de Salud éstos describen que reducir la soledad de PM conversando con ellas - aun telefónicamente- les ayuda a reducir los síntomas de depresión; otras experiencias muestran que parte de los problemas “mentales” en PM pueden resolverse si se intenta una ingesta de vitaminas y otros ingredientes de manera adecuada; experiencias que “juntan” PM para actividades intelectuales (talleres de lectura) o manuales (jardinería colectiva) provocan efectos positivos en el bienestar de estas personas. Es decir, hay múltiples actividades que realizan diferentes municipios que apuntan a esto. Es la hora de sistematizar actividades para generalizarlas en el país.

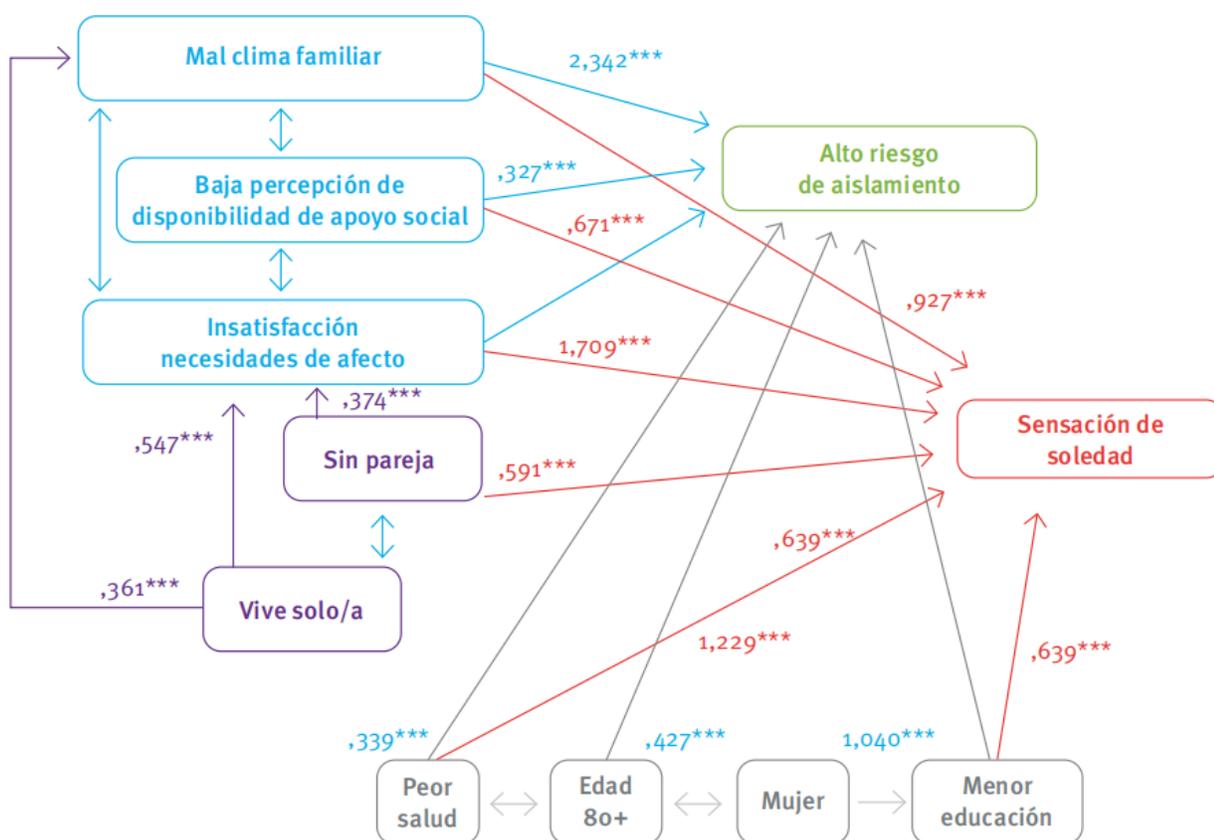
La Encuesta de Calidad de Vida de las PM de 2022 concluye que: “Quienes tienen un menor nivel educacional, los mayores de 80 años, quienes tienen peor percepción de salud y las mujeres, tienen mayor riesgo de aislamiento social y mayor sentimiento de soledad... las personas que no tienen pareja y que viven solas tienen mayor sentimiento de soledad. Además, las personas que perciben disfunción familiar, baja percepción de disposición de apoyo social e insatisfacción de necesidades de afecto y cariño, tienen mayor soledad”.

Todo esto se cuantifica en el gráfico 1 que indica las relaciones (en el sentido de las flechas) de causa a efecto. Los valores más altos, por cierto, implican mayor impacto de la variable causal sobre la variable resultante.

---

<sup>43</sup> N. Keating. A research framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030). *European Journal of Ageing* (2022) 19:775–787 . <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00679-7>

**Gráfico 1. Chile: causas de soledad y aislamiento 2022.**



**Fuente: UC - Caja los Andes. Chile y sus mayores. Sexta encuesta calidad de vida. 2023.**

El análisis específico de la encuesta expresada en el gráfico anterior (medido a través de coeficientes betas de regresiones logísticas) da cuenta de tres factores claves que podrían ser motivo de prioridad en las políticas públicas de apoyo al envejecimiento saludable en Chile. En primer lugar, el clima familiar que se refiere a una percepción de soledad permanente por parte de la PM, abandono y ausencia de contactos con sus cercanos. Los sistemas sociales y de salud territorial familiar podrían incluir entre sus tareas fomentar este acercamiento.

El segundo aspecto en importancia es la insatisfacción en las necesidades de afecto que van más allá de la familia puesto que incluyen un entorno más amplio como el vecinal. Un sistema como el que se ha esbozado en la propuesta de Sistema Nacional de Cuidados anunciado por el presidente de la República en su Cuenta Pública de junio de 2024 podría ganar en eficiencia si se vinculan los cuidados con la APS y las actividades territoriales que ella hace con las comunidades. El tercer aspecto que destaca la gráfica es que las personas con mala auto percepción de salud tienden a

sentirse más aisladas y se ha también demostrado que las personas con vivencias de soledad no deseada agudizan sus malestares, especialmente, en cuanto a salud mental y depresión.

Uno de los aspectos incluidos en la propuesta presidencial es la instalación de un plan de alfabetización digital para favorecer la teleasistencia a las PM. En esta modalidad, incluir aspectos sanitarios directos (adherencia a consumo de medicamentos) con factores que fomenten la autoestima y reduzcan la soledad (muchas personas - señalan psicólogos de los equipos de salud de los Cefam- solo necesitan conversar para sentirse mejor) pueden resultar necesarios en lo inmediato.

Asimismo, un estudio reciente del Senama (2023)<sup>44</sup> que consulta a toda la población del país, concluye que es necesario entregar mayores apoyos a las familias para que puedan contribuir en el bienestar de las personas mayores; diseñar programas e iniciativas que contribuyan a mejorar integralmente la calidad y satisfacción de vida en la vejez, considerando la heterogeneidad de esta población y la importancia de la participación social en la consecución de estos objetivos.

El área de Personas Mayores y Bienestar de APROB sugiere como prioridades elementales de política pública, considerando las dificultades para obtener más recursos, que se priorice cuanto antes:

A) La coordinación entre la institucionalidad social y la sanitaria para enfrentar temas de PM, soledad y aislamiento social y,

B) La creación en el SENAMA de un repositorio de acceso público de experiencias chilenas públicas (estado, municipios) y privadas (organizaciones no gubernamentales y empresas) exitosas en enfrentar temas de PM, soledad y aislamiento social.

---

<sup>44</sup> Arnold M., López D., Massad C. Y Thumala D. (2023). Séptima encuesta nacional sobre la inclusión y la exclusión social de las personas mayores en Chile. Santiago. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).

## **ALZHEIMER Y CUIDADORES: UNA BRUMA DE TRISTEZA**

**Santiago Escobar Sepúlveda<sup>45</sup>**

### **1. Una pequeña introducción o la más primaria de mis dudas**

Es difícil hablar de lo que uno hace por otro si están los sentimientos en el medio. Existen muchos motivos para dar algo a otro. Conmiseración, sentido del deber, amistad, obligación, pudor social o el qué dirán. También la inevitabilidad y el destino que obligan a la resignación.

¿Y el amor? me pregunto. ¿Cómo entra en esta ecuación? Me refiero al amor carnal, al de pareja, aquel que tiene momentos de pasión, dolor, ira, celos, felicidad o amargura, en fin, todos los sentimientos humanos que pueda engendrar en su acontecer, en su sentido más integral y mundano como transcurso de vida. ¿Qué papel juega en ese mundo real, del aquí, de la noche, de la historia de vida o de los abandonos, reales o figurados? Porque no me refiero al amor ideal de biblias o poetas. Me refiero al simple amor que une a dos seres y que en un verso aborrecible de Neruda de un poema que tituló en inglés dice que “puede ser eterno o puede ser fugaz”.

No sé cómo entra y cada experiencia es personal. Incluso el fugaz siempre se nos enreda en las telarañas del tiempo. Pero a mí, de las cosas de motivación más íntima me cuesta hablar. Me da cierto pudor. Me persiguen el fantasma de la incoherencia. Por eso me molesta cuando algún amigo o conocido me dice, al enterarse que cuido a Matilde de su enfermedad, que me gané el cielo. Porque somos de luces y de sombras. Y no creo que mis acciones tengan vínculo a indulgencias plenarias y yo no estoy en camino a la santidad. No me importa pero me inquieta porque a pesar de todo me siento vivo.

¿Cómo explicar entonces que es por amor, sin hacer un gesto de cursilería o que se vea como tal? El amor está de manera simple en diversas formas. Pero solo cuando pasa algo que transforma el amor en emoción devastadora, que creo es mi caso, surge todo en alud que entontece. Me ocurrió cuando percibí que algo indecible estaba destruyendo a Matilde y nada podía hacer ni ella ni yo por evitarlo. Y que hice, adopté ese amor como guía y decidí caminar con ella igual como lo habíamos hecho toda la vida, como si nada hubiera cambiado, aunque había cambiado todo. Y me dejé llevar y aprendí a tenerla y sostenerla, dejando fluir el instinto. Podría decir que me relajé y acepte estar con ella y tenerla lo mejor que pudiéramos. Y, perdonen lo cursi, tuve la conciencia más primaria de que siempre supe que amaba a Matilde, pero sin imaginar que la amaba tanto. Por eso aunque ya ni siquiera tengo su voz, me basta tener sus ojos para saber que no la dejaría por nada en el mundo.

---

<sup>45</sup> Los protagonistas de este artículo son; Matilde Wolter A. Periodista de la U de Chile. 76 años. Ex Quimantu. Ex Directora de Agencia IPS Ecuador. Ex Agencia Efe Chile. Santiago Escobar, Abogado. U de Chile. 78 años.

De ahí mi duda si mi testimonio de cuidador tiene valor de comparación, porque ha sido pura emoción y aprendizaje de vida, lo que en ningún caso lo hace un papel de calco. Es por eso que me da un poco de vergüenza y pudor y no quiero que se piense que lo mío es virtud, sino algo más parecido al egoísmo de consumirla en mi vida y no dejarla partir.

## 2 ¿Quién sufre en el alzhéimer?

La enfermedad solo tiene víctimas, de muchos rangos y todas sufren. Pero eso todavía es muy general. La causa ignota de la enfermedad tiene que ver más con la biología o el azar de una divinidad cruel, y el hecho que no hay tipos puros de esa enfermedad. La agresión identificable para mí es social. Y es la actitud omisiva de los que se comportan indiferentes. Cómo el Estado despreocupado que ignora la condición de la enfermedad. En esencia es la crueldad del acaso lo que nos pone a uno u otro lado de la cordura, pero se desata como pandemia al generar un estado de solidaridad o de fuga. La víctima principal es el o la enferma y es la que siempre sufre más. En nuestro caso y desde hace ya 12 años mi esposa Matilde Wolter, una periodista brillante y mi compañera de toda la vida durante 52 años de unión.

Yo, como cuidador más cercano y sin hijos de nuestro matrimonio, soy apenas un daño colateral de su terrible mal y ello no me convierte en víctima. Ella es la víctima que sufre. La gente dice el cuidador sufre, ella no siente nada. Yo creo que ello es un craso error. Pensar que está fuera de la realidad y que no siente o no tiene percepción de esa realidad, aunque sea muy elemental, es una negación tan sin fundamento como el origen de la enfermedad. Claro que no se puede ni generalizar o juzgar, y podría ser diferente en otros casos, no lo sé. Pero en mi experiencia el que sufre siente, haya o no conciencia parte del enfermo. Este sigue siendo un ser sintiente.

Matilde, en su alto mutismo biológico, creo vive día a día su drama en alguna parte escondida o inalcanzable de su mente. Creo, más bien percibo que, si su voz se extinguió de palabras, o se olvidó de danzar o caminar y ya no se sostiene en fuerza propia y está postrada, su espíritu sigue latiendo. Lo sé porque lo sé. Tal vez por el brillo de sus ojos cuando lentamente veo su giro enfocando el ruido de mi voz cuando le hablo. Lo sé porque a veces responde, extraviada, con un sí coherente apenas musitado o mueve su cabeza asintiendo ante una pregunta. A veces escucha atenta y musita participación ante terceros que en nuestra mesa conversan entre ellos. No es mi alucinación de amor o algo que imagino porque me hace falta. Sé que ella siente y por eso le hablo, y todos los de casa le hablan de manera normal, sin esperar respuestas, porque nos basta su estar en silencio como elocuencia.

Ello afirma mi convicción que el mejor paliativo de esta enfermedad es el cariño y su derivado cotidiano de manifestarlo teniéndola cerca, de cuidarla y tratarla como algo querido, viviendo en el centro de nuestras vidas en su misma casa, con cosas que quizás pueda reconocer y música que pueda evocar. No confinada en una habitación, sino en un lugar en que advierta el movimiento de la casa y donde le hablan o la saludan a cada rato. En un sillón que le permite recostarse o sentarse y adonde y desde donde se mueve a su cama en silla de ruedas en una rutina de todos o casi todos los días. Desde ahí, mira, escucha y, a su modo, participa. Ese cariño es la base de la hospitalización intradomiciliaria como primer paliativo excelente para

estos enfermos, incluso en los casos de extrema dependencia como Matilde. Es importante que ellos alcancen o perciban una rutina de vida.

### **3. La familia y la primera etapa de salud**

En sus inicios, la enfermedad una vez que es percibida por el entorno familiar y de amigos provoca huidas en estampida y casi terror. En mi caso he aprendido a mitigar los impactos adoptando medidas para que ella no percibiera esa fuga, que siempre es de largos períodos. Yo felizmente encontré en nuestro entorno de relaciones laborales antiguo, gente que me ayudara en lo más rutinario. Y juntos fuimos aprendiendo a dosificar los tiempos, a desarrollar los cuidados elementales. La familia desapareció. Pero me basta que alguien llame y pregunte por ella, o que la visiten de vez en cuando. Matilde ya tiene una condición final que se le produjo muy rápido, etapa que coincide con el retorno de la gente que se interesa en el estado de salud.

En esos retornos, en el caso de Matilde, se han manifestado en ella esa apariencia o realidad esencial de **estar conectada**. Mira y tiene actitudes leves de reconocer o no reconocer, o si algo le molesta, ruido o besuqueos o excesos de cariños, cierra los ojos y no mira, simulando dormir como si fuera una señal de protesta.

Los mayores problemas de desorientación práctica para el entorno en la atención del enfermo se dan al principio de la enfermedad, cuando todavía hay actividad motriz con ciertos grados de normalidad y sin pauta precisa de efectos, incluso cuando todavía no existen rutinas internalizadas por el enfermo, asociadas a sus cuidados. Es necesario decir que la repetición pareja de ciertas cosas como rutinas de alimentación, música o estados de autonomía elemental en que solo mira y escucha, van desarrollando una especie de memoria o hábito que, al menos, parece de memoria racional.

Dependiendo de la velocidad de desarrollo de la enfermedad, y de los cursos que adopta, se produce nuevamente un shock en los cuidadores, es decir cuando el enfermo entra en su fase que se puede denominar de **estabilización declinante**, es decir cuando él está completamente entregado al cuidado de terceros y cada empeoramiento o crisis se manifiesta como síntoma de agonía. Es generalmente angustiante para el entorno, es intrusivo del bienestar del enfermo (alteraciones de visión, convulsiones o quejas).

Ante los primeros síntomas, cuando no hay diagnósticos médicos más o menos definitivos o estos solo son preliminares, ya se produce el primer debate familiar sobre quien cuida al enfermo (a), quien se hace cargo de su aseo, de su vigilancia, de su autovalencia errática que los lleva a vagar y extraviarse, botar cosas o a toda clase de conductas extravagantes que los ponen en peligro. El alzhéimer es una enfermedad mental neurodegenerativa que no tiene, al menos en mi opinión de cuidador y observante activo, patrones regulares de evolución y manifestación, y ello dificulta la racionalidad de las medidas prácticas a adoptar.

En las fases iniciales, según los recursos económicos, se busca un cuidador secundario que **impida o corrija** esas conductas, generalmente una "nana", cuya obligación es mantenerla controlada en lo que se denomina la normalidad rutinaria de la casa, la que depende de los criterios de uso y descanso de la gente sana de la casa. Es decir, en el criterio inicial muchas

veces no se acepta que un enfermo de alzhéimer en la casa es un cambio “en el funcionamiento de la casa”, y no un hecho circunstancial que debe ser acotado o aislado. De ahí viene el comportamiento de apartar familiarmente al enfermo.

Cuando no hay recursos, esa condición de aislamiento puede extremarse y transformarse incluso en maltrato, inducido por la ausencia temporal del cuidador. Por ejemplo, amarrar o encerrar junto con aislar para satisfacer el requerimiento de otras demandas de la casa. Generalmente en estos casos el vínculo familiar más cercano, madre o padre, hermana mujer soltera, es el cuidador. Si el enfermo es proveedor viene la catástrofe económica.

Ante todas esas situaciones la mayor parte de la familia, en cualquier rango, huye en estampida y se produce el primer círculo de soledad y aislamiento social, ya no solo del enfermo sino de la casa con un enfermo de alzhéimer. La frase recurrente es “habría que ponerla en una casa de reposo”.

No existe una ventana de entrada o un almacén de apoyo en salud o bienestar que ayude a enfrentar la situación inicial. Todo es salud como industria, en el buen sentido de la palabra y nada bienestar, en el mejor sentido de la palabra. Y las carencias se hacen dudas y consultas asistemáticas sobre el qué hacer. Tal vez el municipio o una visitadora; una clínica privada especializada; un tutorial de internet sobre la enfermedad; la opinión de un amigo, y lecturas y lecturas, y siempre a bruma, la inquietud y la incertidumbre. Y la mayor parte de las cosas son a tientas y principalmente para calmar las conductas extrañas o extravagantes, el insomnio, o lo que sea, y empiezan a tratar al enfermo con ansiolíticos y antidepresivos. Aumentando, así, la carga de la enfermedad. Es decir, le dan remedios a los enfermos para enlentecerlos para que los cuidadores estén bien y “no sufran tanto”. Por lo menos, complejo.

#### **4. Agravamiento**

La fase inicial e intermedia, generalmente, se caracteriza y trata como enfermedad mental degenerativa, mientras la persona enferma mantiene su capacidad de hablar, responder preguntas simples de manera coherente o valerse por sí misma. El deterioro del habla es decir la pérdida de la capacidad de hablar y ser comprendido o incluso del habla y de la voz en forma simultánea es ya un síntoma severo, pero incluso él se manifiesta a distintas velocidades.

En el caso de Matilde primero fueron olvidos, luego conductas erráticas y reiterativas al acostarse que yo le observaba y me respondía de manera coherente que pensaba qué se iba a poner el día siguiente. Sus rutinas de acostarse eran más lentas y repetitivas, por ejemplo, el limpiado de la cara antes de la crema. También muchas distracciones como si fueran ensoñación y al preguntarle qué piensas respondía “no sé, estaba pensando” y si yo la apuraba con un qué, notaba que se angustiaba y empecé a percibir que se quedaba en blanco, como en una apnea de conciencia, por instantes muy breves pero notorios. De pronto empezó a manifestar mucha inseguridad y miedo de una manera anormal. Siempre fue cuidadosa en temas de seguridad, y yo sabía que de niña era miedosa. Pero en un modo normal. Pero ese temor se exacerbó y se hizo intenso, y yo percibí como se aferraba a mí, como me daba la mano al caminar o los comentarios que hacía era que empezó a vivir en el temor. Le cargaban las zonas oscuras y ya no le gustaba nuestra casa en la playa, un refugio que antes adoraba y que habíamos construido a través de los años. Dejamos de ir y luego de improviso unos tres

años después de iniciados los primeros síntomas ya le costaba caminar, y de repente se postró. Ya estaba también más confusa. Nueva ronda de médicos y un último especialista que la examinó por ese tema luego de varias consultas dijo "se le olvido caminar". Pero hablaba y podíamos acercar su silla de ruedas a la mesa y conversar o preguntarle cosas. Pero ya estaba incontinente. Tenía deposiciones dificultosas que se acentuaron, hizo fecaloma y cayó grave a la clínica. Allí, luego de solucionar el tema del fecaloma por suerte sin cirugía, de pronto poco antes del alta hizo convulsiones y volvió a la UTI. Le hicieron todo tipo de exámenes, entre ellos uno sobre hidrocefalia normotensiva, una inflamación de los ventrículos del cerebro y un médico propuso operar y ponerle una válvula que regulara el líquido céfalo raquídeo. Según él, recuperaría el 75% de la normalidad. El cirujano que debía operar hizo una punción vertebral y decidió que ese diagnóstico era equivocado y que de acuerdo con el resto de los exámenes ella sufría un alzhéimer crudo y duro pese a que solo tenía 64 años. Otras opiniones médicas me llevaron a la misma conclusión.

Ella volvió a la casa y a los 2 meses dejó de hablar de manera inteligible las pocas palabras que ya decía. Luego dejó de deglutir, se atoraba y finalmente se le puso una sonda gástrica para poderla alimentar. Esa es su condición actual. La fase total hasta que dejó de hablar y caminar llevó unos cuatro años, los ocho restantes se han dado en el estado de postración severa que describí.

En la última fase de estabilización final aumentan los gastos médicos y los de bienestar material. El acondicionamiento de vida de postrada en materia de salud y de alimentación no existe como preocupación en el país. Chile no tiene más de un centenar de geriatras y conseguir uno que haga visitas domiciliarias es prácticamente imposible. Los programas de postrados de los consultorios de salud no dan abasto o simplemente se desentienden o derivan a clínicas privadas mediante convenios, que obligan a copagos altos. Además, se organizan desde la óptica de la oferta y no de la demanda, es decir lo que un enfermo necesita y con la mayor particularidad posible.

Un enfermo postrado e incontinente para que no haga escaras requiere una muda al menos cada 6 horas, el uso de cremas protectoras e hidratantes, colchón anti escaras, cubo de baño móvil para deposiciones si puede mantenerse sentado, laxantes especiales para evitar fecalomas y para cambiarlo de posición cada dos horas como recomiendan los kinesiólogos, una cama clínica, un sillón reclinable y silla de ruedas.

Que además lo visite un médico al menos cada 4 meses, que le hagan exámenes de laboratorio con toma de muestras a domicilio, incluidos los de orina por sonda pues hacen muchas infecciones urinarias. Precisa determinación de nutrición pues pierden ciertas vitaminas con mucha facilidad. Precisa kinesiólogo para que no se esclerose y para aspiraciones bronquiales por su fuerte tendencia a hacer neumonías por aspiración, necesitan dentista a domicilio y cientos de cosas siempre sin respuestas.

Lo esencial del bienestar no son los medicamentos pues no se va a mejorar. Lo central son los pañales desechables, las sabanillas protectoras, las cremas protectoras de la piel, el aceite regenerador lino vera, cremas especiales para las zonas expuestas a escaras (tobillos, codos rodillas, glúteos, coxis y todas aquellas partes en que los huesos presionan la piel), las pastillas

de Berry que ayudan a la salud de la orina, cremas hidratantes con urea, cuidar los hongos en los pies y las zonas genitales. Ropas de algodón que no lo hagan transpirar.

En el caso de Matilde sus remedios son mínimos. Toma un anticonvulsivo (Levetiracetam) y Eutirox para la tiroides. Duerme solo con una cápsula de melatonina, algo natural, en la noche. Al principio se hablaba de parches milagrosos, carísimos, que le aplicamos por meses y al final resultaron solo superstición. La ciencia médica está aún en pañales y nadie sabe a que se debe la mielina que cubre y penetra el cerebro impidiendo la acción de los neurotransmisores y la sinapsis neuronal. Según esa penetración se producen los daños, desde el olvido hasta la inmovilidad de un postrado. Esa es la bruma de tristeza, pienso yo, en la cabeza de mi Matilde.

## **5. El papel del Estado y las ventanillas únicas de servicios**

Pienso que, si una sociedad se declara democrática, laica, representativa y delegativa en las decisiones políticas y su gobierno, su pacto social debe, al momento de garantizar los derechos civiles, incluir el bienestar de sus habitantes como componente estructural. De manera tal que la organización social de los recursos, en el nivel de lo público y como garantía de igualdad ante la ley, por ejemplo, en salud, educación, seguridad o cualquier otro, expresen o tengan el componente bienestar como una variable estructural de la acción.

La definición de qué es bienestar es de ejemplar simpleza: las cosas necesarias para vivir bien. O, como diría Avishai Margalit en su libro *La Sociedad Decente*, el conjunto de factores que determinan la calidad de vida de las personas y hacen que su existencia posea todos los elementos que den lugar a su tranquilidad y satisfacción de manera decente, sin humillaciones de ningún tipo. Y, en ese particular sentido, los bienes sociales concebidos para atender las necesidades de orden social y mejorar el bienestar social, no pueden alcanzar una provisión justa y decente solo mediante un modelo de mercado, pues este incluye intereses de renta egoísta individual si bien legítimos en una sociedad libre, inadecuados para producir equidad social, aspecto sustantivo del bienestar social general.

Si hablamos de salud y bienestar como derechos civiles esenciales, la manera de organizar los recursos que se aplican a la enfermedad en este caso requiere de un diseño colectivo. Es decir, sustentarse y sostenerse en un consenso colectivo, orientado por convicciones de igualdad o equidad de base, porque en general mi experiencia es que ante el **alzhéimer no se trata de remedios sino de condiciones de mitigación de una enfermedad que no tiene cura.**

Me resulta difícil hablar una experiencia particular dominada por lo emotivo, y de ello, además, tratar de sacar lecciones. Pero creo sinceramente que, ante la inutilidad de una medicina solo paliativa, la fuerza del cariño de los cercanos, su manera de manifestarlo y de no apartar ni esconder a esos enfermos, de situarlos con la mayor normalidad que se pueda, es el primer y principal paliativo. Y la política pública tiene cosas efectivas que hacer, incluso de fomento cuando se trata de familias con ingresos suficientes o de ayuda directa cuando se debe nivelar las opciones de bienestar. Por ejemplo, ante la dificultad de provisión energética, me gustaría disponer de un kit de paneles solares que me diera la energía necesaria para una cama eléctrica, un colchón anti escaras, un poco de luz para no perder medicamentos (diabéticos, por ejemplo) o alimentos especiales. Eso no existe, ni siquiera como crédito excepto en el mercado.

De lo anterior, se desprende a mi modo de ver que el conjunto de medidas que uno puede extraer del resto de las diferentes experiencias individuales es grande. Porque siendo una enfermedad cruel, larga y con distintos niveles de agresividad para el enfermo, la primera y mejor receta, enlazada al cariño y al resto de los recursos necesarios o disponibles es la hospitalización intradomiciliaria.

Lo segundo y fundamentalmente enlazado a lo anterior es que se trata de una **enfermedad colectiva**. Que arrastra conjuntos familiares y no solo a personas enfermas. Viene en alza en todas partes con el aumento de la tasa de expectativas de vida de las personas. Se calcula en unos 150 millones de personas en todo el mundo afectadas por el conjunto de enfermedades que se consideran alzhéimer o con identidad con él casi todas neurodegenerativas: como la demencia con cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal -que en el caso de Matilde fue auscultada resultando negativa-, esclerosis lateral amiotrófica; enfermedad de Huntington, de la cual Matilde tiene muchos síntomas, enfermedad de parkinson y varias otras.

Todas ellas tienen manifestaciones similares con etapas relativamente marcadas, síntomas relacionados con la pérdida de memoria, las dificultades de hablar, de tragar, la pérdida de equilibrio y movilidad, movimiento bruscos incontrolados (espasmos). Todas las enfermedades no tienen cura sino solo mitigación, y algunas tienen o pueden tener antecedentes genéticos y sus consecuencias en el tiempo van de muerte temprana entre cinco años hasta 15 o 20 como es el caso de Huntington. Casi siempre asociados los decesos a dificultades respiratorias, neumonías o similares. Es un mundo poco previsible respecto de sus manifestaciones específicas en cada enfermo.

En ese contexto, la política pública debiera orientarse a generar condiciones de apoyo, entre ellos un gran banco integrado de datos, que incluya mediante cuestionarios generales la observación simple que se genera en el cuidado. Es decir, facilitar una especie de investigación en proceso del más diverso tipo que los sistemas digitales hoy día permiten con gran facilidad por la capacidad de manipular grandes volúmenes de datos. Eso, que no es mucho esfuerzo, llenaría un vacío de información útil para la ciencia y el diseño de políticas desde la demanda, pues la generación de instrumentos de aplicación para el bienestar de estos enfermos depende de su ficha de ingreso y su control en el sistema, y su evolución en el tiempo, de manera relativamente sencilla a condición que sea algo sistemática.

Lamentablemente el aparato de salud pública es ciego en esta perspectiva. Nuestro ejemplo lo demuestra. Matilde tiene calificación PRAIS de salud por su condición de exonerada política y nunca he podido obtener para ella una atención regular en el programa de postrados de la Municipalidad de la Reina, al cual tiene derecho por ley. Después de reclamar mil veces del hecho ante el municipio, apareció un encuestador municipal en mi casa, posiblemente a verificar si de verdad existía una Matilde Wolter. Nunca supe si era un proceso de aceptación luego de que yo llevara al municipio una carta del Prais que certificaba que ella era beneficiaria de salud y otro certificado del presidente de la Junta de Vecinos de que ella vivía en su casa. Este problema tiene un origen: Matilde tiene ISAPRE y nunca lo hemos suspendido porque es el seguro que en caso de gravedad la puedo llevar a una clínica y obtener una atención rápida. La ISAPRE Vida Tres no nos da NADA excepto esa posibilidad. Es decir, **es un**

**seguro de hospitalización y nada más.** Como está en Isapre el consultorio municipal no la inscribía, pese a que, por ley, el beneficio PRAIS se aplica independientemente de la cobertura de salud. Lo cuento porque Matilde necesita que cada 4 meses se le hagan exámenes generales, de orina, etc. Por su condición deben ser con toma de muestra domiciliaria; además que la vea en geriatra cada seis meses a lo menos; y tener atención kinesiológica. NUNCA ha venido siquiera una enfermera o un kinesiólogo a verla desde el municipio. Tampoco una visitadora social. Solo un día un señor tocó el timbre y nos entregó un cojín anti escaras, por cierto de muy buena calidad. Nosotros pagamos todo y para que la Isapre bonifique algo, tengo que pedir prestadores afiliados a esa Isapre, como Cristhus de la UC que cobran viaje de ida y vuelta además de la prestación. En el mercado de salud la libre elección no existe, al menos en el caso de Matilde, a quien, además cada año debemos cambiarle el botón gástrico, lo que es un procedimiento mayor.

Pienso que no sería tan difícil facilitarle la vida al cuidador con una ventanilla única, como una rampa digital para minusválidos, para solucionar al menos los aspectos administrativos de estos problemas. Sin perjuicio, por cierto, de sacar lecciones acerca de la variedad de casos en esta enfermedad.

Lo tercero es que el aparato público debe ponerse en la lógica de atender y mitigar para el bienestar, y apartarse de la lógica de curar o sanar. Si acaso mañana podemos arribar a una vacuna o destruir la mielina con **música vaquera tocada en un fonógrafo viejo\***(como en la película de Tim Burton **Marcianos al Ataque** donde la canción de Slim Whitman **Indian Love Call** destruye el cerebro de los marcianos) volveremos a enfocar la atención en la cura. Pero hoy se trata de bienestar básico como paliativo de lo incurable. Ello significa menos fármacos y más atención microscópica de bienestar directamente en el hogar. La duda es si existe voluntad y comprensión de este tema, en los niveles de corrupción y mala gestión que corren la administración municipal del país.

La gestión de las “becas para cuidadores” de parte del municipio es mala, humillante y distribuida de manera discrecional como un regalo de los alcaldes. No es solo humillante por el valor del bono que se entrega, sino por el carácter clientelar que le atribuyen los alcaldes, algo que se exagera en época de elecciones.

## **6. Reflexiones finales**

Créanme los que llegaron con su lectura hasta aquí que ha sido algo difícil de escribirlo. Primero porque la búsqueda de una cierta utilidad práctica desde el atendible interés del que lee nunca será plenamente satisfecha si el que relata no tiene una forma didáctica o sistemática en su relato. Y ello, que es una demanda implícita para este tipo de artículo/testimonio, es contrario al sentido emotivo que en mi caso tiene referirse al tema.

Venciendo el pudor y con el propósito de hacer algo honesto, he contado de la manera más clara cómo lo he vivido. Ha sido cien por ciento aprendizajes desde el primer día, motivado por el amor que siento por Matilde y el hecho que me desgarrar verla en su condición actual. Y quiero que esté bien, que descanse, que la vida que aun tenga en su mente extraviada no tenga miedo y perciba si percibe algo, apoyo y cuidado. No pago ninguna culpa ni espero

ninguna recompensa. Esto es por los dos. Por ella y por mí, casi más por mí y mi avaricia de tenerla. De ahí el pudor de aparecer con una elegia a mi dolor y ponerme como víctima.

Cuidar, si me permiten un consejo, es un acto de cariño sin retribución final, excepto la satisfacción propia de dormir tranquilamente aún si solo se abraza un sentimiento. Nada tangible sino solo recreación intelectual de todas las emociones de la vida, positivas y negativas, acrisoladas en la experiencia del hoy.

Eso es sobreponerse a la tristeza de manera activa, sin dejar que nos deprima y sin transformarnos en atormentadores de nosotros mismos, pese a la cola de melancolía que siempre deja la tristeza. Solo siguiendo la sentencia de Cicerón quien dice en las Tuscolanas que "es suma necedad consumirse bajo el peso de la tristeza cuando adviertes que no te reporta ningún provecho". Y agrega "¿Hay algo no sólo más deplorable sino más ignominioso y más grotesco que un hombre abatido, deprimido, derrotado por la aflicción"?

Ello implica que tampoco se debe andar solo, y es necesario el apoyo colectivo en diferentes dosis y situaciones para reponerse y actuar. Y si la pulsión normal parece ser el abatimiento, la depresión, la resignación y el desaliento, la aceptación de una tristeza activa disipa la bruma, pese al dolor anímico que nos provoca, y activa el motor interno que nos lleva a cuidar y mitigar y buscar apoyos.

Finalmente, no juzgar a terceros. El fingimiento, la ocultación y la mentira repercuten muchas veces en uno mismo y golpean la coherencia de nuestras verdades y declaraciones, además las del entorno social, incluida la familia que huye. En la mayoría de los casos esas acciones de fingimiento u ocultación y mentiras son, como señalan los psicólogos, elementos constitutivos de los afectos y de la manera como alguna gente reacciona o se defiende de aquello que le perturba con algo o alguien vinculado a esos afectos.

Lo cierto es que negación o rechazo, resulta mejor en mi opinión no juzgar y aceptar las conductas ajenas en lo que son, efectivamente ajenas. Ello parece esencial para revertir la negación desde los individuos hacia una aceptación colectiva promedio con apoyo social amplio. La aceptación colectiva promedio para las políticas que competen al Estado en sus diferentes niveles, requieren impulso social. De gentes y espacios que actúen. En mi experiencia, no importa que la familia no esté. Lo que importa es que la ventanilla del Estado no esté cerrada y nadie tenga que recurrir a la conmiseración innominada de terceros como regla. Esto es vivir en la misericordia, y en nuestra experiencia Matilde y yo siempre aspiramos a vivir nuestros derechos. En este caso una vida normal y tranquila, de bienestar básico, para una muerte digna y sin humillaciones.

## **¿COMO HACER PROSPERAR LAS SOCIEDADES?**

### **COORDINAR APROXIMACIONES PARA PROMOVER EL BIENESTAR Y LA SALUD MENTAL<sup>46</sup>**

**Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2023).**

**En esta revista se incluyen algunos textos como reseñas o traducciones de artículos que pueden ser de interés de acuerdo con los objetivos de la publicación. Este artículo se incluye en esta perspectiva. La traducción estuvo a cargo de José Leandro Urbina del comité editorial.**

#### **La salud mental es esencial para el bienestar general de las personas...**

La salud mental desempeña un papel fundamental en la vida de las personas y está intrínsecamente ligada a muchos otros aspectos del bienestar general de la población. La pandemia de COVID-19 reactivó la atención sobre su importancia, ya que los impactos directos en la salud y la pérdida de vidas, combinados con el aislamiento social, la pérdida de trabajo y la inseguridad financiera, contribuyeron a un empeoramiento significativo de la salud mental de la gente. Mientras tanto, han surgido o se han vuelto más prominentes nuevas amenazas a la salud mental, tales como la crisis del costo de vida y el cambio climático.

Mucho antes de 2020, se estimaba que la mitad de la población experimentaría una condición producto de una enfermedad mental al menos una vez en su vida y que los costos económicos de las enfermedades mentales ascenderían a más del 4% del PIB anual. Por otro lado, todos los gobiernos de la OCDE reconocen cada vez más que la salud mental positiva, o tener altos niveles de bienestar emocional y psicológico, es un objetivo político por derecho propio.

#### **... pero los incentivos, para que los sectores gubernamentales más allá de la salud lo mejoren, son a menudo débiles**

Las estrategias exitosas y centradas en las personas, para promover una buena salud mental de la población, deben reconocer que la capacidad de prosperar depende de aquellas condiciones de vida más amplias en las que habitan los individuos, las familias y las comunidades. El reconocimiento de que, por lo tanto, estas estrategias deben involucrar a una variedad de sectores de todo el gobierno no es nada nuevo. De hecho, en los últimos años se han renovado, a nivel nacional e internacional, los llamados a adoptar enfoques amplios de "salud en todas las políticas", enfoques que integren sistemáticamente consideraciones de salud (mental) en las políticas de todos los sectores. Sin embargo, en la práctica, la creación de coaliciones con otros sectores sigue siendo limitada y, a menudo, no se implementa a escala mayor. Algunas de las dificultades más comúnmente citadas incluyen el hecho de que los grupos de trabajo interdepartamentales, que se ocupan de la salud mental, a menudo tienen tiempo limitado y carecen de poder para tomar decisiones; además, aspectos como la

<sup>46</sup> Traducción del resumen del texto How to Make Societies Thrive? Coordinating Approaches to Promote Well-being and Mental Health publicado por la OCDE el 17 de octubre de 2023. [https://www.oecd.org/en/publications/how-to-make-societies-thrive-coordinating-approaches-to-promote-well-being-and-mental-health\\_fc6b9844-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/how-to-make-societies-thrive-coordinating-approaches-to-promote-well-being-and-mental-health_fc6b9844-en.html)

rendición de cuentas o los planes para el seguimiento y la evaluación de las asociaciones suelen estar ausentes de los documentos estratégicos de alto nivel, y las limitaciones de recursos siguen siendo un desafío.

### **Pasar de la “salud mental en todas las políticas” a la “salud mental en políticas para todos”**

El Marco de Bienestar de la OCDE ha sido pionero, durante más de una década, de un enfoque multidimensional para medir los resultados que importan para las personas, el planeta y las generaciones futuras. Basándose en este marco conceptual y en el trabajo de larga data de la organización sobre enfoques integrados de la salud mental, este informe utiliza una “óptica de bienestar” para subrayar las relaciones recíprocas entre la salud mental y los resultados que normalmente son responsabilidad de departamentos gubernamentales ajenos a la salud. En última instancia, reconocer qué políticas bajo su mandato pueden o ya están contribuyendo a mejorar la salud mental, así como sus propios objetivos, puede beneficiar los objetivos políticos más amplios del gobierno, facilitando así un avance hacia una estrategia de “salud mental para todas las políticas”.

### ***La salud mental moldea y está moldeada por muchos aspectos de la vida.***

Mapear la relación entre la salud mental y las experiencias económicas, sociales, relacionales, cívicas y ambientales de las personas revela que aquellos con peores resultados de salud mental también obtienen resultados mucho peores en la mayoría de los demás aspectos de su bienestar. Por ejemplo, en comparación con la población general, quienes corren riesgo de sufrir trastornos mentales tienen casi el doble de probabilidades de estar en el extremo inferior de la distribución del ingreso, de estar desempleados o de estar insatisfechos con la seguridad y disponibilidad de espacios verdes en sus vecindarios. También tienen más del doble de probabilidades de estar insatisfechos con la forma en que pasan su tiempo y de reconocer poca confianza en otras personas, y su riesgo de sentirse solos es más de cuatro veces mayor que el común. Por el contrario, los factores de protección (como tener seguridad financiera, gozar de buena salud física, vivir en un entorno seguro y limpio y tener relaciones sociales saludables) pueden brindar resiliencia contra malos resultados de salud mental y respaldar un buen bienestar emocional y psicológico.

### ***Las políticas pueden generar beneficios colaterales para la salud mental y el bienestar***

Hay varias opciones de políticas “beneficiosas para todos” que pueden mejorar conjuntamente tanto la salud mental como otros objetivos políticos. Basado en la evidencia de los fuertes vínculos entre la salud mental y otros resultados de bienestar, y en las prácticas políticas existentes en los países de la OCDE, este informe identifica una variedad de ejemplos ilustrativos de tales beneficios colaterales. Las prácticas más conocidas cubren aspectos como un mayor acceso a programas de asistencia social, la integración de la prestación de servicios de salud mental en los servicios de desempleo, el fomento a que los empleadores prioricen la salud mental en el trabajo o las intervenciones escolares y la incorporación del aprendizaje

social y emocional en los planes de estudio. Las innovaciones más recientes para la promoción de la salud mental incluyen la expansión de los programas de prescripción social, el reconocimiento del valor del trabajo no remunerado, intervenciones para abordar el racismo y la discriminación, priorizar la conectividad social como un objetivo político explícito y tener en cuenta los costos de salud mental del cambio climático y los beneficios de la acción climática.

### ***La colaboración entre las partes interesadas requiere nuevas formas de trabajar***

La implementación exitosa de estas políticas “beneficiosas para todos” en todos los sectores requiere recursos, incentivos y acuerdos de trabajo adecuados que permitan que todas las partes interesadas y pertinentes contribuyan. Este informe también analiza iniciativas seleccionadas de salud mental en los países de la OCDE para demostrar cómo los formuladores de políticas han estado alineando en la práctica las acciones entre las agencias gubernamentales; esto significa rediseñar la formulación de políticas para abordar los factores conjuntos que influyen en la salud mental mediante la evaluación de impacto; reorientar los esfuerzos hacia la promoción de una salud mental positiva; y conectarse con partes interesadas de la sociedad, incluidos aquellos con experiencias vividas, jóvenes, sociedad civil e investigadores.

Las lecciones aprendidas muestran en primer lugar la importancia de definir claramente los objetivos de salud mental (es decir, qué es lo que se debe mejorar y quién puede contribuir), por ejemplo, mediante el uso de marcos multidimensionales para señalar interconexiones y establecer coordinación con otros sectores; formular planes de implementación concretos o monitorear explícitamente la salud mental positiva. En segundo lugar, la colaboración intersectorial y la creación de alianzas –ya sea entre diferentes agencias gubernamentales, niveles de gobierno o actores comunitarios– requieren recursos, incluido tiempo, para funcionar bien, y pueden respaldarse alejándose de los ciclos de proyectos de corto plazo. En tercer lugar, la concesión de subvenciones estratégicas parece ser un enfoque prometedor para asignar fondos a actividades de promoción de la salud mental, incluso a nivel local, que tradicionalmente no son competencia del sector de la salud. Por último, las disposiciones para las evaluaciones de impacto deben integrarse en el diseño del programa desde el principio para mejorar el aprendizaje y construir la base de evidencia sobre intervenciones exitosas.

# UNIVERSALIZACIÓN EN EL ACCESO A LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

## Entrevista al Director de Salud de la Comuna de La Pintana Dr. Julio Sarmiento<sup>47</sup>

**Carolina Guerra F.<sup>48</sup>**

CG: Julio Sarmiento, como Director de Salud de la Comuna de la Pintana, si tuvieras que explicarles a las personas de tu comunidad asociada a la atención primaria de La Pintana sobre la universalización de la salud, a partir de la atención primaria, ¿cómo se lo explicarías?



JS: En sencillo, la universalización es una estrategia que busca que los servicios de salud que ofrece la atención primaria, que son promocionales, preventivos y asistenciales, estén disponibles para todas las personas que viven, estudian o trabajan en el territorio, independiente de su previsión. Una cosa que hasta este momento no ocurre. Y no ocurre porque existen dos limitantes. Una es que pueden acceder solo las personas que son Fonasa y las personas que además están inscritas en los centros de salud.

Eso genera desde la mirada del acceso y la cobertura universal una limitación, porque hay personas que no acceden a los servicios por no estar inscritas o por no ser Fonasa, y eso

<sup>47</sup> Sarmiento Machado, Julio. Médico cirujano de la Universidad de Chile. Magister en salud Pública U. de Chile. Fue presidente de la FECH, actual Jefe del Departamento de Salud de La Pintana.

<sup>48</sup> Guerra Fuentes, Carolina es Socióloga de la Universidad de Chile, Máster en Políticas Sociales y Dirección Estratégica para el Desarrollo Sostenible del Territorio, Universidad de Bologna, Italia. Ha sido docente en diversas universidades y actualmente es académica de la U. de Chile, U. Bernardo O'Higgins y Academia de Humanismo Cristiano.

disminuye la capacidad de generar acciones en el territorio. Porque si uno hace una visita domiciliaria, por ejemplo, en un domicilio, puede encontrarse que hay personas que son Fonasa y que se benefician de los servicios y cuya estadística nutre las acciones que nosotros realizamos, pero hay personas que no son Fonasa y, por lo tanto, no hay incentivos para hacerse cargo realmente de esa población, que es una de las cosas que busca la atención primaria como estrategia, que es este concepto de población y territorio a cargo. Eso hoy día tiene limitaciones producto de la forma en la que está diseñado, y la universalización viene a eliminar esas barreras de acceso.

**CG: Y entonces se eliminaría esta especie de autoselección o sesgo, que es el interés de la propia persona de inscribirse o ser per capitado Fonasa.**

JS: Claro, no lo elimina del todo porque igual hay que inscribirse, pero quita una de las barreras que es la del sistema previsional, y dota a los municipios que son parte de la estrategia y que son parte de los programas piloto, de capacidades de poder salir a buscar a las personas, no solamente esperarlos en los centros. Eso es otra cosa que también está limitada hoy día, porque la inscripción en Fonasa para reconocer a estas personas tiene una serie de requisitos. Uno es que los municipios no pueden hacer campañas de inscripción afuera de los establecimientos, por ejemplo. Y eso con la universalización se permite, por lo tanto, potencialmente uno puede llegar a cubrir un porcentaje de la población mucho mayor.

**CG: Y en ese sentido tú ya entraste en el tema sobre qué cosas no se pueden hacer hoy día, y ahora se podrán hacer con este nuevo plan. ¿Qué otras cosas asociadas a lo que hoy día no es posible hacer, se incorporan con esta estrategia?**

JS: La estrategia ayuda a que podamos salir a buscar a las personas, ayuda a que podamos cubrir, como yo decía, todo el territorio, ayuda a que podamos extender la atención a esos horarios que benefician más a las personas. Una de las limitaciones que tiene la atención primaria es que funciona principalmente en horario de oficina, en condiciones en las cuales la gente que trabaja no tiene otras opciones, salvo la atención de urgencia para acceder a una atención médica o a una atención de salud. Entonces incluye recursos que permiten extender los horarios de funcionamiento de los centros, que son una de las cosas buenas, y da recursos para implementar estrategias que no tienen todavía la cobertura necesaria para poder tener impacto en la salud de la población, como es la estrategia de Cuidados Integrales centrados en la Persona (ECICEP), que está orientada a mejorar los controles de patologías crónicas. Esa estrategia se refuerza con la universalización, por lo tanto aumenta la cobertura. Y viene de la mano también con un sistema de agendamiento vía página web, con un formulario que está en línea, y que cambia la lógica de los consultorios de dar hora en la mañana y generar filas desde muy temprano. Entonces, permite: eliminar la fila, darle acceso a la población trabajadora en horarios distintos, implementar estrategias que han demostrado ser exitosas y que hoy día no tienen todavía la cobertura necesaria y, además, salir a buscar a los usuarios afuera.

CG: Y claro, entendemos que hay poblaciones que están particularmente con bajo cobertura, y si uno mira los indicadores se da cuenta que son principalmente hombres, Pero, aun así, queda gente afuera que no está digitalizada, como algunas personas mayores. ¿Hay estrategias también para esas personas?, es decir, que no tengan que terminar pidiendo la hora en la mañana o por un teléfono que nunca le contestan.

JS: En realidad, no hay que llamar a ningún teléfono. La estrategia no funciona así. La estrategia funciona con un formulario web con un QR; las personas llenan los datos, la primera vez hay que cargar información, pero la segunda vez son dos o tres clics. Uno hace la solicitud, explica qué es lo que quiere, y el centro te llama de vuelta y te da la hora. ¿Después con un formulario te pregunta ciertas cosas, como en qué hora te acomodaría más? Y hace ahí una especie de selección de demanda. No alcanza a ser un "triage", sino que más bien es una selección de demanda. Esto permite optimizar y eficientar los procesos, porque muchas veces se pide una hora médica en circunstancias que se necesita solo un trámite administrativo, por ejemplo.

Como la hora médica es un recurso escaso, permite hacer un mejor uso. Nosotros acá, teniendo ese problema, hemos desarrollado estrategias complementarias para los adultos mayores, como por ejemplo formación de monitores, que enseñan a usar la aplicación, o que acompañan al adulto mayor a usar la aplicación. Estos monitores se llaman anfitriones que es una persona que está en el centro de salud, y que está resolviendo las preguntas e inquietudes de los usuarios, y anda con una tablet donde le enseña al usuario también cómo poder inscribirse y utilizar la aplicación.

Entonces eso nos ha permitido llegar a los adultos mayores. En todo caso, La Pintana es una comuna urbana, que si bien es periférica, no tenemos falta de cobertura de servicios como Internet.

Las personas, incluso los adultos mayores, siempre tienen un celular disponible. Aún así sigue existiendo la opción de pedir hora directamente en el centro, pero hay un número importante de personas que se benefician de la aplicación, y eso descomprime también, porque ya no son todos que tienen que llegar al centro. En la fila son menos y eso lo hace muy manejable.

CG: Totalmente. Y claro, hay poblaciones que dentro de los indicadores que están bajo cobertura y que hay temas, no sé, relacionados al género u otras interseccionalidades que quedan fuera, seguramente con un sistema así ayudaría a que ingresaran. A propósito de estas acciones que ayudan a que el acceso se universalice o camine hacia la universalización, también sabemos que las capacidades de los propios sistemas de atención primaria son limitadas. Entonces ¿cómo la estrategia permite asegurar mantener esta capacidad de atención en la medida que crece la población de cobertura?

JS: Probablemente eso es uno de los desafíos que todavía no está resuelto. Hay una serie de estrategias que la universalización plantea y que buscan identificar las barreras de acceso y como ya te decía, sortear esas barreras de acceso. Pero hay una limitación muy importante que tiene que ver con la oferta de servicios. En efecto, no ha sido todavía posible hacer un

aumento considerable en la oferta de servicios que permita absorber toda esa demanda. Entonces, si bien tenemos sistemas de priorización de la demanda, sistemas de gestión de esa demanda, que hacen mucho más eficientes los recursos, estamos muy limitados todavía, por ejemplo, por la infraestructura.

La infraestructura de los centros de salud no permite hoy día prácticamente sostener las atenciones que ya le entregamos a la población. Y ahí hay dos estrategias que estamos usando. La estrategia de atender en otros horarios donde el centro está más desocupado. Se puede utilizar mejor la infraestructura si se usa hasta las 10:00 p.m. como es el caso acá en La Pintana.

Y también atender fuera del centro en dispositivos comunitarios. Hay muchas atenciones que nosotros podemos hacer en dispositivos comunitarios. Y por ahí hay dos estrategias que buscan resolver el tema de la infraestructura, pero las dos yo te diría que son todavía limitadas. En comunas como ésta, faltaría un elemento adicional que tenga que ver con poder funcionar en una lógica más de cooperación público-privada para aprovechar la infraestructura privada que existe, pero que hoy funciona con un modelo que no está basado en atención primaria. Lograr que la infraestructura que no es pública, que no es municipal, funcione en la lógica de APS, con el modelo de APS, con población a cargo repartiéndose el territorio, con alguna estrategia de gobernanza, ya sea en la misma lógica de las redes integrales de servicios de salud, es probablemente alguno de los desafíos a los cuales debiésemos avanzar. Sin eso aún es poca la posibilidad de dar acceso efectivo a todo el mundo, porque hay una limitación física de la infraestructura que reduce los servicios que se pueden entregar.

**CG: Y en este sentido, es clara la limitación en infraestructura APS, pero además APS es el eslabón para los servicios de tratamiento, diagnóstico previo a la tercerización o a la hospitalización, y eso implica más población a cargo y más demanda, digamos, de enfermedades básicas, cardiovasculares, etc. También la demanda por los CDT también eventualmente aumentaría. ¿En la estrategia está considerado hacer cierto tipo de economías de escala con el sector privado que de alguna manera pueda ir distribuyendo ese aumento de demanda o están explorando otras estrategias?**

JS: Está considerado, pero en la práctica no. se ha visto todavía un impacto que sea preocupante o significativo. Porque lo que la APS tiene, que no tiene la atención privada (por ejemplo, los centros privados o los otros niveles de atención) es este énfasis en la promoción y prevención. Entonces, esas son acciones que no generan derivación, ni interconsulta ni demanda de servicios secundarios. Y ahí está puesto el foco en dar acceso a esas prestaciones, que son las que no tienen los otros sistemas. Probablemente, en la parte asistencial es donde está la brecha mayor todavía, como yo te decía, por la capacidad de aumentar la oferta y por la resolutivez, que es un elemento que no está incorporado en la universalización, porque el énfasis de la universalización es universalizar los servicios de promoción y prevención.

CG: Ok, ahí queda clarísimo. ¿Y finalmente, qué estrategias, de alguna forma de apalancamiento de recursos con el sector privado, tú las has mencionado, qué otras estrategias de financiamiento?

JS: Esta estrategia o este plan más bien parte como un PRAPS, es un programa de reforzamiento de atención primaria. Eso tiene pros y contras. Uno de los pros que tiene es que no fue necesario hacer un cambio de ley en las condiciones políticas actuales, que es tan difícil, para poder empezar a desarrollar la estrategia. Entonces, por una parte, uno puede pilotear, uno puede probar, uno puede partir cumpliendo cierto objetivo. ¿qué limitaciones tiene? Que el programa de reforzamiento tiene un costo de gestión que es muy alto, que no está contabilizado porque son recursos que salen del ministerio, Los recursos llegan al servicio de salud, el servicio de salud tiene que hacer un convenio con la APS, hay retrasos en la transferencia de los recursos; hay que render; hay que alimentar sistemas de información; hay toda una carga de gestión que no está asociado al asistencial, que no implica que hayan personas atendiendo más, sino que tiene que ver solo con la gestión del propio convenio. Y eso es un problema para las municipalidades, sobre todo para aquellas que no tienen mucha capacidad de gestión. Entonces, por ahí va un poco lo de los contras. Esto implica recursos para distintas líneas de acción que tienen que rendirse después del servicio. Esa es la vía de financiamiento que se plantea en este momento.

Esos recursos tienen una fórmula de cálculo que implica reforzar varias de estas estrategias y se espera que con el aumento de la población inscrita el próximo año, la comuna reciba más recursos por la vía del financiamiento per cápita. Un problema adicional que tiene esto es que el financiamiento per cápita hace mucho tiempo que sabemos que no alcanza a cubrir todas las prestaciones que entrega la atención primaria. Así que a la larga, si bien entran más recursos porque se accede a más personas, siguen siendo recursos todavía insuficientes. Por lo tanto, lo que se ha visto en las comunas pioneras es que algunos municipios han tenido que poner recursos adicionales. Eso uno podría decir que está bien, desde el punto de vista de municipios que tienen disponibilidad, pero nos genera a nivel nacional finalmente una inequidad y una brecha en municipios pobres que tienen poca capacidad de poner recursos adicionales a la estrategia. Entonces por ahí, probablemente, todavía haya también desafíos que en este momento, como no han habido cambios legales que sustenten esta estrategia, es difícil imaginar por dónde podrían salir las soluciones.

CG: Y en términos de este programa de reforzamiento y los caminos que hasta ahora este plan ha ido desarrollando ¿qué resultados sanitarios esperan o proyectan a propósito de estos pilotos y cómo avanza la estrategia?

JS: Bueno, uno de los resultados que se espera es que podamos tener mayor cantidad de inscritos y eso efectivamente se ha visto en todas las comunas pioneras. Los nuevos inscritos han sido mucho más porque además se da esta posibilidad de salir a buscar a las personas. Eso es una estrategia que es bien beneficiosa. Nosotros, en particular, hemos asociado la inscripción a la realización del examen de medicina preventiva, que es una de las metas probablemente más bajas en cumplimiento a nivel nacional, sobre todo en el grupo de

hombres en edad laboralmente activa. Entonces se espera que uno pueda mejorar la cobertura de las estrategias preventivas, en particular, los exámenes de medicina preventiva. Se espera también que uno pueda tener mayor cobertura en las estrategias de control de crónicos y por lo tanto que haya mayor control de patologías como la diabetes y la hipertensión, que son de las más prevalentes, que se atienden principalmente en la atención primaria y que generan hospitalizaciones evitables. Se espera que haya más participación de la comunidad. Hay varias estrategias que implican participación de la comunidad. Una en particular muy interesante que tiene que ver con el mapeo de activos comunitarios en el territorio.

**CG: Sí, de hecho esa es la otra pregunta asociada también a, me imagino, la gestión social local.**

JS: Ahí están estas dos estrategias, la gestión social local y el mapeo de activos, que tienen la posibilidad de fortalecer este carácter integral que tiene la atención primaria. Otra de las fortalezas que tiene la APS es el manejo por equipos multidisciplinarios y que tiene una mirada biopsicosocial, hay equipos con una formación específica en esa área, programas que tienen un énfasis en esa área y acciones de salud que buscan hacerse cargo de los problemas en esa área. Se fortalece el GSL (Gestión Social Local) que es una estrategia de gestión social intersectorial, con herramientas para poder tener una mejor articulación con Dideco (desarrollo comunitario) y con otras áreas municipales que son importantes desde el punto de vista de los determinantes sociales y el abordaje psicosocial.

**CG: Y esa participación ciudadana y comunitaria ¿estaría asociada a algún departamento de participación ciudadana del APS mismo, como los consejos consultivos que no están en todos los centros APS?**

JS: Lo que se busca es que haya articulación de la población en organizaciones en torno a los centros y que haya participación en la toma de decisiones y en el destino de los recursos que vienen para hacer proyectos con la comunidad, específicamente. Esto es un incentivo a que haya mejor organización y que haya un trabajo más sostenido con esas organizaciones. Y la parte del mapeo de activos comunitarios tiene el potencial (en este momento todavía no está bien operacionalizado, pero hacia allá espero que vayamos), de generar algo que se viene planteando hace tiempo en atención primaria, que es la “prescripción social”. Es esto de que en el abordaje de los problemas de salud, en los planes de intervención familiares que se hace, se considere en esta lógica biopsicosocial también elementos de la comunidad, y se interconecte al usuario con esos elementos de la comunidad como como parte del plan terapéutico, por así decirlo. Entonces, que organizaciones de autoayuda puedan jugar un rol, que monitores comunitarios puedan jugar un rol, que haya un mejor uso de los espacios territoriales, las plazas, los colegios, las organizaciones, los parques, por ejemplo, y que eso esté a disposición también de los equipos de APS, en el sentido en que puedan prescribirlo como parte del abordaje de los problemas.

**CG: Y eso también refuerza obviamente la prevención y la promoción como principio. Y sobre esos resultados, por ejemplo, diabetes e hipertensión y las principales prevalencias ¿han**

proyectado algún tipo de impacto en prevención de prevalencias cardiovasculares? O pensando, justamente, en esta población que tiene menor cobertura (hombres adultos), ¿hay proyecciones o posibilidades de hacer, de proyectar algún estudio o cuasi experimental de impacto, pensando que el plan está ahora siendo piloteado, y pensar en resultados sanitarios en ese nivel o todavía no?

JS: Mira, yo creo que a nivel teórico quizás uno pudiese proyectar impactos, pero en salud siempre es muy complejo porque está determinado por muchos factores, de los cuales el sistema de salud es apenas el 25 % de "la torta". Es difícil comprometer resultados sanitarios de impacto aun, sobre todo porque uno maneja una serie de otros elementos. Y justamente este desafío de la intersectorialidad es cómo salud lidera a otros estamentos y actores para mejorar las condiciones de vida de la población. La posibilidad de incidir de manera cierta no está garantizada. Se ha estudiado que efectivamente impacta, pero el cómo, el cuándo, el dónde, es parte de lo que se está resolviendo. Además, es difícil que un proyecto piloto tenga todavía la cobertura necesaria para poder impactar al grueso de la población. Si uno no logra llegar a un número significativo de personas, no logra resultados a nivel poblacional. Entonces, más allá de que haya, por ejemplo, encuestas de satisfacción que han planteado que las personas, se sienten muy satisfechas con una atención integral donde puede revisar todos sus problemas de salud, como es lo que plantea el Ecicep, prever que haya un impacto inmediato, a nivel de los indicadores de la Estrategia Nacional de Salud, es una cosa que está todavía muy incipiente.

CG: Entonces, no sé si te gustaría agregar algo más sobre esto, alguna reflexión en tu experiencia, además.

JS: Sí, claro. Yo creo que la universalización de la atención primaria es una necesidad. Si nosotros optamos por tener un sistema de salud basado en atención primaria, que sólo una parte de la población puede acceder a eso, obviamente limita la posibilidad de obtener resultados. Que este país se la juegue por la atención primaria es una cosa que está pendiente hace harto tiempo, lleva mucho tiempo declarándolo, pero no han habido acciones tan concretas y consistentes que busquen efectivamente fortalecer la atención primaria. Esta experiencia pudiese ser una, siempre y cuando, a raíz de lo que se está haciendo hoy día con los pilotos, que creo que es un avance, se logre convertir esto en política pública. Y es una política pública que sea consistente, que se proyecta en el tiempo y que sobre todo tenga la cobertura necesaria. Yo hago mucho énfasis en eso, porque la posibilidad de mejorar la salud por la vía de hacer más eficiente lo que ya tenemos, en condiciones en las cuales hay brechas que son tan evidentes, es limitada. Tenemos que hacernos cargos de las brechas, que están en la cantidad de recursos humanos disponibles; en la cantidad de infraestructura disponible; en el tiempo que demora construir esa infraestructura; en la capacidad diagnóstica y terapéutica que exista. Todos estos son elementos de los cuales nos vamos a tener que hacer cargo en algún momento.

La universalización hace más visible esas brechas y, por lo tanto, hace más necesario que las podamos abordar. Entonces yo veo el programa como un escalón en la dirección correcta, pero de una escalera que es un poquito más larga en términos de asegurar los recursos, convertirlo en política pública, lograr impactar en la oferta, mejorar los servicios y que con esa oferta de servicios de mayor calidad y cobertura se empiece a ver entonces los resultados sanitarios que se esperan. Muchas Gracias.

# **CONVERSATORIOS SOBRE SALUD BUEN VIVIR Y BIENESTAR**

**ORGANIZADO POR  
LA ASOCIACIÓN PARA LA  
PROMOCION DEL BIENESTAR  
(APROB)**

**Y LA FACULTAD DE SALUD Y BUEN  
VIVIR DE LA UNIVERSIDAD  
ACADEMIA DE HUMANISMO  
CRISTIANO (UAHC)**

## PRESENTACIÓN CICLO CONVERSATORIOS

### Alvaro Ramis Olivos<sup>49</sup>

A nombre de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano agradecemos el desarrollo de este ciclo a su Facultad de Salud y Buen Vivir y, especialmente, a las organizaciones que han aportado a la discusión. En particular, queremos expresar nuestro reconocimiento a APROB, representada por Rafael Urriola, con quienes iniciamos una etapa de colaboración para este proyecto y otras iniciativas de la Universidad, donde la perspectiva salubrista y la cuantificación de los procesos sociales son estratégicos.

Queremos reflexionar sobre una reforma de salud cuyo objetivo sea construir un sistema sanitario arraigado en ciertos ejes del buen vivir. Para ello es imprescindible que actores con orígenes académicos y sociales diversos—provenientes de la salud, la economía, la sociología y la antropología—dialoguen en torno a una propuesta alternativa a la realidad que vivimos.

En el primer módulo nos enfocaremos en el bienestar y la interseccionalidad como conceptos clave para entender lo que implica ese buen vivir. En el segundo módulo, en tanto, abordaremos la participación de la sociedad civil y la universalización de la atención primaria. Contaremos en esos dos espacios con la participación del doctor Ricardo Fábrega y de Claudio Carmona, secretario ejecutivo de la Agrupación nacional de usuari@s y consejos de salud de Chile, ANCOSALUD. Esta conversación aportará elementos valiosos para evaluar un proyecto más amplio: pasar del diagnóstico de los males de nuestra sociedad neoliberal -una sociedad individualista y, en cierto sentido, enferma y enfermante- a la construcción de alternativas viables. Abordaremos propuestas que requieren un análisis técnico y una mirada interdisciplinaria que integre diversas formas de conocimiento en una ecología del saber.

Resulta vital incorporar enfoques interseccionales en la formación sobre bienestar en salud, así como comprender los impactos de la transformación demográfica y epidemiológica de nuestro país, para desembocar en las últimas sesiones en un gran debate sobre las personas mayores y los sistemas de cuidados que debemos enfrentar como sociedad.

Este ciclo es una valiosa oportunidad para enriquecer visiones en torno a la construcción de bienestar en una sociedad como la nuestra, que enfrenta limitaciones en sus recursos pero que debe asegurar la protección de los derechos fundamentales de las personas. Contaremos con panelistas de alto nivel y relevancia en el debate actual y esperamos que sus contribuciones permitan a la comunidad universitaria y a la ciudadanía en general comprender mejor los desafíos que enfrentan no solo los profesionales de la salud, sino también quienes investigan y actúan directamente en las relaciones de bienestar y cuidados.

---

<sup>49</sup> Licenciado en Educación Pontificia Universidad Católica de Chile. Especialización en teología contextual Universidad Libre de Ámsterdam. Doctor en Ética y Democracia por la Universidad de Valencia. Rector Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Nuestra perspectiva se sitúa en una visión más integral, que busca el desarrollo pleno de las personas. Este es el enfoque que estamos promoviendo en la Facultad de Salud y Buen Vivir, y es también el enfoque de la Universidad.

Les invito a conocer y compartir estas reflexiones.

## **BUEN VIVIR: OTRA EPISTEMOLOGÍA PARA REFLEXIONAR SOBRE EL BIENESTAR EN SALUD.**

**Alejandra Ruiz-Tarrés<sup>50</sup>**

Buenos días, al no ser especialista en salud, sino estudiosa del pensamiento latinoamericano, mi presentación se concentra en transmitir aspectos relevantes relacionados con los conceptos de Buen Vivir y bienestar, para que luego las colegas hagan la vinculación entre Buen Vivir, bienestar y salud.

Lo primero es que, para acercarse al conocimiento del Buen Vivir, es necesario tener una cierta apertura respecto a los paradigmas hegemónicos de conocimiento que tenemos instalados y bajo los cuales nos hemos formado.

La racionalidad del Buen Vivir y los principios epistemológicos que sustentan este concepto provienen de una matriz reflexiva diferente, entonces, cabe señalar esta distinción.

Dentro de la matriz del pensamiento noroccidental en que hemos sido formados, señala Medina (2011), existen tres principios fundamentales: el principio de la identidad que refiere a que cada cosa es igual a sí misma; en términos lógicos "A = A". Luego, existe el principio de no contradicción, que quiere decir que "si A = B, entonces A no es ≠ B". Y, en tercer lugar, está el principio de exclusión que se manifiesta de la siguiente manera: al hacer dos afirmaciones contrarias sobre la existencia de algún fenómeno en la vida, una es verdadera y la otra es falsa, no puede existir una tercera alternativa. Por ejemplo: si se quiere saber si mañana va a llover, las opciones son: llueve o no llueve, solo una de esas dos afirmaciones va a ser verdadera y, por tanto, la otra será falsa.

Pues bien, el principio de exclusión está asociado al de no contradicción y son las bases del pensamiento noroccidental que nosotros manejamos habitualmente. Sin embargo, las cosmovisiones indígenas, en este caso la cosmovisión andina de Suramérica, de donde emerge el concepto del Buen Vivir, se basa en otros principios que son diferentes.

Estos son: el principio de complementariedad que tiene que ver con la concepción de que el mundo está constituido de contradicciones. Así, como el mundo y la realidad de la vida está constituida por contradicciones, y existe la concepción de que esas contradicciones se relacionan de una manera que puede ser complementaria. Luego, asociado con lo anterior, está el principio del "tercero incluido" que señala que en esa relación de contradicciones o

---

<sup>50</sup> Doctora en Estudios Americanos. Investigadora autónoma, principales líneas: pensamiento latinoamericano, movimientos sociales, convivencias interculturales, ruralidades. Docente de la Facultad de Humanidades de la Usach.

contraposiciones, existe la potencia de la emergencia de algo nuevo o novedoso, de lo que surge algo diferente a la contradicción o a la oposición (Medina, 2011).

Y, por último, está el principio del Ayni o de reciprocidad que es fundamental para poder comprender el pensamiento indígena. Este principio de la reciprocidad concibe que todo en el mundo se constituye a partir de relaciones convivenciales, entre lo humano y lo no humano y en distintos planos, donde la madre tierra configura el espacio donde todas esas relaciones, que son contradictorias pero complementarias, tienen la potencia de la creatividad.

A partir de los principios de complementariedad, reciprocidad y de tercero incluido es desde donde es posible acercarse a dilucidar la categoría de Buen Vivir. Por lo tanto, se apela a un acto de “descolonización de la mirada” que implica un quiebre del paradigma para poder lograr entender desde adentro este concepto.

Distintos autores, tanto nativos indígenas como especialistas que han estudiado esta cuestión, señalan que es importante distinguir entre la idea de QAMAÑA y JAKAÑA. Qamaña es la coexistencia en distintos planos de la vida. El suelo, el aire, el agua, las montañas, los seres humanos, los animales, las familias y donde habitan las comunidades (Medina, 2011; Albó, 2011; Mamani, 2011; Torrez, 2001).

Siguiendo los estudios etnolingüísticos de Xavier Albó (2011), Qamaña es vivir en un lugar y tiempo compartido con otros, lo que expresa un espacio/tiempo de intercambios continuos entre distintas formas de vida orgánicas, físicas y espirituales. Por su parte, Jakaña se refiere a la simple existencia de la sobrevivencia, tiene que ver con la capacidad de sobrevivir en el mundo. Por lo tanto, el desafío es vivir más allá del Jakaña, no solo sobrevivir en este espacio compartido por animales y otras vitalidades, sino que la búsqueda es vivir a partir de relaciones de reciprocidad y de complementariedad que permitan alcanzar un cierto equilibrio o una cierta armonía en la convivencialidad. Este tipo de existencia va en la línea del Qamaña.

El Suma Qamaña es el concepto de Buen Vivir en kichwa/quechua. El Suma le agrega la posibilidad no solo de habitar ese espacio de convivencialidad del Qamaña sino que además hacerlo de buena manera, porque la convivencia se puede dar de muchas formas. Más aún cuando asumimos que la existencia está plagada de contradicciones. Por lo tanto, el Suma es vivir en comunidad y en relacionalidad con todas las vitalidades existentes a partir de la reciprocidad y la complementariedad. Pero, además, bajo valores de solidaridad, de respeto y de afecto hacia todas las vitalidades que conviven en el mismo espacio.

El Suma implica un compromiso colectivo compartido con ese bienestar común; implica un componente ético, una valoración y un aprecio por el otro que es diferente, incluso que puede ser opuesto a mí, pero sin embargo habitamos el mismo espacio.

Hay dos ideas fundamentales del Buen Vivir que es importante que queden claras. Una, es el carácter colectivo, comunitario del Buen Vivir y, la otra, es su condición interrelacional, convivencial. Sin estos dos elementos el Buen Vivir pierde su contenido y su potencia.

Ahora, partiendo del concepto de bienestar que aparece en el texto de Urriola (2024) que señala: “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”. Considerando esta definición, me pregunto ¿qué podría aportar el Buen Vivir al bienestar?

En la medida que la interrelacionalidad humana es enfocada desde los principios de reciprocidad y complementariedad, los efectos de su puesta en práctica permiten establecer condiciones básicas de respeto y cuidado, individual y colectivo, de los entornos naturales y humanos, lo que como correlato inexorable conlleva a un mayor bienestar subjetivo y colectivo. No obstante, la instalación de dinámicas convivenciales de esta impronta requiere desde un comienzo un quiebre paradigmático que abra las perspectivas hacia experiencias sociales alternativas, en que las relaciones de poder y saber son desafiadas por las responsabilidades que cada cual asume sobre el bienestar colectivo, cuando el desafío es trabajar desde el ayni.

Así, bienestar y buen vivir tienen una íntima conexión, la que será abordada por mis colegas a partir del objetivo de estos conversatorios: proponer una reforma de la salud en Chile. Muchas gracias!

## INTERCULTURALIDAD, INTERSECCIONALIDAD Y BUEN VIVIR. PENSAR LA SALUD DESDE Y PARA LA DIVERSIDAD SOCIOCULTURAL.

**Natalia Caniguan Velarde<sup>51</sup>**

Las sociedades actuales nos imponen una serie de desafíos que la verdad no son recientes, pero que desde hace un tiempo se nos han hecho evidentes y, por tanto, necesarios de asumir desde el hacer de la política pública, la formación y los diversos campos de acción que ocupamos. Emerge así la noción de diversidad, y con ello políticas de reconocimiento y contextos que nos llaman a asumir esta convivencia que hemos desarrollado desde antaño, pero que también hemos negado.

Esta diversidad para ser aprehendida comienza a nutrirse de conceptos que nos permiten su comprensión y el diseño de estrategias para trabajarla. Comienzan así a emerger y popularizarse conceptos tales como multiculturalidad e interculturalidad que nos parecen sinónimos pero que nos dan cuenta de distintas maneras de aproximarnos a la diversidad. La multiculturalidad la asociaremos a las miradas liberales de los años 50 y como tal su impronta estará en el pensamiento anglo y el comprender la diversidad desde la individualidad y sin tensionar qué implica entonces en la convivencia. Desde América Latina surgirán voces críticas ante este concepto que sentarán bases para discutir ese liberalismo ideológico y que tomando como punto de partida que somos sociedades diversas, interpelarán el rol de los estados y las instituciones respecto de la asimilación y los despojos culturales cometidos que buscaron tender a la homogeneización. Se planteará así desde la interculturalidad que la diversidad fue negada por los estados y las instituciones dentro de los procesos de colonización y como tal hoy deben asumir las acciones realizadas.

A su vez, la interculturalidad va más allá, sentando dos elementos que podemos pensar como principios y que son que la diversidad se reproduce en el marco de relaciones de poder y como tal nos da cuenta de la existencia de desigualdades. Entonces nuestro foco debemos decidir si lo situamos en la diversidad o en la desigualdad. Esta perspectiva llevó a que se planteara la existencia de una interculturalidad funcional y otra de corte crítico, donde la primera asumirá la diversidad, generará medidas para su visibilización y reconocimiento, sin embargo, no tendrá incidencia en las desigualdades y relaciones de opresión en que se desarrollan. La interculturalidad crítica, por su parte, nos hará un llamado a asumir la necesidad de desarrollar cambios estructurales, ya que de esta manera la diversidad puede desarrollarse en igualdad de condiciones; nos llama a pensar entonces modelos sociales y proyectos políticos, que algunos también han llamado utopías.

Vinculado a la crítica del feminismo blanco, surgió el concepto de interseccionalidad, permitiendo hacer patente el vínculo existente entre las estructuras sociales y las discriminaciones que se viven y aquí es interesante la comprensión de esta pluralidad de discriminaciones a las que los/las sujetos están expuestos. Es interesante de este concepto el entender que la clase, raza, etnia, género y otras características no deben ser vistas en esta mirada como una sumatoria presente en los/las sujetos, sino como éstas componen un todo y

---

<sup>51</sup> Mg. En Desarrollo Humano, local y regional por la Universidad de La Frontera. Fue directora del Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad de La Frontera y es investigadora adjunta del Centro de Estudios Indígenas e Interculturales CIIR. Presidenta Colegio de Antropólogas y Antropólogos de Chile.

es ese todo el que se ve expuesto a medias discriminatorias y/o de privilegio según las intersecciones que contenga.

Es importante desde el enfoque interseccional hacernos patente no solo el observar a los/las sujetos en tanto este conjunto de condicionantes o determinantes, sino que hacer evidente el cómo las estructuras, así como las instituciones contribuyen a crear, mantener y reforzar estas desigualdades y cómo, por tanto, permiten la mantención de privilegios, pues es ahí donde deberemos fijar el foco de atención.

Para analizar como vinculamos estos conceptos a la salud, lo primero es que desde ambas miradas, de la interculturalidad y la interseccionalidad, estamos ante situaciones estructurales que condicionan formas de vida, es decir, estamos ante determinantes sociales que serán parte esencial para comprender y asumir un enfoque de salud y, en general, de cómo hacer frente a las condiciones de vida de las personas.

Determinantes sociales, interseccionalidad e interculturalidad nos hablan de un elemento común vinculado a las desigualdades y a las estructuras sociales que son las que condicionan nuestras formas de vida, más allá de la propia agencia de los sujetos/as. Es por tanto esta desigualdad y sus manifestaciones lo que debe estar en el foco de pensar un modelo de salud. Este diagnóstico inicial debe ser el impulsor de las medidas a considerar.

¿Y cómo avanzamos hacia un modelo de salud con foco en las determinantes sociales? Aquí es donde surge realmente el desafío, el diagnóstico como ya podemos ver es compartido, pensar las soluciones o más bien formas de asumirlo es lo complejo.

Lo primero a rescatar y proponer en base a los conceptos aquí revisados, es pensar los elementos que determinan nuestras formas de vida – clase, género, raza, etnia, etc.-, tal como nos indica la interseccionalidad desde un todo y entendiendo entonces a los/las sujetos como conjuntos y no segmentados como suele ocurrir especialmente desde la política pública.

Si bien es cierto que desde los enfoques de reconocimiento se requiere y se ha avanzado en generar medidas que como dice su nombre reconozcan a las diversidades e intenten situarlas en tanto sus particularidades, es cierto también que muchas veces estas medidas guetizan a los sujetos y generan otras discriminaciones hacia ellos mismos o hacia otros. Es importante si diferenciar entre deudas históricas, pero a la vez no se pueden seguir agudizando desigualdades sociales,

El mirar a los/las sujetos como un todo nos obliga entonces a pensar en la salud como un todo y en ese sentido transversalizada y pensada en todas las políticas públicas, de manera que así pueda ser efectiva una prevención y promoción de la salud y no ser reactiva como ocurre hoy en que literalmente se atiende solo el síntoma.

Esta mirada al igual que la interculturalidad crítica puede ser leída como una utopía, aún más en el modelo de país que tenemos que privilegia el individualismo y el capital por sobre los colectivos y sus derechos. Será entonces necesario trabajar desde el reconocimiento de las desigualdades, interseccionalidades y diversidades, o sea conocer la realidad y operar en base a ello. En este marco la APS podría tener un mayor peso y fuerza si efectivamente pudiese orientar su actuar a su realidad local más que a metas preestablecidas desde un nivel central, que sabemos es lo que suele ocurrir en la gestión de la cotidianeidad.

La pandemia del covid creo nos dejó enseñanzas en este sentido. Mientras teníamos medidas centralizadas que nos daban indicaciones de cómo comportarnos y actuar, los territorios asumieron con autonomía – y no exentos de tensiones – formas propias, establecieron barreras, mecanismos de información y seguimiento de los casos de contagios acorde a su conocimiento territorial, campañas de vacunación con real efectividad, entre muchas otras acciones y eso devela un potencial que no se visualiza y como tal no es utilizado por la política pública.

El sistema de salud debe asumir un elemento que es central y que se ha vuelto esquivo y que es la dignidad de las personas. Si somos tratados con dignidad, reconocidos en nuestras diversidades, modos de vida y situaciones que nos afectan tendremos un sistema de salud con sentido; pero, mientras sea un sistema que se centre en síntomas y deshumanice la atención será difícil tener un encuentro entre usuarios / funcionarios y aún más complejo avanzar en prevención y promoción que son los actuales invisibilizados del sistema.

Este reconocimiento también deja desafíos: no caer en el paternalismo, ser capaces realmente de comprender que conviven diversos modos de vida, asumir las tensiones y conflictos como parte de las diversidades y, por tanto, con esos elementos avanzar hacia un buen vivir, donde sea un buen vivir para todos/a.

## BUEN VIVIR, BIENESTAR E INTERSECTORIALIDAD

**Dra. Paz Robledo Hoecker<sup>52</sup>**

Agradezco la invitación, y debo confesar que esta idea de relacionar salud, con buen vivir y bienestar, me ha tenido reflexionando toda esta semana porque, en general, salud no está trabajando desde la conceptualización del buen vivir. En los hechos no es así, aunque uno quisiera que fuera así. Entonces busqué los conceptos que abordan de una manera u otra el mismo objetivo; la armonía de las personas y su entorno.

Buen vivir	Bienestar	Calidad de vida	Dignidad de vida
Armonía tanto con la naturaleza, como entre los seres humanos.(1)	El bienestar de una persona es lo que es bueno para esta persona(3)	La OMS define la Calidad de Vida como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e inquietudes.(5)	Valor de la dignidad humana está constituida por la convergencia de tres principios: autonomía de la persona, beneficiencia y privacidad(7)
Forma de vida que permite la felicidad de las personas y comunidades en armonía, igualdad, equidad y solidaridad (2)	Psicología positiva busca lo que determina emociones positivas en las personas (proposito de vida, buenas relaciones interpersonales, sensación de logro de metas, placer)(4)	Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de las personas y permiten la realización de sus potencialidades (6)	Es el valor que tienen las personas por sí mismas, esto es, por el mero hecho de serlo. No es una condición provista por ninguna persona u organización, sino que es consustancial a la humanidad, sin distinción de sexo, raza, religión u orientación sexual, y es además irrenunciable e inalienable, es decir, forma parte siempre de la condición humana misma.(8)
Incorpora el sentido de lo colectivo y su entorno	Desde el individuo y homo centrismo		

Fuentes: (1) De Ferrari I; (2024) Rol conceptual del Buen vivir en la formación de profesionales de la salud (2) Gobierno de Ecuador; Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo de América Latina y el Caribe CEPAL (3) Summer L.W.; (2005) Happiness. Encyclopedia Of Philosophy. Macmillan Edit. (4) Seligman, Martin. "What is Well-being? The Element of Well-being". Flourish Penguin Random House Australia. ISBN 978-1-86471-299-5. (5) OMS En link <https://www.who.int/tools/whogol> (7)López-Gómez JR (2014) Editorial Revista Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo (8) Concepto de Dignidad Humana (2021), Editorial Etecé.

Entonces, quiero compartir algunas de las reflexiones que surgen de los lugares en que me ha tocado participar. He estado circulando en todos los niveles de complejidad del sistema de salud (atención primaria, hospitales, servicios de salud y Ministerio) desde el ejercicio de la profesión -en este caso médica- he podido mirar las distintas aristas de la forma de entregar la provisión de servicios de salud y cómo esta forma de entrega sirve o no sirve al buen vivir y bienestar de las personas y sus comunidades.

### **El primer análisis es ver como calzan el concepto del “buen vivir” y “salud”.**

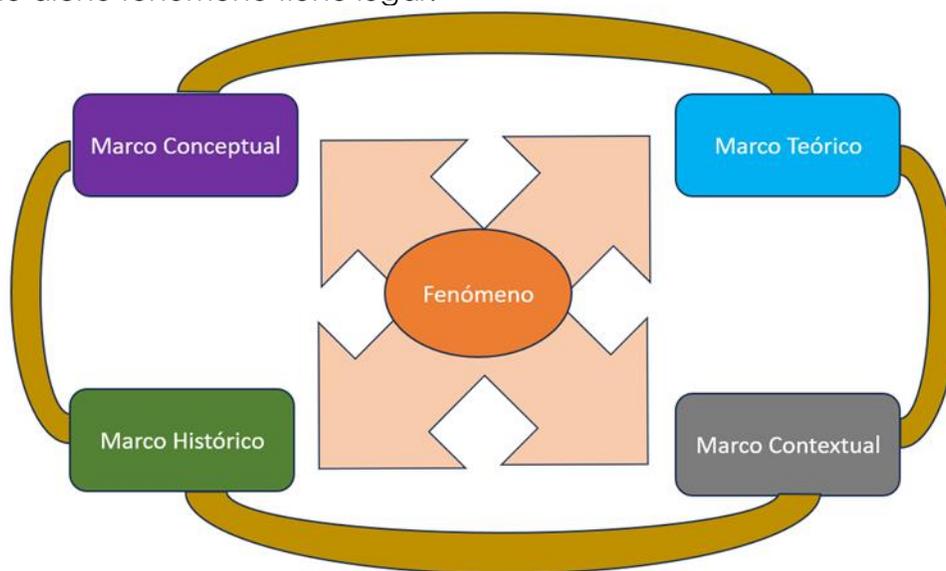
En primer lugar, en la conceptualización de salud que ha hecho la OMS, vamos a decir, hace ya bastante tiempo, el año 1946, y desde entonces no ha cambiado; dice, **“la salud es un estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones**

<sup>52</sup> Medica Pediatra Especialista en Medicina del Adolescente, Magister en Psicología del Adolescente y Gerencia Social y Politicas Publicas.

o **enfermedad**”, es decir, no habla del entorno ni del lugar que habitan las personas. Por tanto, nada se dice, inicialmente, de la ecología. En suma, quedan fuera un conjunto de elementos importantes.

En salud trabajamos con marcos conceptuales y teóricos definidos, entendiendo por marco conceptual el que integra el esquema mental de una realidad y marco teórico al que integra los conceptos para analizar cada uno de ellos, es decir, los lentes con que miramos esta realidad que, como se ha dicho, es una mirada desde este lado del mundo, lado occidental, y desde esta postura individual, con un proceso de organización social y de producción distinta, donde además se reproducen estructuras de poder y de relaciones entre las personas y sus comunidades.

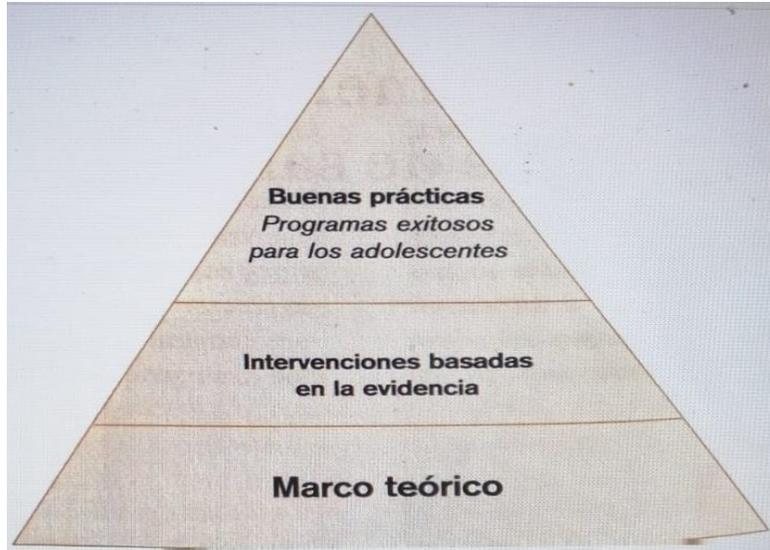
Entenderemos como **Marco conceptual** el que integra tanto el esquema mental de una realidad visualizada, así como la definición de sus conceptos. El **Marco teórico** desarrolla las teorías que fundamentan los conceptos analizados y sus relaciones; el **Marco histórico** se aboca a describir tanto los antecedentes del fenómeno a estudiar como los diferentes tratamientos que al mismo se han dado, y el **Marco contextual**, describe la situación, en tiempo y lugar, donde dicho fenómeno tiene lugar.



Elaboración propia

En cambio, el **Enfoque**, según el epistemólogo Mario Bunge, es una manera de ver las cosas o las ideas y, en consecuencia, también de tratar los problemas relativos a ellas. Un **Enfoque Teórico** es el punto de vista o perspectiva teórica desde la cual se analiza la realidad; son los lentes con los que se analiza el entorno.

Los Marcos teóricos son la base fundamental para el éxito de los programas de salud.



Fuente: Breinbahuer y Maddaleno 2008

En salud necesitamos los marcos teóricos porque nos permiten definir las prestaciones de salud. Identificar lo que sirve y lo que no sirve, que no es solo revisar la evidencia. Primero, debemos tener ese marco teórico para después, ir a buscar las evidencias y de ahí buscar las buenas prácticas para, finalmente, desembocar en el diseño de las prestaciones requeridas ante una necesidad de salud planteada. Lo menciono porque me tocó trabajar como encargada nacional del Programa de adolescente y jóvenes. Se trabajó, inicialmente, en bajar, especialmente, las tasas de embarazo de adolescentes. Era lo que ocurría a inicios de los años 2000. Ahora ya no es el gran tema, pues logramos resultados, pero en esas décadas teníamos que hacer todo este ejercicio que les menciono, donde la participación de los propios adolescentes fue clave.

Al analizar el concepto del "**buen vivir**", se presenta como la filosofía o el punto de partida; se presenta como la necesaria armonía con la naturaleza, el entorno y los seres humanos. Es la forma de vida que permite la felicidad de las personas como unidad de ellas en armonía, igualdad, y solidaridad. Así se expresa en la Constitución ecuatoriana que se mencionó en una intervención anterior. Allí se trata de traducir una propuesta de gestión y de gobierno.

El concepto de **Bienestar** tiene diversas distinciones. Hay varias propuestas de bienestar, entre ellas, hay toda una línea en la psicología que habla de la concepción de bienestar en un marco no tan amplio como la que se ha mostrado en este foro. Allí se trata de lo que la persona considera que es bueno para sí y, por lo tanto, no toma todo el resto de los componentes. En la psicología positiva se busca cómo generar las emociones positivas entre las personas, es decir, trabajando los propósitos de vida y las relaciones interpersonales que le hacen bien para que esa persona desarrolle la mejor sensación. También están quienes se centran en el desarrollo del placer del organismo, que han desarrollado variadas teorías del hedonismo.

Es decir, hay distintas miradas del bienestar, y lo dejo planteado porque todos estos son conceptos y miradas que están relacionados.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud y los organismos de salud hablan de **calidad**. Esto alude a las percepciones que tienen los individuos en su contexto cultural y en las relaciones con los que vive y en relación con su entorno, con sus objetivos, su expectativas, estándares e inquietudes. De ahí se definen categorías de calidad de vida, biológica, psicológica y una serie de otras categorías. Esto se ve como el conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de las personas y permite la realización de su potencialidad. Se está en una buena categoría cuando se está con todas las capacidades para estar a “full” en el desarrollo como ser humano y del entorno.

Yo quiero agregar algo que aquí mencionaron y que me parece que es tan importante como todos los otros conceptos que se han entregado. Esto es, **dignidad de vida o vida con dignidad** (como quiera llamársele). Este concepto lo hemos desarrollado con un grupo que trabaja en el derecho al aborto que tiene que ver con reconocer la dignidad de la vida como un valor que tienen las personas por sí mismas, es decir, esto es por el mero hecho de ser humanos. Esta no es una condición provista por alguna persona u organización, sino que es consustancial a la condición de ser humano, es consustancial a la humanidad sin distinción ni de sexo, raza, religión u orientación sexual y es, además, irrenunciable e inalienable, es decir, forma parte para siempre de la condición humana y del ser humano, basada en el enfoque de los derechos humanos.



Fuente: Elaboración propia

En términos de la conceptualización de la bioética, el valor de la **dignidad humana** está en absoluta relación con la convergencia de tres principios de la bioética: el que tiene que ver con la autonomía de las personas; el de beneficencia, es decir, lo que yo hago es lo mejor para esa persona; y la privacidad que es la dignidad de las personas.

Esto nos lleva a que en salud tenemos tres círculos concéntricos desde los cuales podemos acompañar a las poblaciones que tienen que ver cómo acompañamos en el riesgo de vida más allá del salvataje; después, está la calidad de vida que tiene que ver con la calidad de las prestaciones, pero la verdad, es que mayoritariamente estas prestaciones están dadas por decisiones de otros (terceros), quienes no toman necesariamente en consideración la que tú quieres y qué necesitas, en qué momento lo quieres y cómo lo quieres, porque no eres parte de ese proceso en ese caso de salud. Todo esto tiene que ver con cierta calidad de lo que tú puedas hacer porque esto impacta en tu vida sin lugar a duda.



Fuente: Elaboración propia

Hay otro componente que tiene que ver con la dignidad de la vida de las personas. La persona ¿formó parte de las decisiones? ¿Es parte de los cuidados de salud? ¿Es parte del proceso promocional, preventivo, curativo o de rehabilitación? ¿Tomó decisiones en este ámbito?

Voy a poner un ejemplo real. A un hospital llega un hombre que estaba trabajando y se le cortó el dedo con la sierra en la fábrica que trabaja. Un colega del trabajador cogió el dedo y lo llevó al hospital junto con el accidentado. Al llegar allí se iniciaron las curaciones y el traumatólogo dijo vamos a reinstalar el dedo en un acto quirúrgico. Esta decisión tuvo consecuencias imprevistas de otro orden. A causa de la cirugía y del proceso de rehabilitación tuvo una licencia médica larga, que le significó la pérdida del empleo por salud incompatible. Adicionalmente, al no tener empleo la familia se desintegró. Cuando volvió a control con el traumatólogo el hombre se sentía destruido y se preguntaba ¿por qué me operaron y me dejaron el dedo puesto de nuevo? Habían supuesto que lo mejor para él era operarlo y tener esa evolución. Nadie le preguntó. Es decir, el médico no le explicó que esa cirugía implicaba reposo de al menos tres meses o más, ni tampoco pensó que él tendría algo que opinar, para tomar las mejores decisiones.

Agrego el caso de un odontólogo que fue informado por su oncólogo que uno de los fármacos de la quimioterapia por su cáncer, le podía determinar una neuropatía periférica, es decir que sus manos no quedarían en las mejores condiciones para operar. Él le dijo a su oncólogo, " use todo menos el *cisplatino* que genera este daño, o me lo cambia por otro, de lo contrario no voy a poder trabajar como odontólogo el resto de mi vida. Mi trabajo depende de mis manos". Y bueno, tuvieron que ajustar el tratamiento.

Para poder hacer ese proceso de toma de decisiones, primero, tenemos que pensar que el otro (el paciente) también puede tomar decisiones informadas. Y todo esto tiene que ver con cómo se organiza la salud para que, efectivamente veamos a los pacientes como sujetos de derechos y que puedan ser protagonistas de sus propios cuidados.

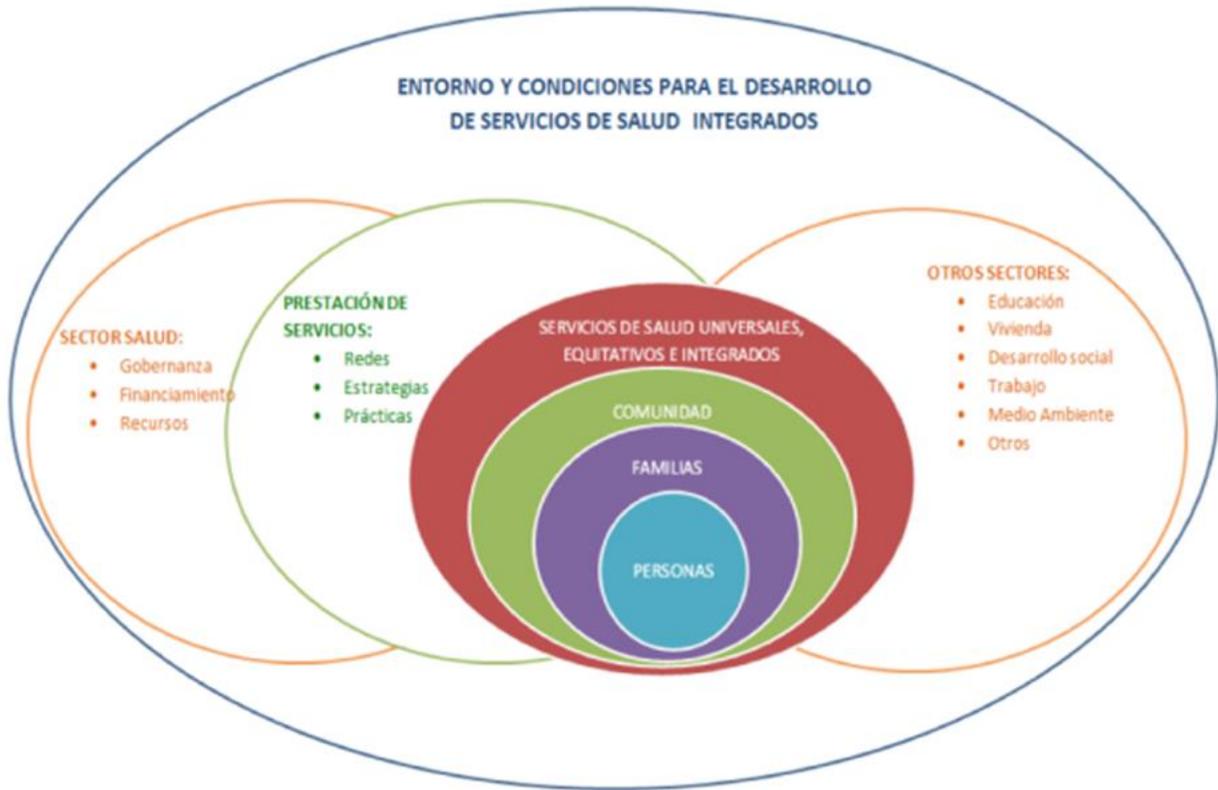
El derecho es parte de la dignidad. Para poder reconocerlos y que, con la información entregada de manera adecuada para su edad, a su capacidad educacional, cultural, etc., puedan tomar las mejores decisiones; eso es dignidad de vida.

Eso es lo primero que tengo que decir desde la conceptualización de salud y desde la comprensión de cómo se participa en salud.

El otro gran tema es como se organizan los sistemas de salud. Desde la Conferencia de Alma Ata se decidió que la salud no es solamente la ausencia de enfermedad. Es un derecho humano universal y la consecución del nivel de salud más alto posible debe ser una opción priorizada social. Además, lo define como un derecho y como un trabajo que se debe desarrollar por todos los estados, cosa que sabemos que no siempre es así y que el desarrollo económico social debe estar organizado de manera de garantizar aquello. Asimismo, los principios de Alma Ata definen que debe Proveerse la especialización y los elementos tecnológicos y técnicos que se requieran.

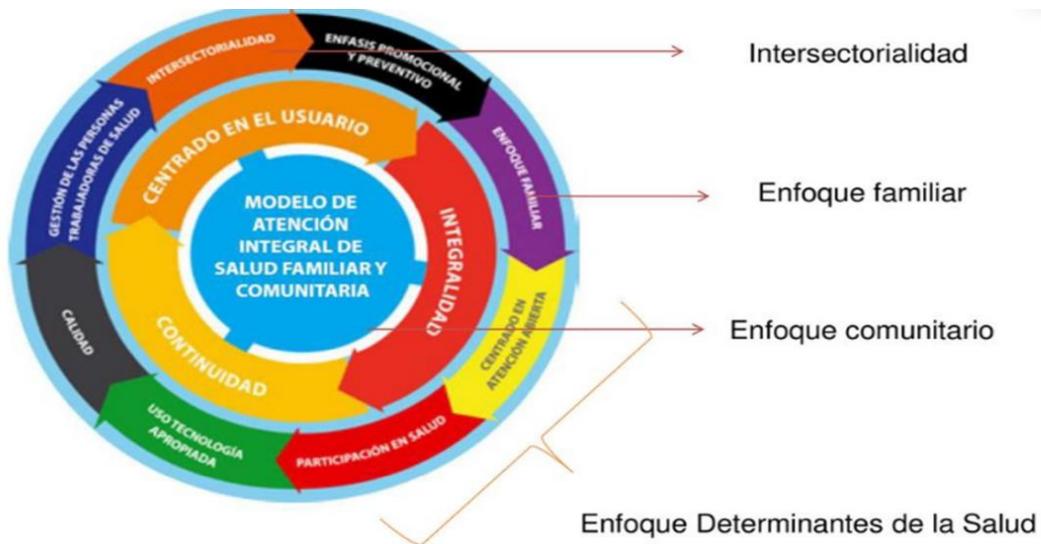
Alma Ata definió un conjunto de valores que son importantísimos y eso fue una ruta de trabajo al interior de los sistemas de salud. Esta sale del modelo biomédico, donde el análisis es de agentes que hacen daño a un huésped (tejido u órgano de una persona), y que tiene un resultado que se llama enfermedad. Si se complejiza un poco más el tema, empieza a verse que esta persona además tiene un contexto: de una familia, una comunidad y que, además, tiene servicios sociales (o no los tiene) que también van generando sus condiciones sociales y que además hay otros efectos no esperados de su entorno.

En el Servicio de Salud en el que actualmente trabajo, estamos desarrollando el Modelo de Gestión de los nuevos hospitales en construcción, de forma participativa con los diversos actores. Nos ordena esta construcción los enfoques con los que se desarrollan los documentos normativos internacionales y nacionales; Enfoque Determinantes Sociales de la Salud, Intersectorialidad en Salud, Enfoque de Derechos Humanos, Enfoque de Género, Equidad en Salud, Participación Social, Interculturalidad en Salud, Enfoque Curso de Vida, Enfoque de Salud Familiar y Comunitaria MAIS y Modelo de Atención en Red Integrada de salud basado en Atención Primaria (RISS)



Fuente: Documento RISS OMS

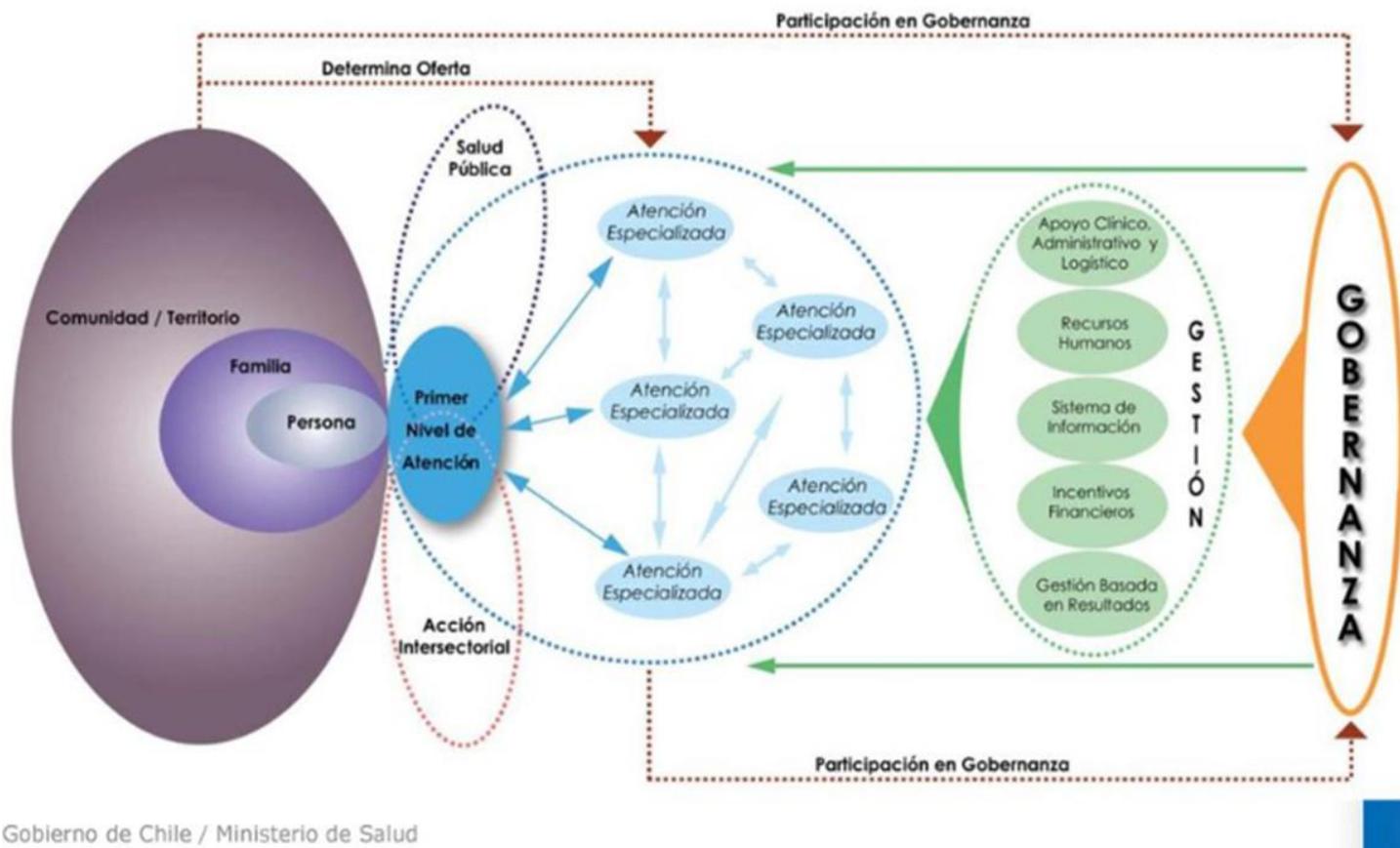
El cómo se expresa la Estrategia de Atención primaria en los niveles de especialidad, tanto ambulatoria como hospitalaria no ha sido suficientemente desarrollado en los servicios. Nos debe ordenar el Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria (MAIS), que se expresa en el siguiente esquema según Normativa nacional<sup>53</sup>:



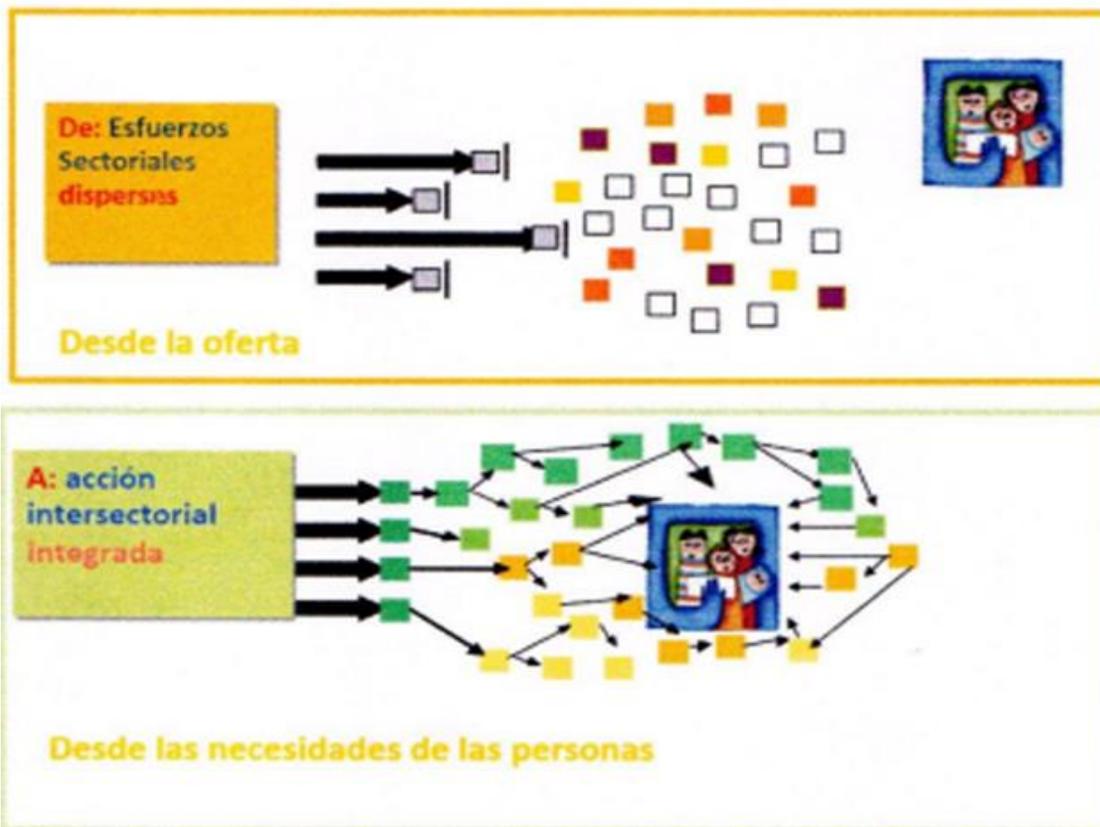
<sup>53</sup> Orientación técnica de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitaria MAIS, Ministerio de Salud 2013.

Donde todos los niveles de atención se deben articular de manera de responder a los tres principales atributos del Modelo en cada uno de los **territorios** de los cuales los establecimientos de salud son responsables:

- a) Centrado en el usuario, en las personas y sus comunidades
- b) Integralidad de la atención
- c) Continuidad de la atención.



Desarrollando un trabajo coordinado con las instituciones representativas de los diferentes sectores comunitarios, mediante intervenciones conjuntas, destinadas a transformar la situación de salud de la comunidad, y mejorar su bienestar y calidad de vida, lo que Zurro el 2013, llama trabajo intersectorial, de manera que se puedan sumar y potenciar los esfuerzos de los diversos actores de un territorio dado.



Uno de los grandes problemas identificados es que los centros hospitalarios trabajan desde su oferta y no en función de la demanda expresada y no expresada de los territorios que son su responsabilidad sanitaria, a diferencia de la atención primaria como nivel de atención. Y eso determina que la atención primaria, presionada por la demanda ciudadana, termina dedicada al daño y no a las acciones promocionales o preventivas que deberían ser su fuerte. Y la forma como se han organizado la provisión de servicios del nivel central no ayuda a ello; se crean más y más programadas de especialidades, pero en los territorios, a cargo de la atención primaria. Y eso es porque los encargados de cada especialidad o necesidad de salud de cada territorio (especialistas), no se organizan ni se comprometen con las necesidades de su población. Eso debe cambiar. Un hospital que es parte de una red integrada de salud basada en la atención primaria debe centrar su desarrollo en poder responder la demanda de la población de su territorio y no esperar que lo haga su APS a través de los mal llamados programas de resolutiveidad.

Es decir, teniendo claro cuáles son las necesidades de la población del territorio del cual está a cargo, debe buscar las mejores intervenciones en calidad y cantidad (basadas en evidencia), que requiere su población, ya sea en el hospital o fuera del hospital, buscando articular todas las estrategias que sean necesarias para satisfacer esa demanda. Eso implica que los equipos y especialistas deben salir de las cuatro paredes de sus hospitales y acercarse donde están las personas que los necesitan. Esto, entendiendo que los especialistas se deben hacer cargo del continuo del desarrollo de la historia de la enfermedad o necesidad de salud de la cual ese equipo se hace cargo.

El continuo de los cuidados en salud en la historia natural de las enfermedades



El llamado es poder mirar las necesidades sanitarias de la población del territorio del cuál la institución es responsable.

Pero eso supone que ha habido una distribución racional y criteriosa para decidir los territorios de cada institución de salud.

Y eso no es necesariamente así. De hecho, nosotros estamos trabajando en redefinir una sub red del servicio, y para poder definir qué territorio le corresponderá a cada Hospital, hemos propuesto una forma diferente de analizar la cual incluye los siguientes parámetros; **geográficos**, que contengan las principales rutas de contacto de la red y de flujos de locomoción de la población, accesibilidad y seguridad para las personas y comunidades, **características ambientales**, estado de suelos, riesgos climatológicos, caracterización de los diversos contaminantes, y de áreas verdes, se consideren los resultados sanitarios georreferenciados, al igual que las características de la población (cantidad y distribución de adultos mayores, etc., georreferenciados), y ojalá las unidades de análisis correspondan a las utilizadas por el intersector, que permitan contar con interlocutores bien identificados, como por ejemplo, territorios s cargos de determinados CESFAM, que correspondan a las mismas juntas de vecinos, para el estímulo y relación con activos en salud que se deberán promover con la organización territorial (juntas de vecinos).

Esto permitirá una mejor comprensión de los territorios, más allá de lo geográfico y poblacional, ojalá incorporando diagnósticos, conocimiento de las relaciones que se establecen en él, de manera de poder intervenir de manera más oportuna. Para eso propusimos utilizar el mismo nivel de análisis territorial utilizado por el Ministerio de Desarrollo Social, llamado "Dato Vecino", que tiene cargada la información de cada Junta de Vecino en forma pormenorizada, no solo informando el número de personas y las condiciones de habitación en la cual se quedan, si no toda la información de ese territorio (Nº de grifos, áreas verdes, escuelas, policías, etc.) datos todos que se cuentan a partir de los censos.

## Dato Vecino

<https://www.arcgis.com/apps/dashboards/775e607c45dd4846a89a64cce0a215c7>

- Es una plataforma georreferencial creada por el **Instituto Nacional de Estadísticas (INE)** con apoyo del **Ministerio de Desarrollo Social y Familia**, que contiene información recopilada del Censo 2017, y que está segregada por cada una de las unidades vecinales comunales de cada región.
- Permite acceder a datos relevantes de sus territorios.
  - ✓ Dirección específica y de inmediato se despliega la unidad vecinal a la cual pertenece.
  - ✓ Información : Cantidad y el tipo de personas que viven en dicho territorio, sus servicios, tipo de viviendas, etc.

Esperamos que al trabajar los establecimientos de salud sabiendo cada una de las juntas de vecinos que les corresponde, y a la cual pertenece un paciente (vecino), permita estimular el desarrollo de **activos en salud**.

Un activo para la salud es un recurso disponible en la comunidad que puede ayudar a mejorar el bienestar de las personas. Para que un recurso de la comunidad sea un “activo para la salud” ha de ser conocido, valorado positivamente y utilizado por las personas de una comunidad.

Es imprescindible construir un mapa de activos para la salud, pues permite visibilizar y acercar a la ciudadanía los activos y fortalezas del lugar donde se reside, para que ésta aproveche al máximo sus talentos, fortalezas y habilidades, labor de responsabilidad de la atención primaria, que además debiera mantenerla actualizada.

Se trata de estimular un proceso de empoderamiento, capacitación, participación y responsabilidad, no sólo individual sino también de las asociaciones ciudadanas, grupos culturales, escuelas, bibliotecas, hospitales, universidades, centros deportivos, etc., que permita que ellos y ellas sean parte de los cuidados en salud, y los especialistas y la APS puedan contar con ellos para los cuidados requeridos por la comunidad.

Como ven, hay mucho con lo que seguir avanzando, pero desde luego a salud le falta incorporar la necesaria armonía no solo de los individuos o comunidades, si no de todo el planeta, y el universo, no sólo entendiéndolo por la necesidad de no destruirla por ser nuestra única casa, si no de cuidarla y sentirnos parte de ella. Salir del individualismo, salir del antropocentrismo.

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

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

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

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

Los documentos, que serán considerados para publicación y difusión -de acuerdo a las temáticas señaladas- podrán tener una extensión de entre 3 a 12 páginas. Se podrán publicar trabajos originales de las y los socios de APROB y de personas externas. Se creará una comisión evaluadora de textos con miembros de APROB y evaluadores externos, lo que permitirá informar de manera más objetivas acerca de las propuestas recibidas para decidir acerca de su publicación.

3) Los trabajos para el próximo número que aparecerá a principios de enero de 2025 tienen como plazo máximo de entrega el 5 de diciembre de 2024.

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

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

Con atentos saludos,

**Comité Editorial**

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

## COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

### Rafael Urriola Urbina (editor general)

Magister en Economía Pública y Planificación. Universidad de Paris X, Francia. Ha sido jefe Departamento de Estudios Minsal; Director de Planeamiento Institucional Fonasa. Funcionario a contrata P-3 en Cepal División de Estadísticas Económicas y Sociales; Coordinador académico y profesor del Diplomado anual Economía y Salud (Flacso, Cepal, OPS) entre 2006 y 2016. Recientemente, Consultor: Purchasing instruments to strengthen quality health services for chronic illnesses; case study for Chile. OCDE Paris. (sept 2022-marzo 2023); Consultor OPS “estudio nacional de costos relacionados con tuberculosis en Chile” (2022).

Actualmente, Profesor en el magister de Salud Pública Universidad de Valparaíso; Consejero Cenabast ley No 21.198; Presidente de APROB; consultor Banco Mundial (sept 2023-septiembre 2024).

### Loreto Espinoza Tellería.

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

(2022-2023) Profesional del departamento de Planificación y Control de Gestión del Minsal. (2020 -2022) encargada de la planificación operativa anual y estrategia de salud del Subdepartamento de Epidemiología en la Región Metropolitana. (2019-2022) Profesional referente de la Mesa de Trabajo de Medio Ambiente y Salud de la Región Metropolitana. Docente en: Universidad del Alba (Ex Pedro de Valdivia); docente del Departamento de Salud Pública y Medicina Social, Facultad de Medicina. Universidad Finis Terrae. Universidad de Chile Ayudante Colaborador: Área de Salud pública, V año, 2011-2013. Facultad de Odontología Universidad de Chile.

### Carolina Guerra Fuentes

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

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

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

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

## **José Leandro Urbina**

En 1994 se doctoró en la Universidad Católica de las Américas, Washington DC. con especialidad en literatura latinoamericana. Su tesis versa en la relación entre ficción e historia.

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

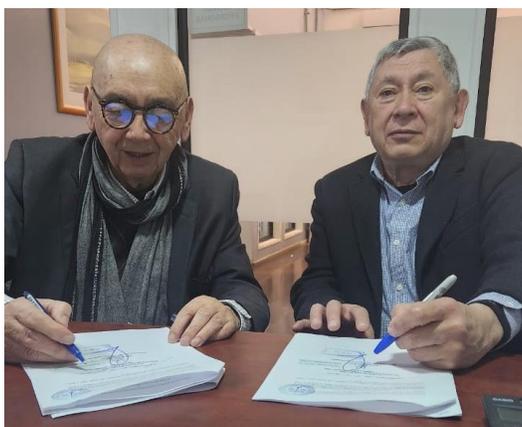
Ha trabajado como traductor (inglés-español) y como periodista para la revista Rocinante y la revista Occidente. Miembro del Comité editorial de LOM ediciones.

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

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

## **PUBLICACIONES Y ACTIVIDADES EN APROB**

Este mes se ha firmado el convenio de colaboración entre APROB y el diario digital Desenfoque. Este convenio permitirá que socios y colaboradores de APROB publiquen artículos en dicho medio de comunicación, especialmente, en materias relacionadas con salud, bienestar y personas mayores. Desde agosto ya se han entregado cuatro columnas (que pueden visitarse en [www.desenfoque.cl](http://www.desenfoque.cl)). Asimismo, se podrán desarrollar proyectos en conjunto en materias de mutuo interés.



En la foto Rafael Urriola, Presidente de APROB y Santiago Escobar, Presidente de Comunicaciones Palabrasuelta SpA firman el convenio en la 32 Notaría de Santiago de Don Francisco Varas Fernández (26.8.2024)

APROB y la Universidad Academia de Humanismo Cristiano han iniciado un ciclo de colaboración. APROB, colaborará en la formulación del proyecto y del desarrollo de la investigación “Dimensiones fundamentales del Buen Vivir en Comunidades Urbanas: Un Análisis de la Influencia del Territorio en la Percepción y Vivencia de los y las vecinas del barrio Andes de Santiago”. que se llevará a cabo entre 2024 y 2025 por parte de la Facultad de Salud y Buen Vivir de la UAHC.

## Area Salud y Bienestar



Con éxito se realizó el ciclo de conversatorios sobre Salud buen Vivir y Bienestar que organizaron APROB con la Universidad Academia de Humanismo Cristiano (UAHC) que se realizó en tres sesiones entre mayo y junio de 2024. Las grabaciones del evento están en nuestra web [www.aprobenestar.cl](http://www.aprobenestar.cl)

**APROB visitó la Dirección de Salud de la Municipalidad de La Pintana** para entrevistar a su Director, Dr. Julio Sarmiento, quien explicó de manera concreta y contundente el carácter de la Reforma de salud en lo referente a Atención Primaria (en la foto, Rafael Urriola Presidente APROB, Carolina Guerra, encargada del Área de Salud de APROB y el Dr. Julio Sarmiento Director de Salud de la Pintana)



## Área de Macroeconomía y Bienestar

El Área de macroeconomía ha llegado al No 12 del boletín de precios mensuales el cual se difunde por nuestros medios ([www.aprobienestar.cl](http://www.aprobienestar.cl)) junto con la distribución a profesionales del área de economía por redes sociales y mediante los acuerdos de difusión con la Corporación Nacional de Consumidores, y Usuarios (CONADECUS).

Se está constituyendo un equipo de profesionales para publicar hacia fines de año (noviembre) una evaluación general de la situación económica en el país en el año 2024 y los principales desafíos en los años próximos en una perspectiva de bienestar.

## AREA Medio Ambiente y Bienestar

Se están organizando foros sobre temas de territorio y medio ambiente en conjunto con otras instituciones. El objetivo es colaborar a una visión territorial del bienestar.

## AREA Personas Mayores y Bienestar

APROB está organizando la creación de un área de Personas Mayores (PM) y Bienestar que tendrá como objetivo destacar y defender los derechos de PM y el empoderamiento para ejercer tales derechos. Están en preparación dos foros. El uno sobre Diálogo intergeneracional y el otro sobre Derechos de adultos mayores en Chile.

**Todas las publicaciones y noticias pueden visitarse en [www.aprobienestar.cl](http://www.aprobienestar.cl)**