

**REVISTA No 3 de mayo de 2024***Click en la página para ir al artículo*

INDICE

PRESENTACIÓN	p.3
EDITORIAL	p.4
DESAFÍOS SANITARIOS Y SOCIOECONÓMICOS DEL CAMBIO DEMOGRÁFICO Rafael Urriola U.	p.6
LA IMPORTANCIA DE APLICAR VISIÓN DE GÉNERO EN EL SISTEMA DE SALUD PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR/BUEN VIVIR DE LAS PERSONAS... Y EL PAPEL INSUSTITUIBLE DEL FEMINISMO EN IMPULSAR LOS PROCESOS DE CAMBIO Maria Isabel Matamala.	p.18
DISTRIBUCIÓN DE LAS ISLAS DE CALOR URBANAS EN EL GRAN SANTIAGO Y SU RELACIÓN CON LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SUS HABITANTES. Loreto Espinoza T.	p.28
EL ROL CONCEPTUAL DEL BUEN VIVIR EN LA FORMACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD María Isabel de Ferrari	p.51
ENFERMEDADES LABORALES EN CHILE: UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO. Carolina Guerra	p.60
LA SIMILITUD DEL CONSUMIDOR CON EL PACIENTE Y LA INAPLICABILIDAD DE LA LEY DE PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR EN LOS SERVICIOS DE SALUD. Hernán Calderón	p.63
DOCUMENTOS	
MODELIZACIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS EUROPEOS: UNA CADENA IDEAL DE SERVICIOS. Livio Garattini · Marco Badinella Martini	p.66

SEMBLANZA DR. CARLOS MONTOYA AGUILAR. Por Dr. Oscar Román A.	<u>p. 74</u>
Invitación a participar con artículos	<u>p. 77</u>
Comité editorial de esta Revista	<u>p. 78</u>
PUBLICACIONES Y ACTIVIDADES DE APROB	<u>p. 80</u>

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 esta o futuras revistas o boletines diríjase a 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 en forma gratuita.

Esta publicación debe citarse como: Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB). Revista Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo No 3. Santiago, mayo 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.

Mayo de 2024

EDITORIAL

Este tercer número de nuestra revista aparece en mayo de 2024 en un momento de gran preocupación en la población acerca del destino del sistema de salud. Apenas la punta del iceberg es el debate de las deudas que las Isapres deben restituir a sus afiliados por cobros por sobre de lo legalmente establecido.

En realidad, el sector enfrenta desafíos que van mucho más allá de esta contingencia. El sector público está aportando a la salud una proporción cada vez mayor del Producto Interno Bruto. En esta entrega se muestra -artículo de R. Urriola- que las demandas de la población en un futuro inmediato, sea por envejecimiento como por la incidencia de enfermedades crónicas, presionarán por mayor gasto.

Asimismo, hay serias críticas a los enfoques que se utilizan para enfrentar los problemas sectoriales. La visión de género, presentada en el artículo de M. Matamala, no solo está inserta en un elemental criterio de equidad sino, también ayuda a la imprescindible eficiencia que debe buscar el sistema. Esto se refuerza en el artículo de C. Guerra que destaca las diferencias de los impactos de enfermedades laborales entre hombres y mujeres, por cierto, perjudicándolas.

Especial preocupación merece -de una vez por todas- evaluar el impacto de las condiciones ambientales sobre la salud. El entorno de hacinamiento, de los espacios verdes o su ausencia, etc. influyen en nuestra salud. El bienestar está definido por un sentimiento de “sentirse bien”. L. Espinoza demuestra que las temperaturas climáticas o calores excesivos generan impactos nocivos en el bienestar de las personas. Un par de días después de las olas de calor aumentan las demandas de consultas por enfermedades respiratorias, cardiovasculares y de salud mental. Esto afecta, especialmente, a las comunas con mayor pobreza.

La crisis del sistema sanitario tiene aristas poco conocidas. Una de ellas es el de los recursos humanos y su sostenibilidad a mediano plazo. Hay factores cada vez más críticos en cuanto a las relaciones entre los estamentos del sistema, entre los profesionales y los pacientes, etc. Si se quiere lograr sostener al sistema es necesario que la formación de los profesionales de salud esté acorde con las expectativas de ellos. A esto aboca su análisis I. de Ferrari en este número.

APROB solicitó al experto en la ley del consumidor y presidente de Conadecus, H. Calderón, que nos explicara las circunstancias y posibilidades que tienen las personas para reclamar en casos de salud. Su explicación permite concluir que solo “por casualidad” la resolución de la Corte Suprema permitió generalizar la devolución de los cobros excesivos a la totalidad de los afiliados a Isapres. En otras circunstancias, solo habría favorecido a cada uno de los que hubiesen reclamado. Esto es parte de lo que debe plantearse en el futuro. APROB es una institución que promueve derechos de las personas. En consecuencia, parece lógico que el área de la salud sea igualmente incluida en los derechos de consumidores en tanto usuarios de servicios de salud.

Estamos muy atentos a la propuesta de reforma que ha planteado el gobierno y que debiese tener un texto específico hacia fines de este año 2024. Seguramente el próximo número de nuestra revista incluirá temas de la Reforma. Cabe señalar que hay aun necesidad de explicar el alcance de la universalidad de la atención primaria (APS). Esta no incluye solo que todas las personas -incluyendo afiliados a Isapres- tengan acceso a la actual atención que se entrega en los Cefam del país, sino también a una definición operativa de las atenciones que deben incluirse en la APS y que se generalicen (universalicen) en el país.

Queremos agradecer finalmente a quienes colaboran a la producción de esta revista, intelectual y prácticamente. Valga la pena explicitar que nuestros bajos costos se deben al aporte y trabajo voluntario de nuestros socios y colaboradores.

COMITÉ EDITORIAL

DESAFÍOS SANITARIOS Y SOCIOECONÓMICOS DEL CAMBIO DEMOGRÁFICO

Rafael Urriola Urbina¹

Resumen

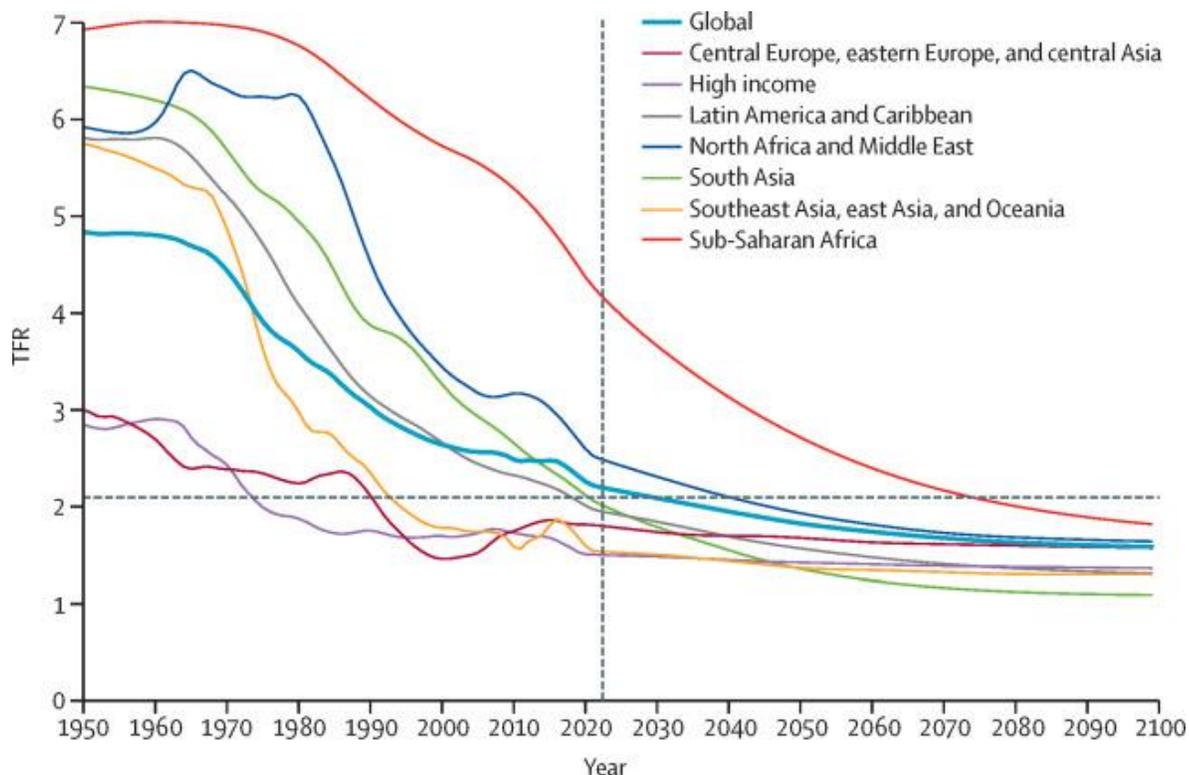
La reducción de la Tasa Global de Fertilidad mundial es un evento inevitable. Desde 2025 la población mundial no debiese aumentar y se asistirá a un proceso de creciente envejecimiento. En Chile, las personas mayores (PM) de 60 años serán un cuarto de la población en pocos años. El sistema de seguridad social deberá prepararse para enfrentar estas nuevas demandas. En salud, fortaleciendo la APS para acompañar enfermedades crónicas y las crecientes prevalencias en enfermedades mentales; en pensiones para mejorar los ingresos de PM que vivirán más años; en la institucionalidad social para reducir la soledad y el aislamiento de las PM; en las políticas de cuidados, para crear un sistema eficiente de pago a cuidadoras.

Recientemente (20.3.2024) la prestigiosa revista The Lancet publicó el “*Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease*”. En concreto, el documento examina la Tasa Global de Fertilidad (TGF) a nivel mundial a largo plazo. Este indicador es muy importante porque si la TGF (número de hijos promedio en mujeres en edad fértil) es menor a 2,1 la población tenderá a disminuir.

Es conocido que las poblaciones que logran mayor desarrollo económico tienden a bajar rápidamente la TGF. El gráfico siguiente publicado por el Informe Lancet es elocuente: a partir del año 2025, aproximadamente, la población mundial tiende a decrecer y en Latinoamérica esto ocurre desde el 2018. Por ejemplo, en el año 2100 de no mediar olas migratorias la población en Chile será menor o igual a la de 2020.

¹ Master en Economía Pública y Planificación. U de Paris. Economista de la salud. Presidente APROB. salud@aprobienestar.cl

Figura 1. Tasa global de Fecundidad por regiones en el mundo

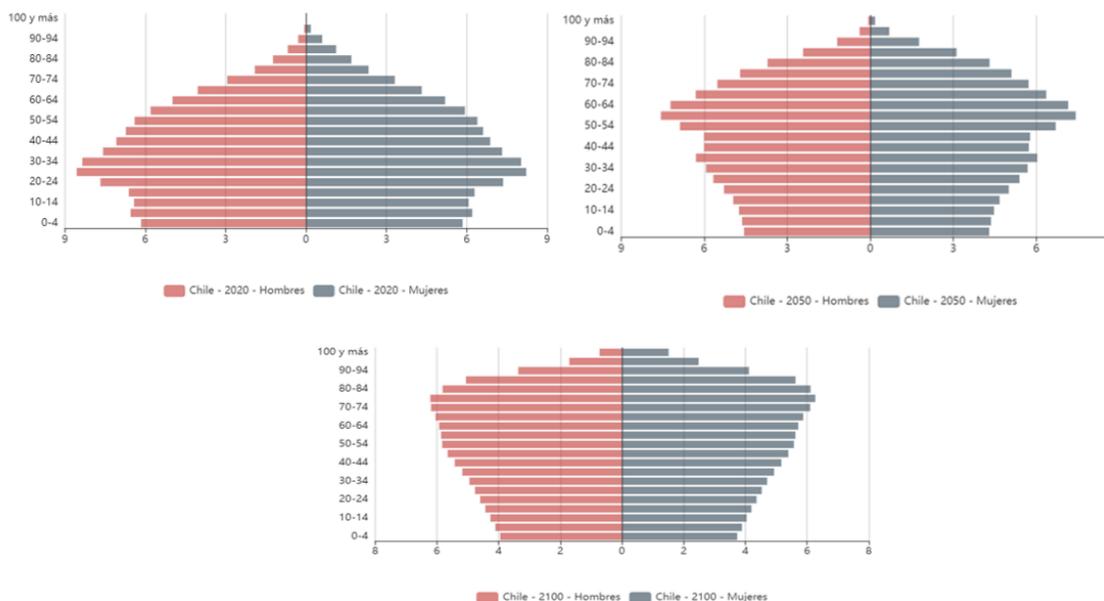


Fuente: Lancet 2024.

Se proyecta que las tasas futuras de fertilidad continuarán disminuyendo en todo el mundo, alcanzando una TGF global de 1,8 en 2050 y 1,59 en 2100 en el escenario de referencia (ibid). Los más de 200 expertos que participaron en esta proyección al año 2100 coinciden en que no habrá ninguna posibilidad de revertir esta tendencia porque las tareas vinculadas al sostenimiento socioeducativo de los hijos -que sigue recayendo mayoritariamente en las mujeres- son finalmente un *trade off* con respecto al empoderamiento educacional y laboral de las mujeres. De hecho, en el 2100, según estas proyecciones mundiales, la población tenderá a estar muy cerca de la del año 2000.

Evidentemente, tal situación invita a una serie de reflexiones que en Chile debiesen ser tomadas en cuenta desde ahora para prevenir las necesidades sociales de una población que cambiará demográficamente de manera significativa en el futuro como se observa en la figura 2.

Figura 2. Chile: perfil demográfico 2020-2050-2100



Fuente: <https://www.cepal.org/es/subtemas/proyecciones-demograficas/america-latina-caribe-estimaciones-proyecciones-poblacion/perfil-demografico-paises> Visitado marzo 2024.

Para empezar, sin la migración de los últimos cuatro años la población chilena estaría decreciendo, considerando la tasa global de fertilidad que se ubica en 1,3 según las estadísticas actualizadas del INE en 2023 y que se ubica entre las más bajas de América Latina. La tasa de reemplazo, es decir, el guarismo que permite mantener la población total invariante se sitúa en 2,1.

La cifra de migrantes en 2022, según el INE², representa un alza de 25% en comparación con 2018, es decir, ingresaron en ese lapso 325.069 personas, el equivalente a un aumento anual de aproximadamente 33% de los nacimientos en cada año. Solo esto explica que la población haya seguido aumentando.

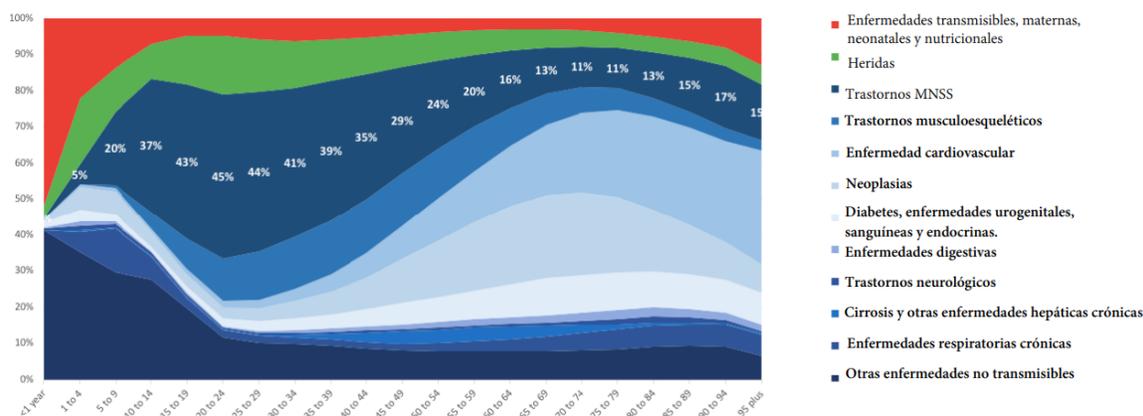
Este artículo tiene por objeto relevar los impactos sanitarios del envejecimiento (especialmente epidemiológicos por la transformación en la carga de enfermedad en el país debido al peso cambiante de las cohortes) y los impactos socio-económicos involucrados, es decir, las capacidades de la institucionalidad para responder a los desafíos o nuevas demandas que se avecinan como causa del cambio demográfico: atender a las necesidades sanitarias de una población envejecida, definir marcos para evitar la pobreza por las bajas pensiones y establecer un sistema de cuidados de largo plazo para las personas mayores.

² <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/demografia-y-migracion/2023/12/29/poblacion-extranjera-residente-en-chile-super-los-1-6-millones-de-personas-en-2022-con-un-6-6-de-ellas-en-situacion-irregular>

Impactos sanitarios

Si bien las Personas Mayores (PM), gracias al avance de las atenciones y de la cobertura del sistema de salud han aumentado su esperanza de vida hasta un promedio de 82 años en 2024 es necesario prevenir acerca de la demanda cambiante que influye en la carga de enfermedad de las cohortes³. Los sistemas de salud deben adecuarse a esta estructura de demanda que se expresa en una distribución de la carga de enfermedad en el país. Un elemento central de la reforma que se está implementando tiene que ver con el cambio demográfico, el rol de la Atención Primaria de Salud (APS) y de las atenciones que deben incluirse en la APS.

Figura 3. Chile: Carga de enfermedad por grupo de enfermedad y edad

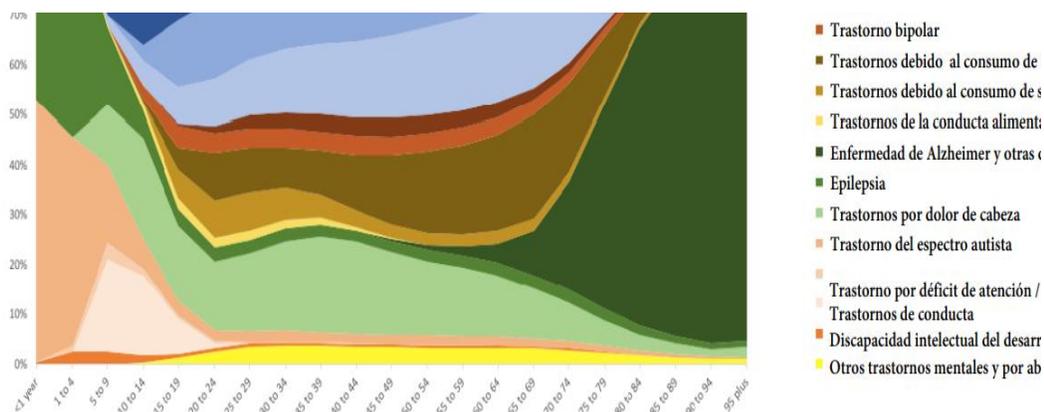


Fuente: OPS 2018.⁴

³ El artículo de The Lancet está originado justamente por el tema del cambio de la carga de enfermedad que ocasiona la transformación de la estructura demográfica.

⁴ OPS (2018) MentalHealth-profile-2020 Chile_esp.pdf

Figura 4 Chile: Carga de Enfermedad por trastorno MNSS¹ y edad



¹ Trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio (MNSS)

Fuente: OPS 2018.

La distribución de la carga de enfermedad por grupo de edad que se ha presentado en las figuras anteriores da cuenta de las transformaciones esenciales en cuanto a necesidades de atención sanitaria que implica el envejecimiento poblacional. En efecto en la figura 3 se expresa el impacto que podría tener en enfermedades crónicas no transmisibles como cardiovasculares, diabetes, enfermedades urogenitales, sanguíneas y endocrinas. Asimismo, con una población más envejecida, es probable que la carga de cáncer también aumente. Esto requerirá una mayor capacidad de los sistemas de salud para una mejor atención en términos de detección temprana, tratamiento y cuidados paliativos.

Mientras que la situación específica en los trastornos MNSS, demencia y trastornos cognitivos, más bien es inquietante el peso que adquiere la enfermedad de Alzheimer (figura 4) a partir de los 65 años. Esto tiene particular relevancia por la necesidad de cuidados permanentes que tienen las personas con esta enfermedad.

En fin, en cuanto a enfermedades infecciosas (emergentes y reemergentes) el envejecimiento puede aumentar el riesgo y la letalidad de algunas de ellas como las infecciones respiratorias agudas (caso Covid-19), exigiendo que los sistemas de salud deban aumentar sus capacidades para atender personas para estos casos y las infecciones nosocomiales.

Impactos económicos

El cambio demográfico en su impacto económico implica, al menos, tres desafíos centrales.

a) **Aumento de la población dependiente con respecto a los trabajadores.** Es decir, menos personas trabajando deberán ser capaces de abastecer las necesidades de mayor número de personas económicamente no activas.

Consecuentemente, para evitar la pobreza de las PM deberán combinarse mejores pensiones y mayor apoyo del estado en los complementos para quienes no logren umbrales mínimos de ingresos. Se ha dicho también que las pensiones en todo caso serán menores si a igual suma

de ahorros debe distribuirse en más años de vida como pensionado. Esto significa que la sociedad deberá asumir costos crecientes.

En Chile, el 72% de las pensiones son inferiores al salario mínimo y uno de cada cuatro jubilados y jubiladas recibe una pensión que está por debajo de la línea de la pobreza.

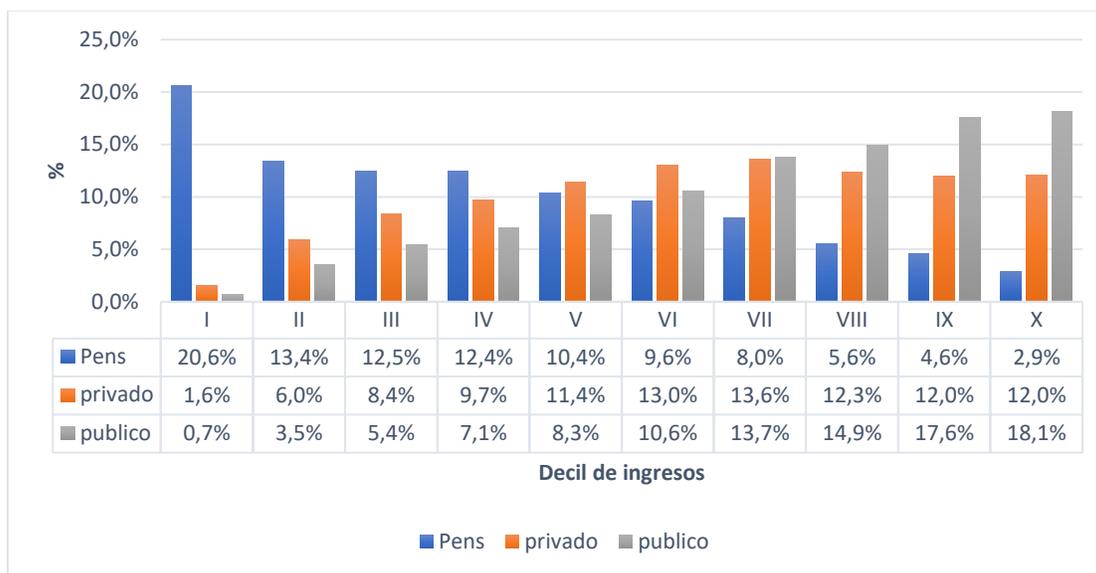
Un informe de la Superintendencia de Pensiones (2024)⁵ señala que para todas las personas que se pensionaron por vejez entre 2015 y 2022, y que seguían vivos a diciembre de 2022, la mediana de la tasa de reemplazo autofinanciada (proporción de la pensión con respecto al salario promedio antes de jubilarse) es de 17%; 27% en el caso de los hombres y 11% en el de las mujeres. Incluyendo la Pensión Garantizada Universal (PGU), esta tasa llega al 63%; 62% en mujeres y 65% en hombres. Por otra parte, la mediana de la pensión autofinanciada es de \$73.705, aumentando a \$278.535 con PGU; en hombres es \$159.333 y \$354.046; y en las mujeres \$38.158 y \$244.211, respectivamente.

b) Empobrecimiento y aislamiento creciente de las personas mayores.

i) el empobrecimiento es evidente en las PM (gráfico 1) con el agravante que a diferencia de antes, éstas no cuentan con un entorno suficiente de parientes que puedan complementar los ingresos necesarios. El gráfico 1 da cuenta de la distribución de ingresos por decil en los pensionados lo que puede compararse con la estructura de distribución que tienen las personas cuando trabajan, sea en el sector privado o público.

⁵ Superintendencia de Pensiones-Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. Estudio sobre tasas de reemplazo en el sistema de pensiones chileno y sus proyecciones bajo escenarios distintos. Coordinado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social. 22 enero 2024.

Gráfico 1. Distribución por decil de ingresos de pensionados, trabajadores privados y públicos



Fuente. Casen 2022. Elaboración propia.

El gráfico 1 muestra que el 70% de los pensionados se ubican en los primeros cinco deciles de ingresos, mientras que los trabajadores tienen una tendencia inversa. Esto explica que el llamado a jubilar suele ser un castigo doble. De una parte, que no todas las personas que llegan a la edad de jubilación dejan de ser un aporte laboral y, de otra parte, que muchos -aun deseándolo- no pueden asumir la jubilación por la drástica reducción de los ingresos que implica pensionarse. Así es como el 17,8% de los mayores de 65 años (462.618 personas) siguen trabajando (Casen 2022).

Es evidente que los costos sanitarios como de seguridad social de las cohortes definidas por tramos de edad es diferente. De este modo, es posible estimar los cambios en los costos globales solo por el efecto estructura o de envejecimiento (Cusset 2022)⁶, aun suponiendo que el tamaño de la población permanece constante. Una estimación en Francia sobre el "impacto mecánico" del envejecimiento muestra que, solo por este factor, los costos de seguridad social aumentarían en 15% entre 2019 y 2040, de los cuales 9% por impacto en pensiones y 4,5% por impacto en salud (ibid). Asimismo, un estudio de la Comisión Europea (2009)⁷ indica que la mayor parte del aumento proyectado en el gasto público durante el período 2007-2060 será en pensiones (+2,4% del PIB), atención médica (+1,5% del PIB) y cuidados de largo plazo (+1,1% del PIB). De su parte, los posibles ahorros en el gasto público en educación y prestaciones por desempleo probablemente sean muy limitados (-0,2% del PIB por cada ítem) como para compensar el incremento de los gastos.

En general, el problema de la medición de los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario es que para evaluar este proceso deben incluirse varios elementos: el

⁶ Pierre-Yves Cusset. Protection sociale : le choc du vieillissement est-il (in)soutenable ? Note d'analyse n°110 – juillet 2022

⁷ European Commission (EC). (2009). 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States.

aumento del número de personas mayores, las variaciones en el estado de salud de la población mayor y la evolución de los costes de la asistencia sanitaria (Casado 2000)⁸.

Cutler y Meala (1998)⁹, tras analizar varias encuestas realizadas sobre muestras representativas de la población de Estados Unidos entre 1953 y 1987, confirman el mayor gasto relativo de las personas mayores. En concreto, si se toma como referente el gasto medio realizado por la cohorte de individuos que tenían entre 35 y 44 años en 1987, las personas de entre 65 y 74 años gastaban 3,3 veces más, cifra que aumentaba hasta 4,5 veces en el caso de los individuos de entre 75 y 84 años y a 5,5 en las personas de más de 84 años.

A partir del estudio de Urriola (2019)¹⁰ para Chile es posible confirmar una alta correlación entre riesgos, morbilidad y costos de las cohortes. El cuadro 1 da cuenta de las variaciones poblacionales por cohorte tomando como base las proyecciones poblacionales establecidas por el INE hasta 2050.

Cuadro 1.- Tasa de crecimiento poblacional según cohorte con respecto a 2018 (2020 a 2050)

Población según grandes grupos de edad	2020	2025	2030	2040	2050
0-14 años	1,1%	-0,7%	-4,7%	-11,6%	-17,0%
15-64 años	3,7%	6,0%	6,8%	5,9%	1,9%
65 y más años	8,9%	32,8%	59,2%	107,3%	150,2%

Fuente: INE (2018).¹¹

En consecuencia, con el modelo desarrollado para Chile, solo considerando el efecto del cambio en la estructura etaria (envejecimiento), y todo lo demás constante, en 2050 los costos en salud para los afiliados a Fonasa aumentarían en 42% con respecto a 2018 (cuadro 2).

Cuadro 2.- Impacto económico de la transformación demográfica (cohortes Fonasa) (∂ IEf)

años seleccionados	2018	2020	2025	2030	2040	2050
∂ IEf (año base 2018)	0%	2%	10%	19%	32%	42%

Fuente: Urriola (2019)

Asimismo, para la población Isapre -solo considerando el impacto demográfico- en 2050 los costos aumentarían en 35%. La diferencia con respecto a Fonasa se debe a que los factores

⁸ Casado Marín D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. Gac Sanit 2000; 15 (2): 154-163.

⁹ Cutler David M. and Ellen Meara. The Medical Costs of the Young and Old: A Forty-Year Perspective. In David A. Wise, editor. University of Chicago Press, 1998.

¹⁰ Rafael Urriola Urbina. Impacto económico en salud del envejecimiento en Chile. Departamento Economía de la Salud. Ministerio de Salud de Chile. febrero de 2019. Documento de trabajo

¹¹ Instituto Nacional de Estadísticas. Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050 total país. INE, diciembre 2018.

de riesgo en la población Fonasa son mayores que en las Isapres, especialmente en la cohorte de más de 60 años.

Cuadro 3.- Impacto económico de la transformación demográfica (cohortes Isapres) (∂IEi)

años seleccionados	2018	2020	2025	2030	2040	2050
<i>∂IEi (año base 2018)</i>	0%	2%	9%	16%	26%	35%

Fuente: Urriola (2019)

ii) la soledad y el aislamiento social

La transformación demográfica dejó muy atrás a las familias ampliadas en que una amplia madeja social familiar que compartían el hogar suplía numerosas carencias de los miembros de la familia. Así, los hogares compuestos solo por personas mayores en el 2006 representaban el 12,9% de los hogares y en 2022 alcanzaron un 15,6% (Mideso 2024)¹².

El trabajo de van Tilburg y de Jong Gierveld (2024)¹³ describe el aislamiento social como la situación en que los individuos actúan esencialmente separados de los demás y de la comunidad. Es un estado objetivo de distanciamiento de la red social. La soledad es sólo uno de los posibles resultados de la evaluación de una situación de aislamiento social. La soledad es, por tanto, subjetiva y es una experiencia negativa de equilibrio entre las relaciones efectivas y el nivel de las relaciones deseadas. Ella apunta a percepciones emocionales, sociales y existenciales pero que pueden traducirse en resultados sanitarios nocivos, especialmente entre las PM. La soledad, más bien que estar socialmente aislado, puede indicar una etapa prodrómica de demencia y conduce a un mayor riesgo de demencia clínica más adelante en la vida (Holwerda et al. 2014)¹⁴.

Existen múltiples escalas para medir soledad o aislamiento social (ibid) pero para ilustrar el problema en Chile se usarán los criterios presentados en la Casen 2022 acerca de pobreza multidimensional diferenciando en las variables entre personas de hasta 59 años y las mayores a esa edad.

Sorprendentemente, las diferencias en cuanto a pobreza multidimensional son relativamente similares entre personas de hasta 59 años comparándolas con las de más de 60 años. Es decir, las carencias son grandes y generalizadas como se observa en el cuadro 4, salvo, justamente, en lo referente al entorno.

¹² Ministerio de Desarrollo Social y familia. Informe de cuidados. Observatorio Social, marzo 2024.

¹³ T Theo G. van Tilburg and Jenny de Jong Gierveld he concepts and measurement of social isolation and loneliness. En Loneliness and Social Isolation in Old Age Edited by André Hajek, Steffi G. Riedel-Heller and Hans-Helmut König. Rotledges 2024

¹⁴ Holwerda, T.J., Deeg, D.J.H., Beekman, A.T.F., Van Tilburg, T.G., Stek, M.L., Jonker, C. & Schoevers, R.A. 2014. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 85, 135–142.

Cuadro 4. Proporción de población con carencias y pobreza multidimensional según rangos de edad (Chile 2022)

Rango de edad	1-59 años	> 59
pobreza multidimensional	16,5%	19,0%
carentes de entorno (1)	8,5%	13,7%
carentes de apoyo	12,5%	10,2%
carentes en participación social	84,5%	81,2%
carentes en seguridad	10,8%	10,2%

Fuente: Casen 2022

Se escogieron solo algunos indicadores resaltando que solo el indicador de entorno es significativamente diferente según tramo poblacional. Este se refiere a contaminación del aire y/o malos olores; contaminación en ríos, canales, esteros, lagos, tranques y embalses; acumulación de basura en calles, caminos, veredas o espacios públicos; y, contaminación del agua procedente de la red pública.

c) un sistema de cuidados y cuidadoras de largo plazo

El aislamiento y la soledad de las PM implica que el sistema de cuidados cuando llegan a situaciones de dependencia ya no puede restringirse a la familia. Aun así, según la Casen 2022 (cuadro 5) persiste un numeroso grupo de personas que son asistidas por familiares -por cierto, sin remuneración- y, generalmente, esta actividad impide que la cuidadora (82% son mujeres. Mideso 2023) ejerza otra actividad remunerada influyendo, en definitiva, en la pobreza relativa del núcleo familiar.

No todas las PM son dependientes o necesitan asistencia en sus actividades cotidianas. Asimismo, hay personas con discapacidades que sí la necesitan desde temprana edad. Con datos de la Casen 2022 se construyó el cuadro 5 que contabiliza las personas que necesitan de este apoyo.

Cuadro 5. Personas que reciben asistencia o ayuda permanente de algún miembro del hogar (2022)

	1-59 años	> 59	total
Si	184.514	405.974	590.488
No	79.163	205.782	284.945
Total	263.677	611.756	875.433

Fuente Casen 2022

Nota: Esta pregunta fue formulada solo a quienes habían declarado dificultades moderadas, severas o extremas en las siguientes actividades: Alimentarse, Asearse o lavarse (lavarse partes del cuerpo o todo el cuerpo y secarse), moverse o desplazarse dentro de la casa, usar el baño (W.C.), acostarse o levantarse de la cama, vestirse, salir a la calle, realizar sus tareas del hogar, hacer o recibir llamadas, hacer compras o ir al médico.

El cuadro 5 da cuenta que en el país hay, al menos, 590 mil personas que ejercen el rol de cuidadoras (generalmente mujeres) de ese igual número de personas que requieren esta asistencia para cumplir con requisitos básicos de sobrevivencia.

En este contexto se definen cuidados sanitarios y sociales de largo plazo para las PM (OCDE-OMS-Eurostat 2011¹⁵; OCDE 2012¹⁶). Los cuidados de largo plazo (CLP) sociales se relacionan esencialmente con la dependencia funcional concentrada en PM, mientras que los CLP sanitarios tienen mayor relación con las discapacidades.

Los costos de la dependencia, es decir, de los CLP para PM, en la mayor parte de los países es muy alto (European Commission 2017¹⁷) y supera a la mediana de los ingresos de ese grupo etario (Muir 2017). La conclusión de los analistas es que aún en países con seguridad social y algún sistema de CLP, las personas mayores deben aportar financiamiento adicional si necesitan ser internados en establecimientos con ese tipo de cuidados (Grignon y Bernier 2013¹⁸; Muir 2017). Hasta ahora en todo el mundo la mayor parte de estos cuidados han sido otorgados por familiares, especialmente mujeres: esposas, hijas, nueras, nietas (Comunidad Mujer 2018¹⁹; Saad 2011²⁰).

El estudio que evalúa una cuenta preliminar de CLP para Chile (Urriola 2020)²¹ concluye que en 2018 el Programa pagado de cuidadores del Mideso contrataba a 25.305 personas; las cuidadoras remuneradas privadamente eran 43.115 y las cuidadoras informales o familiares sin remuneración eran 369.786. Además, el total de personas que necesitan cuidados se ha incrementado en 36% desde 2018 a 2022 comparando los datos de la Casen 2018 con la Casen 2022. El programa de cuidados domiciliarios financiado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) alcanzó en 2022 a la escuálida suma anual de 1,5 millones de pesos²² y cubrió a 1515 personas (Mideso 2023)²³.

¹⁵ OCDE-OMS- EUROSTAT. (2011). Sistema de cuentas de salud. SHA.

¹⁶ OECD (2018), Panorama des pensions 2017: Les indicateurs de l'OCDE et du G20, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/pension_glance-2017-fr.

¹⁷ European Commission (2017). The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies. 2017.

¹⁸ Grignon Michel et Nicole F. Bernier (2013). Financer les soins de longue durée: Une assurance privée ou publique? Etude IRP, Canada. No 39, février 2013

¹⁹ Comunidad Mujer (2019). ¿Cuánto aportamos al PIB? Primer estudio nacional de valoración económica del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en Chile.

²⁰ Saad Paulo. Construcción del sistema de cuidados en Uruguay: Insumos para el debate. Presentación ppt. Montevideo, 1 de septiembre del 2011.

http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13519/1/comentarios_am_-_paulo_m_saad.pdf

²¹ Urriola Rafael. Una aproximación preliminar a las cuentas de cuidados de largo plazo de Chile. En Boletín Economía y Salud Volumen 14 – N°1, 2020. Desal-Minsal http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/08/Boletin_1_2020.pdf

²² Senama (2023) Cuenta Pública participativa 2022.

²³ Ministerio de Desarrollo social (2023). Cuenta Pública participativa 2022.

Estudios de la OCDE proyectan que en promedio en países de ingresos medios y medios bajos entre 2010 y 2060 los gastos combinados en salud y cuidados de largo plazo aumentarán entre 3,3 y 7,7 puntos porcentuales del PIB. Chile, al partir de una situación muy precaria en cuanto a oferta pública de CLP, probablemente se sitúe más cerca de los extremos altos de presión de costos. En el pasado, la atención familiar no remunerada ha compensado la falta de atención formal, pero las estimaciones actuales sugieren que la cantidad de adultos mayores que requerirán atención pronto superarán la cantidad de cuidadores familiares disponibles.

Según Urriola (2020) los CLP ocupan el 0,14% del PIB destacándose que existen 369.786 personas cuidadoras no remuneradas que, de asignarse un valor a esta actividad, aumentaría significativamente el peso de los CLP en las cuentas nacionales. El acceso a la protección social en relación con los cuidados de larga duración es, por lo tanto, un tema crítico de salud pública y de su financiamiento.

Conclusión y discusión

La velocidad de los cambios demográficos ha sorprendido a los especialistas. Hay demasiadas razones para suponer que la tasa global de fertilidad (TGF) no cambiará en el mundo: las desigualdades de ingreso, los costos de la mantención de una persona adicional en el hogar, que en Chile son aun mayores que en muchos países desde el jardín infantil; la educación privatizada y costosa; los bajos salarios en relación con la canasta real que exige que las parejas deban trabajar ambos para sostener los gastos esenciales. Por ello, la tendencia decreciente de la TGF no podrá cambiar como lo señala el estudio de The Lancet.

Habrán nuevos problemas que, una vez más impactarán de manera diferenciada según el nivel de ingresos de la población. Las pensiones actualmente no cubren ni las necesidades básicas de más del 50% de los pensionados o PM. La pensión garantizada universal (PGU), aun siendo necesaria, es insuficiente y si no aumenta la tasa impositiva para ajustarla se está, irremediablemente, aumentando la tasa de pobreza general con énfasis en las PM.

La irrupción de las enfermedades mentales (alzheimer, especialmente) vinculadas a que cada vez más PM llegan a edades más avanzadas es un problema de mayor envergadura porque estas personas necesitan asistencia permanente y, ni el sistema ni la mayoría de las familias, tienen los recursos para siquiera ayudar a esos hogares.

Si no aumentan las cotizaciones a la seguridad social para pensiones la jubilación será una “condena” a la pobreza. Esto, en primer lugar, implica que debiesen aumentar los salarios de las personas para mejorar sus aportes y, además, que debiese ser voluntario el retiro de las personas para evitar expulsiones de la vida laboral solo por edad. Asimismo, como sucede en los países de mayor desarrollo, las empresas debiesen colaborar a este fondo.

Con todo, la reducción de los nacimientos tiene efectos positivos en los hogares que pueden buscar nuevas formas de inserción laboral; en las necesidades de las empresas de atender con mayor prolijidad a una mano de obra que podrá ser escasa; de mejorar los impactos ambientales de una producción desenfrenada que tendrá que ralentizarse y organizarse con criterios de sustentabilidad.

LA IMPORTANCIA DE APLICAR VISIÓN DE GÉNERO²⁴ EN EL SISTEMA DE SALUD PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR/BUEN VIVIR DE LAS PERSONAS... Y EL PAPEL INSUSTITUIBLE DEL FEMINISMO EN IMPULSAR LOS PROCESOS DE CAMBIO

María Isabel Matamala Vivaldi²⁵

Lo que el feminismo considera que es necesario tener en cuenta

“Las herramientas del amo nunca desmontarán la casa del amo”.
Audre Lorde

Enfrentar la necesidad desafiante de aplicar visión de género en el sistema de salud, requiere tener como premisa que los sistemas y las políticas de salud que desconocen o no llevan en cuenta las experiencias de desigualdad construidas entre hombres y mujeres, fusionadas con las desigualdades que resultan de las otras matrices de estratificación de la sociedad - en lo referido a, poder, necesidades, contribuciones sociales, acciones recibidas y reconocimiento de sus saberes y aportes -, perpetúan las asimetrías denominadas de género, las exacerban, o contribuyen a la creación de nuevas disparidades de este orden.

A partir de esta aseveración, en las últimas décadas se incorporó al discurso político y en cierta medida a las prácticas de la institucionalidad estatal, incluida salud, la denominada *perspectiva o visión de género*. Conceptualiza **género** como un eje de estratificación de la sociedad que, basándose en una interpretación esencialista de la diferencia sexual anatómica, funda una construcción social, cultural y psíquica que sitúa a los seres humanos en diferentes lugares de poder. Lo masculino se instala en el polo de mayor poder/dominio, por sobre la alteridad, lo femenino, en el polo del no poder/opresión/subordinación. Lugar que a su vez se jerarquiza, como ya veremos.

La incorporación transversal de la perspectiva o visión de género a las leyes, políticas, planes y programas estatales se ha desarrollado, aunque con dificultades, a partir de los años 90, después de las Conferencias de Naciones Unidas, en particular las de El Cairo y Beijing²⁶. Esto, en gran parte debido obstruccionismo, mediante instrumentalización del odio, el miedo o la

²⁴ Entenderemos perspectiva o visión de género, como la aplicación de análisis de género a los diagnósticos de contexto, situación diferencial de salud, priorización y planificación de procesos de cambio, implementación y evaluación de los mismos, mediante indicadores de género construidos colectivamente. Todo ello, con base en la jerarquía estructural que instala desigualdad de poder entre lo femenino y lo masculino.

²⁵ Feminista por mas de cincuenta años, médica post grado Pediatría y Medicina Social. Ha trabajado en Género y Salud en Ministerio de Salud y en OPS/OMS. Integró Coordinación de Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Integra Depto. Género y DDHH del COLMED.

²⁶ 1994 y 1995, respectivamente.

vergüenza, tanto por parte de las fuerzas políticas conservadoras²⁷ como de las iglesias católica y evangélicas, estas últimas con preponderancia neo pentecostal.

El feminismo, cuyas propuestas teóricas y políticas contribuyeron en forma importante a los resultados (aún con vacíos notables) de las conferencias nombradas, ha continuado incidiendo en diversos procesos llevados a cabo desde entonces por la Organización Mundial de Salud sobre determinantes sociales de la salud, violencia de género, trabajo de cuidado, derechos sexuales y reproductivos entre otros. Paralelamente, ha mantenido alerta y acción permanente frente a las estrategias contra derechos y libertades de las ofensivas antes señaladas, alcanzando algunos logros socioculturales y políticos a nivel de la región LAC y en nuestro país. Dialogando o a codazos cuando ha sido necesario, el feminismo ha resistido, presionando para asegurar perspectiva de género en las instituciones estatales. No obstante, es preciso reconocer que la ausencia de una formación académica con respaldo en mallas curriculares que incorporen transversalmente género en las universidades de nuestro país ha impedido una mayor celeridad en las transformaciones de los enfoques y de las prácticas en salud. Lxs profesionales de las diversas disciplinas no acceden a los conocimientos necesarios para comprender en profundidad la implicancia de las desigualdades de género en lo referido a justicia social, libertades y derechos humanos, y, en consecuencia, a salud/bienestar individual y poblacional. La pandemia puso al descubierto dramáticas evidencias de errores e insuficiencias en el abordaje de las desigualdades basadas en género, determinadas por la matriz de dominación patriarcal capitalista, racista, clasista, heterosexual/homofóbica. La salud mental de las mujeres fue ejemplo de ello.

Es preciso enfatizar que el ritmo de las movilizaciones feministas y los avances en las dos últimas décadas en Chile –entre otros, un gobierno que se define feminista - de algún modo ha dejado en las sombras, de cara a las nuevas generaciones, el arduo e interdisciplinario proceso de aporte al conocimiento que tuvo lugar en el campo del feminismo para llegar al estado de cosas actual. Citarlo es necesario, y también es hacer memoria, visibilizando los trabajos de quienes abrieron y continúan abriendo caminos hacia una mejor comprensión de las bases de la desigualdad de género:

Los estudios de la antropóloga y proto feminista Margaret Mead en los pueblos de Oceanía en los años treinta, acerca de las diferencias culturales -incluidos los roles de cada sexo según las creencias y costumbres de las poblaciones-, introdujeron género como concepto, definiéndolo como *construcción social*, desnaturalizando a partir de ello, la determinación biológica de los roles diferenciados según sexo.

Fue Simone de Beauvoir quien en 1949 se puede decir que inicia la teoría feminista con su libro “El segundo sexo”. Sostiene que “la mujer no nace, sino se hace” en alusión a la construcción cultural de género. Aboga por el aborto y por el divorcio. En respuesta a su lucidez, es condenada por el Santo Oficio, que continúa así la permanente confrontación de la iglesia católica con los intentos de libertad de las mujeres.

²⁷ En el último tiempo, con predominio de fuerzas políticas neofascistas autodenominadas con cinismo *libertarias*.

Las investigaciones en el ámbito psi y en la sexología realizadas por John Money, así como por Robert Stoller, en los sesenta incorporaron el concepto *identidad de género*.

Género como categoría de análisis, fue trabajado y enriquecido en el contexto del auge feminista que tuvo lugar en los setenta, extendiéndose su interés a diversas disciplinas. Se afianzó en la academia en los ochenta y finalmente -en la última década del siglo XX – también en las políticas y el espacio público. El salto epistemológico que implicó el análisis de género permitió explicar y comprender cómo es que se origina sociocultural y psíquicamente la opresión/ subordinación de las mujeres en el esquema binario del sistema patriarcal capitalista, hetero normado y homofóbico.

Se produjo entonces el respaldo de las agencias internacionales, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, cuyos préstamos a los gobiernos fueron condicionándose a la incorporación de la perspectiva de género a sus políticas públicas. Cabe señalar que sus énfasis estuvieron marcados por la noción de “universalidad” del sujeto de conocimiento: mujer blanca, no pobre, norte euro centrada, heterosexual.

El feminismo lésbico levantó sus críticas y propuestas, desarrolladas con mayor fuerza frente a la invisibilidad de las disidencias sexuales impuesta en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo por el Vaticano y países conservadores e islámicos, que excluyeron a la población LGBTQ+ del análisis y conclusiones del documento final aprobado. Es recién en el siglo XXI que se va a desarrollar el proceso de reconocimiento de sus derechos en un nuevo instrumento del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, los Principios de Yogyakarta (2006). Estos se refieren a los derechos a identidad de género y orientación sexual, así como a las obligaciones estatales.

Pero no todo estaba zanjado. En el último tercio del siglo XX, mujeres feministas negras de Brasil y Estados Unidos desarrollaron reflexión crítica, estudio y movilización acerca de lo que percibían como insuficiencia del concepto género. Postularon que no daba cuenta de las opresiones que vivían como mujeres negras, racializadas. En ese contexto, el Colectivo del río Combahee²⁸, organización de mujeres negras y lesbianas, emitió un manifiesto que hizo visibles intersecciones de raza, clase, identidad y sexualidad, incorporando una propuesta política antirracista, antisexista y anticlasista. El nuevo paradigma extendió el alcance del principio feminista “lo personal es político” al abordar no sólo sexo-género, sino también raza y clase.

Con importantes aportes al conocimiento, emergen tanto el feminismo chicano de frontera que propone como intersecciones de opresión, género, raza y territorio, como también, los feminismos descoloniales, que incorporan aportes teóricos y políticos de los feminismos negro y de pueblos originarios, antirracistas y antipatriarcales. Sostienen la *colonialidad del saber*, definida como violencia epistémica que pretende la neutralidad y la objetividad del método científico occidental como única forma válida en la construcción de conocimiento. Asimismo, la *colonialidad de género*, que instala la mencionada “universalidad” del sujeto de conocimiento: mujer blanca, clase media, norte euro centrada, heterosexual. A través de la categoría que las universaliza bajo el nombre “mujeres”, condiciona que en el polo del no

²⁸ En Boston, 1977.

poder y opresión se abra espacio a una jerarquización entre esas mujeres visibles, supuestamente “universales”, y “las otras”: invisibles, no blancas, no hetero, pobres, racializadas.

Estos aportes desde pensamiento crítico feminista abren paso a la categoría epistémica *interseccionalidad*, que permite visibilizar las experiencias *situadas* de género cuando se produce interrelación simultánea de opresiones. Las discriminaciones que determina género se fusionan con las de otras matrices de estratificación/opresión del sistema, como son raza, clase, edad, territorio, religión, ruralidad, identidades sexuales, situaciones de discapacidad mental, motora o sensorial...condicionando las experiencias cotidianas a través de las existencias y también la construcción de las subjetividades.

Más allá de la estratificación de género, es necesario observar los sistemas de opresión como ejes articulados, mutuamente constituidos y cómplices, e identificar las formas en que se entrecruzan. De esta manera, se comprenderá con mayor amplitud y profundidad las necesidades, las carencias, las vulneraciones de derechos humanos, que viven en su cotidiano las “otras” mujeres, las invisibles. Se harán más inteligibles también, los comportamientos y las formas de resistencia de esas “otras” sujetas subalternas, subsumidas en la categoría universal denominada “mujeres”.

Es interesante destacar que, en el proceso colectivo de reflexión y conclusiones acerca de los Determinantes Sociales de la Salud efectuado por la Organización Mundial de Salud, OMS, a comienzos de siglo, la interseccionalidad permeó de alguna manera, los resultados: se definieron como determinantes estructurales de la salud género, etnia y edad. No obstante, me parece necesario destacar, que el concepto interseccionalidad no se ha aplicado en su profundo sentido en las políticas de salud.

Las desigualdades de género y los espacios de su despliegue

“En mí está la rebeldía encimada de mi carne”.
 Gloria Anzaldúa

Profundizando en las desigualdades con base en género, cabe precisar los ámbitos través de los cuales se expresan y en los que se disputa en forma permanente el poder sexual, económico y político. Estos son: 1) cuerpos/sexualidad, 2) trabajo/economía, 3) ciudadanía.

1) Si bien el discurso de los enfoques de derechos humanos y género respecto de los cuerpos y los derechos sexuales y reproductivos ha tenido avances significativos a partir de los 90²⁹, en la realidad cotidiana estos no se han traducido como resultado en plena salud y bienestar para la mayoría de las mujeres y niñas en nuestro país. Múltiples evidencias permiten afirmar que la

²⁹ Sonia Correa, brasilera, y Rosalyn Petchesky, norteamericana, durante el proceso de la Conferencia de El Cairo 94, como uno de los avances, instalaron los cuatro principios básicos que constituyen el sustento de los derechos sexuales y reproductivos. Estos son: integridad, autonomía, igualdad, diversidad.

globalización neoliberal ha ensanchado brechas que las perjudican y que invisibilizan sus impactos. El biopoder actualizó sus dispositivos de control, transitando desde el panóptico del siglo XX a nuevos dispositivos tecnomediáticos que, en lo intrapsíquico, incuban miedos, culpas y deseos, generan pervertidas ilusiones de libertad, recortan la solidaridad, el pensamiento crítico y las resistencias. En paralelo, la tecnociencia las ha convertido en objetos de medicalización y de bio invasión industrial de los cuerpos, alejando las posibilidades de ser autónomas protagonistas de su vida y su salud. El extractivismo de los cuerpos en dobles y triples jornadas de trabajo progresivamente más intensas y aceleradas, las deja exhaustas y con patologías mentales cada vez más frecuentes. A lo anterior se suma la depredación sexual de los cuerpos a través de múltiples violencias: violaciones, incluidas aquellas que son resultado de la militarización de la vida en determinados territorios, violencia política sexual, femicidios con ferocidad en ascenso, suicidios inducidos, tráfico de mujeres cuyo incremento se relaciona con políticas de turismo en países de nuestra región.

Las relaciones de poder que mediatizan la salud de las mujeres a través de las influencias patriarcales actúan inclusive desde las ciencias de la salud. La pandemia mostró evidencias en cuanto a la invisibilidad de los cuerpos, las patologías y los riesgos que enfrenta la salud de las mujeres³⁰. Esta situación se constató en Chile, especialmente en lo referido a salud sexual, reproductiva y mental.

No obstante que el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, DDSSRR, concitaba un amplio consenso, son evidentes los intentos de retroceso en los principios básicos que sustentan tales derechos - integridad corporal, autonomía, igualdad y diversidad -. La ilegalización del aborto en Estados Unidos no sólo ha sido un golpe al derecho a decidir de las mujeres sobre sus cuerpos que impacta negativamente su salud y sus vidas, sino que además recorta en forma brutal su poder ciudadano, puesto que los cuerpos constituyen el primer territorio de ciudadanía. Retroceso que en la región y en nuestro país, ha marcado un recrudescimiento del ataque a los DDSSRR, en especial al aborto, en el contexto de la ofensiva misógina y antiderechos propiciada por los sectores conservadores y neofascistas.

2) La división sexual del trabajo instalada culturalmente con argumentación esencialista en los inicios de la modernidad, definió el espacio público como lugar de los hombres y el espacio doméstico como lugar de las mujeres. El trabajo que allí realizaron las mujeres quedó invisible, no valorado y por consiguiente sin remuneración. En la actualidad podemos afirmar que en el nivel macro, género actúa articulando dos esferas de la economía: por una parte, asegura la existencia de una esfera de trabajo de cuidado no remunerado encargada de aquello que, economistas feministas como Amaia Pérez Orozco³¹ y Cristina Carrasco entre otras, definen como *sostenibilidad de la vida*: producción de nuevos cuerpos y reproducción cotidiana de los mismos. El trabajo que realizan en este espacio en forma predominante las mujeres no sólo no se remunera; tampoco se ha incluido regularmente en la Cuentas Nacionales³².

³¹ España y Chile, respectivamente.

³² Se suele decir que lo que no se cuenta, no cuenta.

La producción y mantención de nuevos cuerpos para el trabajo productivo, asegura la existencia de una segunda esfera, la del trabajo remunerado, incapaz de subsistir sin la existencia de la esfera no remunerada, por cuanto recibe de ella el subsidio interminable que implica producir y mantener gratuitamente cuerpos para el trabajo pago, para el consumo y para la deuda. En esta esfera mercantil, género también condiciona las alternativas, los accesos, y las compensaciones.

Derivado de la división sexual del trabajo con base en género, los problemas de salud de las mujeres son valorados por la sociedad, incluido el sector salud, como de menor importancia. Ejemplo frecuente de esta afirmación es que cuando un hombre consulta en un servicio de urgencias con dolor en la cara anterior del tórax, de inmediato se le efectúa un electrocardiograma; cuando una mujer consulta con idénticos síntomas, en forma frecuente se le indica un ansiolítico. El poder patriarcal de la ciencia médica naturaliza la subvaloración de las patologías de las mujeres.

Desde la Conferencia de Beijing se visibilizó no sólo la importancia del trabajo de cuidado no remunerado, sino también la necesidad de medición del uso del tiempo de mujeres y hombres, así como de hacer visible la contribución del trabajo no remunerado al PIB de cada país. Se potenció de esta forma la propuesta feminista en cuanto a necesidad de políticas públicas de cuidado intersectoriales – incluido ministerio de Hacienda -, que asuman el cuidado como corresponsabilidad entre Estado, empresariado, hombres, mujeres y comunidad. Si bien es posible afirmar que se ha producido un cambio cultural que admite la necesidad urgente de este proceso de cambio, los avances en Latinoamérica y Caribe han sido lentos. Son contados los países que han instalado políticas de cuidado, en mi opinión, sin aplicar una rigurosa visión de género e interseccionalidad en su formulación, implementación y financiamiento, a pesar de los esfuerzos y propuestas del movimiento feminista. La no comprensión y la resistencia del patriarcado son ostensibles. En Chile, se esperan resultados que superen las insuficiencias evidenciadas hasta ahora, por ejemplo en políticas como las de Uruguay o Costa Rica.

Mientras se hacen realidad los cambios en curso, es preciso echar una mirada a como se ha organizado hasta ahora la economía del cuidado a través de dos esferas interrelacionadas. Género ha redefinido la dimensión y alcance del sector salud posicionando a mujeres y hombres al interior de los hogares como proveedorxs de servicios de cuidado o como consumidorxs de estos, sobre la base de sus roles asignados. Se ha configurado así en los hogares un *sistema doméstico de cuidados de salud no remunerado* que otorga la mayor proporción de cuidados de salud que se realizan en la sociedad y que mayoritariamente están a cargo de mujeres. La vinculación permanente de este sistema con el sistema institucional de salud se realiza también a través de mujeres. Hasta hace escasas décadas, el trabajo de cuidado de la salud en los hogares quedaba en silencio e invisible, a pesar de ser el responsable de la mayor cantidad de cuidados de salud que se otorgan en la sociedad, muy por sobre el sistema institucional³³.

En el espacio del trabajo remunerado son múltiples las desigualdades de género: menor representación porcentual de las mujeres en la fuerza de trabajo; menor remuneración de las

³³ María Angeles Durán Heras (1987) De puertas adentro, Ed. Instituto de la Mujer, España

mujeres por igual trabajo que los hombres; mayor proporción de mujeres en los rubros de la economía peor remunerados; alta proporción en el trabajo informal; mayores tasas de desempleo y subempleo; inestabilidad y flexibilidad contractual; carencias en las consideraciones de género en la legislación laboral, a pesar que las condiciones de trabajo impactan de manera desigual a mujeres y hombres; escasa participación de las mujeres en los espacios de poder³⁴.

3) Reitero la consensuada afirmación en cuanto a que el primer territorio de ciudadanía lo constituyen los cuerpos, sobre los cuales se toman las decisiones que definen los proyectos de vida. Es a partir de la subordinación y opresión de los cuerpos de las mujeres basada en el ordenamiento de género, que su derecho a decidir se ve interferido en diversos grados según sus condiciones de vida, tanto desde las ciencias, como desde la Constitución, las leyes, las políticas, las prácticas institucionales de salud, las familias, las iglesias y los partidos políticos. Situación que en ocasiones se expresa como violencias soterradas y en otras, como abierta vulneración de sus derechos humanos (en mi opinión, uno de los ejemplos más violentos es la objeción de conciencia institucional respecto del aborto). Si bien hace escaso tiempo se ha dado un paso importante para dejar atrás estas vulneraciones a través de la ley integral contra la violencia hacia las mujeres, y del empeño por avanzar hacia una educación no sexista, es ovio que mientras no se garantice plenamente el ejercicio y exigibilidad de sus derechos sexuales y reproductivos, la ciudadanía de las mujeres no se ejercerá en forma plena.

En el espacio político también se ve limitada la ciudadanía de las mujeres en su facultad de ser agentes de cambio que deben formar parte de las decisiones. Si bien la participación entendida de esta forma es un derecho ciudadano, en las instituciones de salud, en general, persisten formas de participación que son exclusiva y formalmente consultivas. No obstante, la experiencia muestra que ni siquiera alcanzan esta calidad, y permite plantear que en general las acciones así llamadas participativas en salud más bien constituyen información desde la institucionalidad de salud. Ocasionalmente se dan interpelaciones desde los Consejos Consultivos, pero no cambia su estatus de no deliberantes. La participación en diagnósticos de salud, en definición de prioridades, planificación de soluciones, la exigibilidad y monitoreo de rendiciones de cuentas, la evaluación de las políticas, no forman parte de las prácticas cotidianas de participación ciudadana de las mujeres en salud.

Avanzando hacia políticas de salud que incorporen propuestas feministas

“Justicia como responsabilidad política”.

Alejandra Castillo

“El reconocimiento de que la equidad favorece a todas las personas es la línea argumental más interesante de las experiencias analizadas”.

Marta Lamas

Este abordaje exige en primer lugar sentar como premisa que en las políticas no existe neutralidad ni de género ni respecto de ninguna de las opresiones que, fusionadas con género, integran la matriz de dominación del sistema. Y luego, ratificar el consenso acerca del marco

³⁴ Elsa Gómez Gómez (2008) Equidad de género en salud. Un reto ético y político. OPS, Washington

conceptual que constituye el punto de partida de las políticas, cual es, que siendo género uno de los ejes de estratificación de la sociedad, sustenta estructuralmente las bases determinantes de las desigualdades de hombres versus mujeres y niñas. En intersección con raza, clase, sistema etario, identidad sexogenérica, ruralidad, situación de discapacidad, religión, territorio...determina cómo se distribuye el poder, cómo se asignan los recursos, cómo se divide socialmente el trabajo y cómo se accede al ejercicio de derechos en forma sustantiva. En consecuencia, establece las ventajas o desventajas para ejercer poder de decisión, y ser derechohabiente respecto de trabajo, educación, previsión social, alimentación, medio ambiente saludable, salud y atención de calidad, reconocimiento y retribución de sus contribuciones a la sociedad en materia de salud. Por lo mismo, género es uno de los determinantes estructurales de la salud.

Las desigualdades que resultan de la injusta distribución de poder y recursos requieren ser eliminadas a través de equidad en las políticas públicas, esto es, redistribución de poder y recursos, con base en un concepto ético político y en principios de justicia social y derechos humanos. El propósito del proceso redistributivo es reordenar la sociedad, eliminando las desigualdades en salud entre sectores privilegiados y excluidos mediante la erradicación de sus determinantes. Si se logra la redistribución justa el resultado será la igualdad. Como eje de la política pública, la equidad realiza el proceso de redistribución y lo hace otorgando a cada quien según su necesidad. Constituye el camino o el medio para lograr el fin que se propone la política: la igualdad como resultado. De ahí emana la importancia de evaluar las políticas según sus resultados, más allá de los procesos.

Es ineludible el rol protagónico que debe asumir el Estado como garante para alcanzar la igualdad en salud aplicando visión de género e interseccionalidad a las políticas intersectoriales. Si ello ocurre en forma genuina, necesariamente tales políticas serán redistributivas y asegurarán la igualdad en salud.

En resumen, que todos los sectores alcancen el nivel de salud de los más privilegiados, sea cual sea su ubicación en las múltiples estratificaciones del sistema, tiene como condicionantes políticos: 1) que los recursos de salud sean asignados según necesidad, 2) que los servicios de salud se reciban según necesidad y no según capacidad de pago, 3) que la ciudadanía se apropie efectivamente de su poder a través de un proceso de conocimiento y desarrollo de capacidades que la faculte para analizar su situación, proponer soluciones y hacer realidad la exigibilidad de sus derechos.

Esto último implica sucesivos pasos como son, acceso a la información y conocimiento de la propia realidad y reflexión crítica sobre esta; reconocimiento en otras personas que viven la misma situación; desarrollo de capacidad de análisis para comprenderla, elaborar propuestas de cambio y tomar decisiones para llevarlas a cabo. Esta apropiación de poder de las personas y comunidades sobre sus vidas es un proceso colectivo, pero también individual, sin el cual no es posible el bienestar pleno: este, requiere libertad para decidir sobre la propia vida y la vida de la sociedad.³⁵. Desde mi experiencia, percibo que este último paso, el verdadero empoderamiento liberador, en la práctica se ha ido tornando inexistente. Si bien las personas

³⁵ OPS/OMS, Política de Igualdad de Género, 2005.

se empoderan a sí mismas, es imprescindible para que esto ocurra, que las instituciones del Estado garanticen facilidades como son la educación no sexista, la difusión de derechos, campañas comunicacionales, participación deliberativa en las decisiones políticas, diálogo inteligible y permanente.

El vacío de intervención estatal potente y transformadora nos alerta acerca de una tremenda insuficiencia de la democracia, que afecta en mayor medida a las mujeres de los sectores más carenciados y excluidos³⁶. Insuficiencia que, en mi opinión, es consecuencia de la globalizada colonización neoliberal que naturaliza una exclusiva relación social política y cultural entre iguales/idénticxs. Esto es, entre quienes “existen” a un lado de la línea divisoria que deja del otro lado a las múltiples intersecciones que representan la alteridad: aquello que no existe, que es invisible para las elites³⁷. Este abismo comunicacional hace difícil o imposible la participación ciudadana sustantiva de las mujeres, en particular aquellas situadas en los sectores más desprotegidos y carenciados. Se hace imperativo entonces, reiterar que la participación no es una opción política sino un derecho ciudadano y que los monitoreos desde el feminismo requieren mantenerse alertas para aplicar indicadores en esta dirección.

Es preciso mencionar las dimensiones de inequidad de género en salud que deben ser resueltas a través de las políticas:

- 1.Contexto socioeconómico y estratificación interseccional: supone el abordaje de la determinación social de la salud
- 2.Estado de salud: diferenciado según jerarquización de género e intersecciones: las mujeres viven más que los hombres, pero tienen mayor morbilidad, son más vulnerables a la pobreza en la probabilidad de morir, no existe reconocimiento verdadero de sus derechos sexuales y reproductivos.
- 3.Acceso a recursos y servicios de calidad: las mujeres utilizan más los servicios por su vida reproductiva, su mayor morbilidad, su longevidad mayor que los hombres y por ser víctimas de violencia de género en considerable proporción (prevalencia cercana al 40%).
- 4.Financiamiento de la atención: En los sistemas no solidarios las mujeres pagan más que los hombres para mantener su salud. En América Latina y Caribe el gasto de bolsillo suele ser hasta 40% mayor. En Chile, la prima de aseguramiento privado en edades reproductivas ha sido hasta 2.5 veces más alta que la de los hombres, a pesar que las mujeres tienen menor capacidad de pago debido a menor participación en el trabajo remunerado, mayor desempleo, mayor concentración en trabajos mal remunerados o no cubiertos por la

³⁶ Estudios

³⁷ Expresión dramática de esta invisibilidad de “lo otro” para la elite, fue la sorpresa del ministro de Salud durante la pandemia al enterarse del hacinamiento en que viven los sectores populares.

seguridad social, como también, por interrupciones en su vida laboral causadas por embarazo, crianza o situaciones de violencia de género al interior de la familia.

5.Participación vinculante en las decisiones de salud: es la que otorga verdadera incidencia en las decisiones de salud

6.Reconocimiento y retribuciones en relación con los esfuerzos y aportes a la producción de salud: consideraciones que requieren asegurar además un mejor trato y respeto de los derechos de las personas usuarias.

El monitoreo de políticas de salud como práctica ciudadana feminista

“Los sistemas de salud 'ciegos a género' refuerzan las desigualdades e inequidades de género en salud en sus políticas y en el cotidiano”.
Sarah Payne³⁸

Tanto en el espacio internacional como en diversos países, el feminismo desarrolla en forma frecuente seguimiento y evaluación de políticas de salud a través de organizaciones del movimiento social, academia, o de redes, aplicando indicadores de género consensuados. Durante los últimos años, en Chile se ha dado seguimiento a la implementación de la Ley IVE 3 Causales, con el objetivo de hacer visibles barreras que obstruyen el acceso a los servicios para las mujeres que los solicitan. Los hallazgos, especialmente en lo referido a la causal violación, evidencian recortes de poder que impiden el pleno ejercicio de sus DDSSRR a muchas mujeres. Confirmando así la advertencia que formula Sarah Payne en la cita. Cabe confiar que en los años siguientes las evidencias muestren cambios favorables.

³⁸Observatorio Europeo de Sistemas de Salud y Políticas

DISTRIBUCIÓN DE LAS ISLAS DE CALOR URBANAS EN EL GRAN SANTIAGO Y SU RELACIÓN CON LA SALUD Y EL BIENESTAR DE SUS HABITANTES.

Loreto Espinoza Tellería³⁹

Resumen ejecutivo

Este estudio de las comunas urbanas de la Región Metropolitana de Chile examina el impacto de las islas de calor ocurridas en la época estival 2023-2024 utilizando datos socioeconómicos comunales y las imágenes satelitales Landsat 9, obtenidas del visor de la NASA GLOVIS

Se evidencia que las zonas censales con altas temperaturas superficiales, concentradas en las zonas de mayor pobreza, escasez de áreas verdes y peores condiciones de materialidad de las viviendas, se asocian con un mayor número de consultas de urgencia por: causas cardiovasculares, de salud mental y respiratorias.

Estos hallazgos respaldan la hipótesis inicial que da curso a esta investigación, corroborando que los factores ambientales (en este caso en particular el calor extremo) juegan un rol fundamental en la mantención de la salud de la población.

INTRODUCCIÓN

El cambio climático es uno de los desafíos más significativos que enfrenta la humanidad en el siglo XXI, ya que la creciente emisión de gases de efecto invernadero ha provocado un aumento global de las temperaturas, generando patrones climáticos extremos y alteraciones ecológicas a nivel mundial (Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC], 2021). Este fenómeno tiene implicaciones directas e indirectas en múltiples dimensiones, incluyendo la salud humana, la biodiversidad, la economía y la estructura social (Smith, Koolhaas, & Laan, 2012; IPCC, 2021).

³⁹ Dentista Universidad de Chile. Magister en Asentamientos Humanos y Medio Ambiente, Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales, Pontificia Universidad Católica de Chile. Encargada Area Medio ambiente y bienestar de APROB.

El efecto de la isla de calor urbana (ICU) es un fenómeno bien establecido en el ámbito urbano, caracterizado por temperaturas más altas en las zonas urbanas en comparación con sus entornos rurales. Este efecto se debe a factores como la composición de los materiales urbanos y la intensa actividad humana. La ICU evidencia cómo el entorno construido y las actividades humanas contribuyen significativamente a las variaciones climáticas a nivel local, impactando así la calidad de vida de los residentes urbanos (Stone Jr., 2005; Oke et al., 2017).

Durante las últimas décadas, el cambio climático ha exacerbado aún más este fenómeno de las ICU, intensificando las diferencias de temperatura entre áreas urbanas y rurales. El aumento en las temperaturas urbanas, agravado por las complejidades actuales de la urbanización y la modificación del paisaje natural, provoca un efecto sinérgico con las olas de calor, las cuales han aumentado en frecuencia y severidad, provocando una sensación térmica inusualmente elevada en zonas muy urbanizadas (Oke et al., 2017).

Fenómenos como la metropolización y la consiguiente densificación y fragmentación urbana, van generando espacios en la ciudad propicios para que se produzca el fenómeno de las ICU, ya que alteran la morfología y las características sociodemográficas de las urbes, modificando no solo su apariencia física, sino también su funcionalidad ecológica y su capacidad para proporcionar un entorno de vida saludable (Moura, 2016), apareciendo autopistas que dividen barrios, zonas periféricas de la ciudad con escasa infraestructura pública y zonas hiperdensificadas donde no se planifican parques y ni espacios públicos de recreación.

Estos cambios ambientales y estructurales demandan una estrategia integral que considere tanto las infraestructuras físicas como las necesidades sociales de sus habitantes, ya que, a pesar de los esfuerzos de la planificación urbana y las normativas para regular y mejorar la habitabilidad en los barrios, las ciudades continúan siendo hábitats hostiles para los grupos poblacionales más vulnerables, poniendo en riesgo su salud y bienestar (Hoornweg, Freire, Lee, Bhada-Tata, & Yuen, 2011), ahora con nuevas amenazas, como la exposición al calor extremo como consecuencia del cambio climático.

TEMPERATURA EXTREMA EN EL GRAN SANTIAGO Y DISTRIBUCIÓN SOCIOESPACIAL

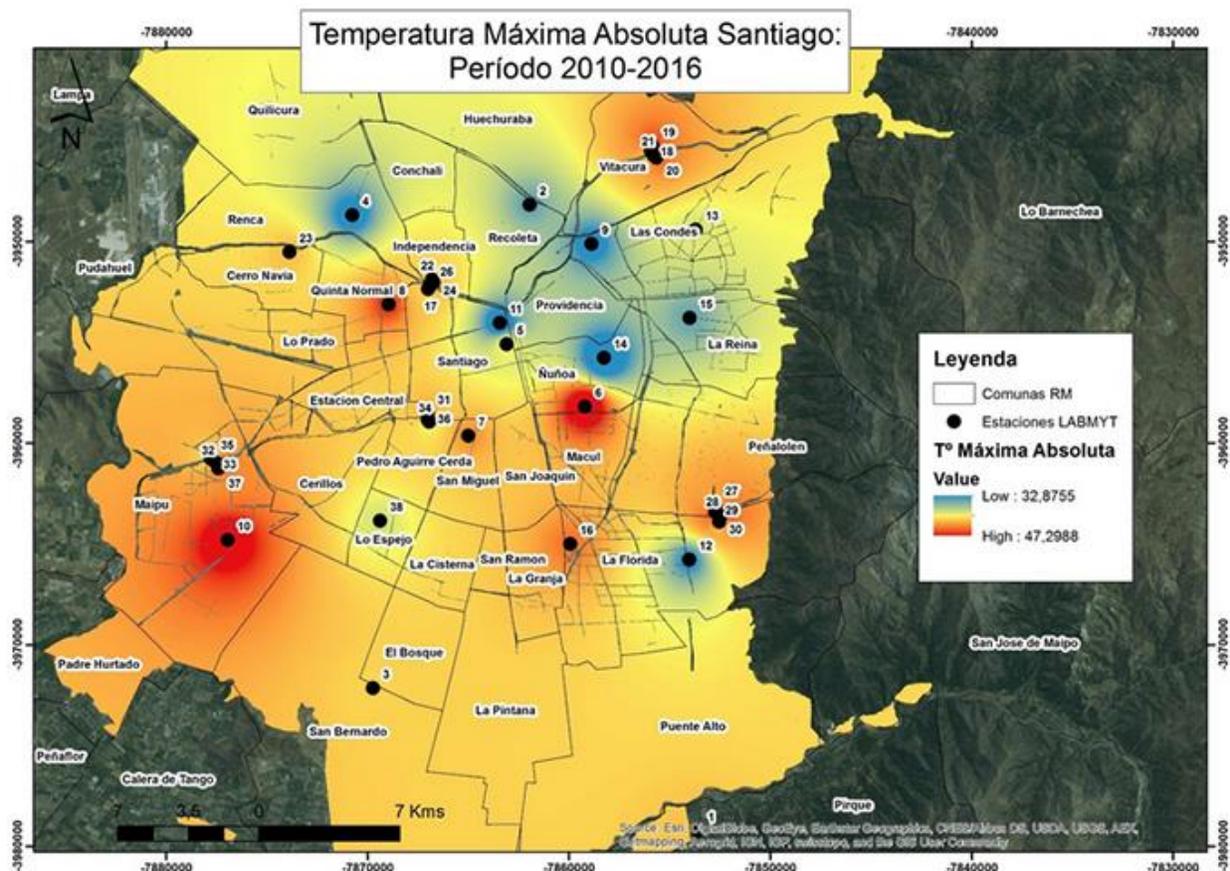
Aunque los efectos del calor extremo han sido ampliamente estudiados en ciudades del hemisferio norte, las características únicas de las ciudades latinoamericanas —con sus distintas culturas, geografías, y estructuras demográficas, marcadas por una pronunciada segregación urbana y desigualdades sociales— sugieren que la incidencia y los efectos del calor extremo en estas regiones podrían ser notablemente diferentes, sin embargo, hasta ahora, hay una limitada cantidad de investigaciones sobre cómo el cambio climático afecta específicamente a las ciudades latinoamericanas.

Por otro lado, las grandes urbes actuales, con su diversidad interna y una densificación en aumento, conforman un entramado complejo, el cual va adoptando diversas configuraciones morfológicas y sociales las cuales son capaces de modificar las condiciones de vida que inciden directamente en la salud y el bienestar de sus residentes. Santiago de Chile no es una

excepción para este problema, ya que es una ciudad que se ha mantenido en constante crecimiento, actualmente compuesta por 40 comunas en su área urbana, las cuales, de acuerdo con los datos obtenidos en el Censo de 2017, contiene 6.257.516 habitantes lo que representa un 35,6% de la población chilena y un 88% del total de la Región Metropolitana.

Recientemente algunos estudios han mostrado la distribución espacial de la temperatura superficial del Gran Santiago en la época estival, demostrando que la ciudad metropolitana de Santiago, debido a sus altos índices de segregación urbana, la distribución inequitativa de áreas verdes, y las importantes diferencias en las características del entorno construido que existen entre sus comunas y barrios, presenta importantes diferencias en las temperaturas superficiales, las cuales están intrínsecamente relacionadas con la distribución espacial del nivel socioeconómico de los barrios. En la Figura 1 se puede observar la distribución de temperaturas máximas en el periodo de 2010 a 2016, en las comunas del Gran Santiago. (Sarricolea et al., 2022).

Figura 1: Temperaturas máximas absolutas de Santiago en el periodo de 2010-2016



Fuente: Sarricolea et al., 2022.

En la misma línea de lo que plantea Sarricolea et al., existen estudios en países europeos y Estados Unidos que reportan una distribución espacial de las áreas verdes urbanas asociadas al nivel socioeconómico de las personas que viven en las distintas zonas de la ciudad (Conway, Li, Wolch, Kahle, & Jerrett, 2010), y también se ha observado en otros reportes que las áreas verdes urbanas y los barrios más ecológicos se constituyen como recursos urbanos valiosos, aumentando el valor de las viviendas que se emplazan en estas zonas, lo que las hace menos accesibles a los habitantes con menores ingresos (Markevych et al., 2017). Sumado a esto, la evidencia muestra que la presencia de áreas verdes urbanas y cobertura vegetal, junto con grandes masas de agua, constituyen uno de los principales factores que inciden en la temperatura superficial urbana, mitigando los efectos de las temperaturas extremas y mejorando el confort térmico de las personas que viven en barrios con mayor cantidad de áreas verdes.

Para el caso de Chile, existen pocos estudios que hayan determinado la distribución espacial de las áreas verdes en las zonas urbanas del país, sin embargo, de acuerdo con un trabajo realizado el año 2010, del Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales de la Universidad Católica de Chile, las áreas verdes en la ciudad de Santiago se distribuyen inequitativamente en términos de acceso, tamaño y superficie total, y esta distribución desigual está relacionada con el nivel socio- económico de la población (Reyes-Paecke & Figueroa, 2010).

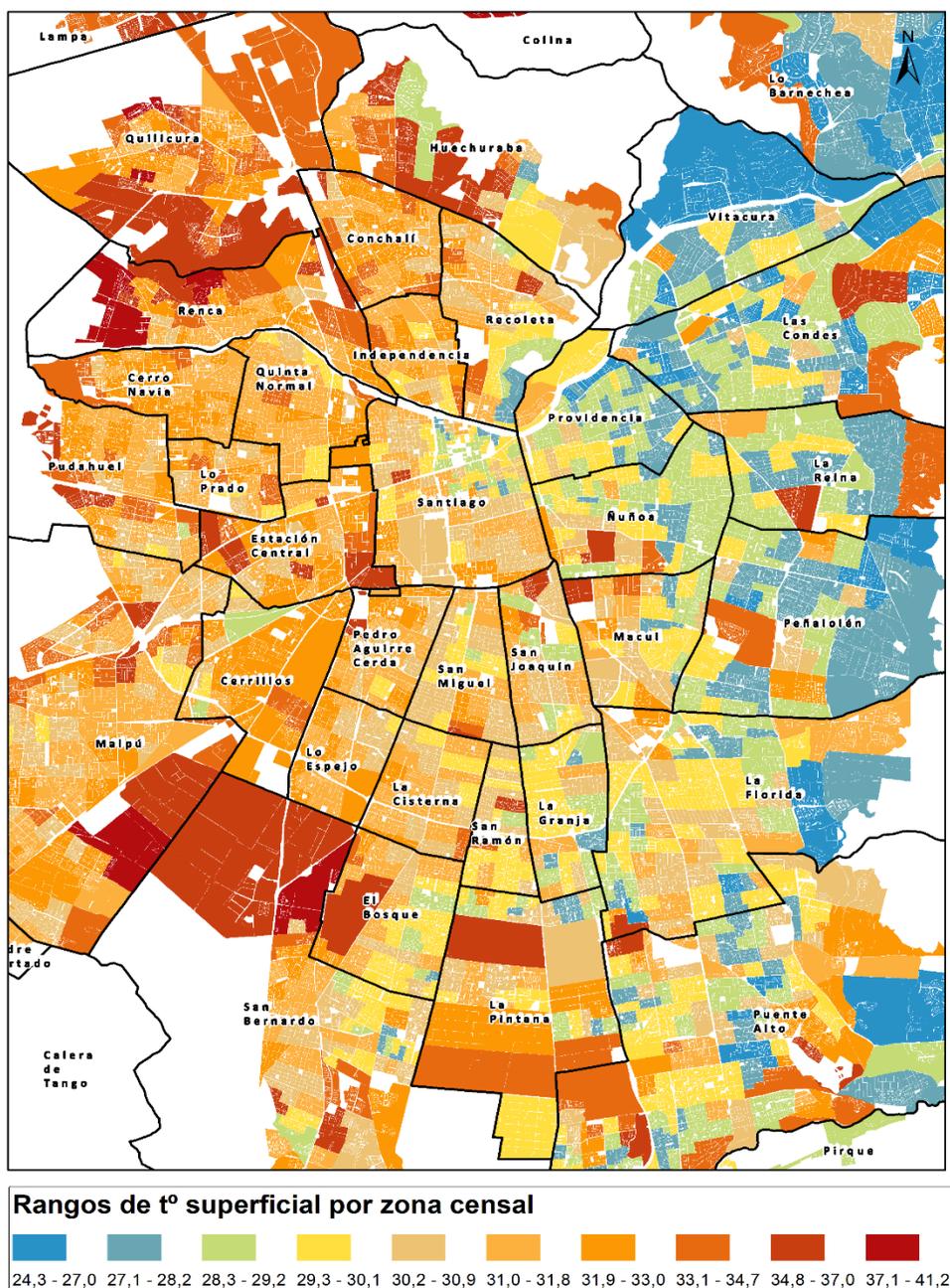
Con el objetivo de determinar los valores de las temperaturas superficiales máximas a las que pueden llegar los barrios del Gran Santiago en un día de calor extremo, durante un evento de ola de calor, se realizó un mapeo de la temperatura superficial del área urbana de la RM. Para obtener los datos de temperatura superficial, se utilizó un enfoque basado en imágenes satelitales Landsat 9, obtenidas a través del visor de la NASA GLOVIS. De esta forma, mediante el análisis de las bandas espectrales 2, 3, 4, 5 y 10, proporcionadas por la información satelital de estas imágenes, se calculó la radiancia y emisividad de la superficie terrestre. Estos cálculos permitieron estimar el Índice de Vegetación de Diferencia Normalizada (NDVI) y, a su vez, obtener la temperatura superficial en el área de estudio. Para llevar a cabo estos cálculos, se empleó el software ArcGIS 10.7, el cual permitió la generación de mapas de temperatura superficial por cada manzana censal en el área urbana de la Región Metropolitana y posteriormente permitió agrupar esta información en zonas censales.

Para efectos metodológicos, se consideró como definición de condiciones extremas de calor al percentil igual o superior al 90 para definir las olas de calor o eventos extremos de altas temperaturas, en relación al conjunto de datos del periodo. La medición se realizó a escala de zona censal, que es la más representativa con la idea de barrio que existe en Chile.

En el contexto urbano de Santiago, de acuerdo con la Figura 2, se observa una relación significativa entre la disposición geográfica de los niveles socioeconómicos y la temperatura superficial, donde aparecen las temperaturas más bajas principalmente en el cono oriente de la ciudad, lo que resulta en una desigualdad notable en la exposición a calor extremo entre distintos grupos demográficos. Es así como, las altas temperaturas en días de calor extremo se intensifican aún más en los barrios más desfavorecidos, carentes de infraestructura verde y cuyas construcciones, así como los materiales seleccionados, contribuyen al almacenamiento de calor.

Esta distribución desigual de zonas verdes y diseño urbanístico provoca una vulnerabilidad diferencial ante episodios de calor severo, especialmente para los grupos vulnerados, que tienen menos condiciones para refugiarse de las altas temperaturas y en general presentan mayores barreras de acceso a la atención sanitaria.

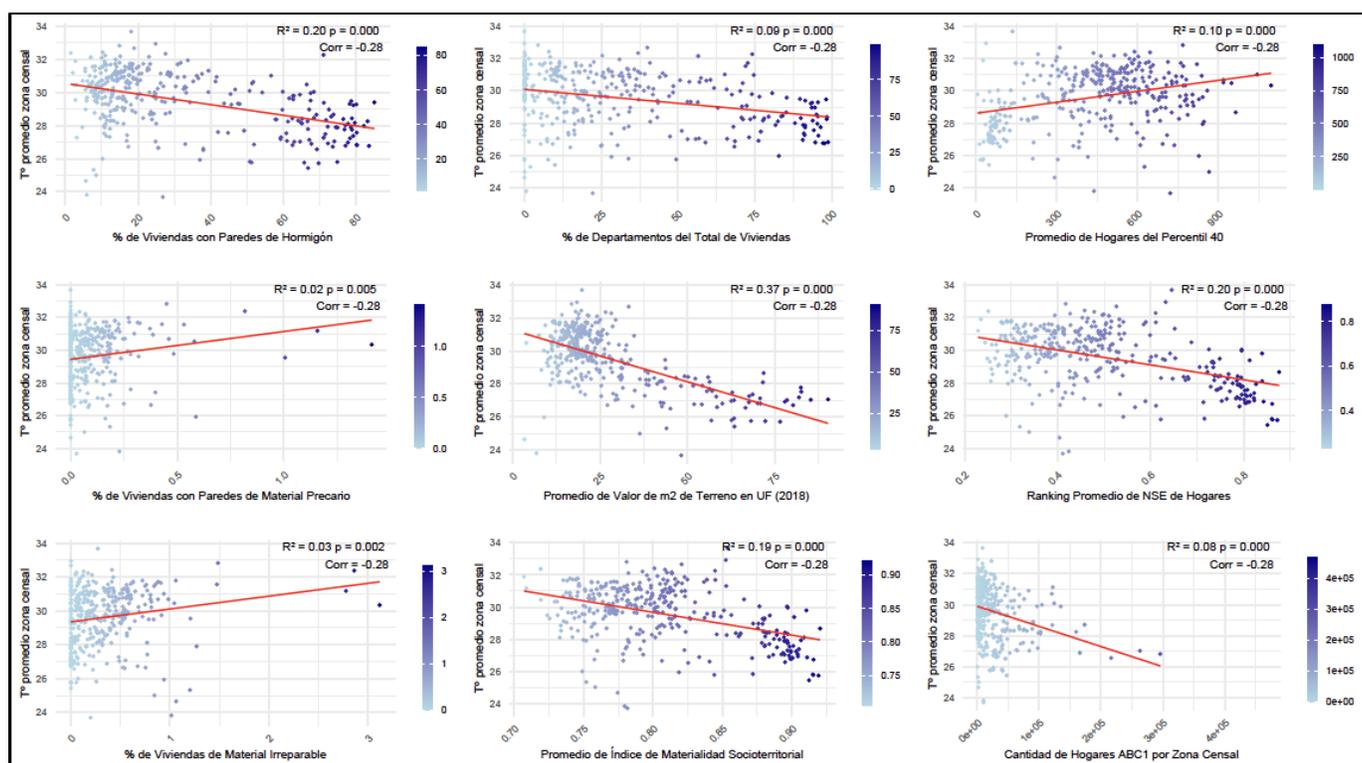
Figura 2: Temperaturas superficiales por zona censal del Gran Santiago en un día de calor extremo de febrero de 2023 (34°C de temperatura atmosférica).



Elaboración propia.

Con el objetivo de profundizar esta relación entre la temperatura superficial y las características asociadas al entorno construido que influyen en ésta, a escala de barrios, se realizaron múltiples correlaciones entre el promedio de la temperatura superficial en las zonas censales del Gran Santiago y diversas variables del entorno construido. Para cuantificar la temperatura superficial, se utilizó como unidad espacial la zona censal, ya que es la unidad más semejante en tamaño a la idea de barrio, siendo un buen proxy, y se evaluó la relación entre la temperatura superficial y factores como la composición de materiales de las viviendas, la distribución de tipos de vivienda, densidad habitacional y medidas socioeconómicas, en días de calor extremo durante el verano del 2022-2023, como se observa en el gráfico 1.

Gráfico 1: Correlaciones entre el promedio de la T° superficial de las zonas censales del Gran Santiago y las características del entorno construido.



Elaboración propia

Las variables analizadas incluyeron el porcentaje de viviendas con paredes de hormigón, que sirve como proxy de la calidad de las viviendas. También se consideró el porcentaje de viviendas tipo departamentos respecto del total de viviendas, que sugirió un efecto de la densidad de construcción en la temperatura, el promedio de valor del metro cuadrado de terreno en unidades fiscales reflejó el impacto económico en la planificación urbana y su posible influencia en la configuración térmica del ambiente. Además, se incluyeron variables

socioeconómicas como el promedio de hogares del percentil 40 y el ranking promedio del NSE de hogares, que proporcionaron un contexto sobre cómo la estratificación social puede estar relacionada con la temperatura ambiental.

La inclusión del promedio del índice de materialidad socio-territorial y la cantidad de hogares ABC1 por zona censal aporta una capa adicional al análisis socio-espacial, permitiendo profundizar el análisis del entorno construido de acuerdo a componentes socioeconómicos y de escolaridad, hacinamiento, allegamiento y materialidad de la vivienda, proporcionando algunas variables sociales y de modos de vida que podrían estar vinculadas a patrones térmicos determinados.

Los resultados de este análisis proporcionaron importante información respecto de cómo diferentes aspectos del entorno construido, las dinámicas socioeconómicas y los modos de vida interactúan en el clima urbano. Las viviendas con paredes de hormigón, conocidas por su capacidad aislante, se correlacionan con temperaturas superficiales más bajas, destacando cómo la elección de materiales en la construcción urbana puede contribuir a combatir el calor urbano. Por otro lado, las zonas con una alta densidad de departamentos muestran temperaturas superficiales elevadas, reflejando el impacto de la urbanización intensiva en la acumulación de calor.

El nivel socioeconómico es un indicador importante ya que los hogares del percentil 40, que representan ingresos medios a bajos, están frecuentemente ubicados en zonas más cálidas, lo que sugiere una exposición mayor al calor extremo en los sectores menos acomodados. Esta situación se invierte en las áreas de mayor valor inmobiliario donde reside una mayor proporción de hogares de alto nivel socioeconómico (NSE), que se emplazan en entornos más frescos, debido a una mayor presencia de infraestructura verde y mejor planificación urbana.

El análisis también reveló una correlación positiva entre las temperaturas superficiales y la presencia de viviendas construidas con materiales precarios o en estado irreparable, lo que releva la influencia de la calidad de la vivienda en la regulación térmica ambiental. Además, el índice de materialidad socio territorial aporta otra capa de comprensión, vinculando la calidad de la construcción y la vulnerabilidad social relacionada con modos de vida, cómo mayores índices de hacinamiento, allegamiento y menores niveles de escolaridad, con áreas de mayor temperatura superficial.

Los resultados de este análisis muestran una tendencia clara que indica que las zonas con menores recursos y peores condiciones de vivienda se encuentran en desventaja frente a la creciente problemática de las islas de calor urbano, existiendo una distribución desigual de temperaturas dentro de la ciudad, lo cual amplifica las desigualdades sociales existentes, que traspasan incluso las barreras geográficas comunales, llegando a reflejarse incluso a escala de barrios.

TEMPERATURA EXTREMA EN EL GRAN SANTIAGO Y EFECTOS EN SALUD

Para determinar cuáles son los efectos que causa la exposición del calor extremo en la salud de la población se analizaron datos de las consultas diarias de urgencias en los

establecimientos de atención primaria de la Región Metropolitana desde el 1 de noviembre de 2022 hasta el 21 de marzo de 2023, utilizando el método de series de tiempo y análisis estadístico para conteo casuístico, modelo de Poisson y Poisson Zero inflado, permitiendo determinar con una validez estadística de $p < 0,05$ el riesgo de que aumenten las consultas de urgencias por causas específicas en días de calor extremo.

Se realizó este análisis con un enfoque territorial para evidenciar las diferencias de temperatura superficial en los diferentes barrios del Gran Santiago, continuando con la escala metodológica del análisis previo, considerando que los establecimientos de salud de atención primaria se encuentran emplazados en los territorios, a escala infra-comunal y se hacen cargo de la comunidad que les corresponde por pertinencia geográfica, y así determinar los posibles efectos por causa de la exposición diferenciada al calor extremo en grupos poblacionales expuestos a diferentes temperaturas superficiales durante los días de calor extremo.

IMPACTOS SOBRE PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES O CIRCULATORIAS

Los resultados de este análisis exploratorio reflejaron patrones de asociación entre la exposición al calor extremo urbano y la frecuencia de consultas de urgencia por patologías cardiovasculares o circulatorias, respiratorias y de salud mental. En efecto, las consultas de urgencia por arritmias graves, accidentes cerebrovasculares y por el total de causas circulatorias mostraron una tendencia ascendente significativa durante los *peaks* de calor extremo en algunas comunas de la zona norte y suroriente de la ciudad, lo cual muestra la susceptibilidad de ciertos segmentos de la población a agudizar sus patologías crónicas relacionadas al sistema cardiovascular durante una exposición aguda a altas temperaturas (los detalles de estos resultados se muestran en la Tabla 1).

Tabla 1. Aumento de consultas de urgencia por causas circulatorias y temperatura superficial en Santiago

Establecimiento de urgencia	Comuna	Causa Consulta de urgencia	aumento de consultas	p valor	lag	Mean max*	Max*	Nº de manzanas
SAPU Libertadores	Huechuraba	Arritmia grave	71.6%	0.044	0	31.6°C	41.5°C	447
SAPU Dr José Manuel Balmaceda	Pirque	Total causas	77.7%	0.004	0	29.7°C	36.5°C	108

SAPU Lo Franco	Quinta Normal	ACV	56.4%	0.007	0	31.6°C	35.5°C	269
SAPU Santo Tomás	La Pintana	Arritmia grave	43.6%	0.024	0	28.6°C	32.5°C	405
SAPU Santo Tomás	La Pintana	Total causas	7.7%	0.011	0	28.6°C	32.5°C	405
SAPU Cóndores de Chile	El Bosque	Total causas	6.2%	0.005	1	30.2°C	33.7°C	129
SAR Padre Manuel Villaseca	Puente Alto	ACV	19.5%	0.049	1	28.6°C	36.2°C	1222
SAPU Pablo de Rokha	La Pintana	Total causas	77.5%	0.027	1	30.5°C	34.4°C	250
SAPU San Luis	Peñalolén	Total causas	40.4%	0.041	3	27.7°C	33.2°C	245
SAPU Violeta Parra	Pudahuel	Total causas	8.3%	0.009	4	30.8°C	34.1°C	806
SAR Padre Manuel Villaseca	Puente Alto	Arritmia grave	10.4%	0.045	5	28.6°C	36.2°C	1222

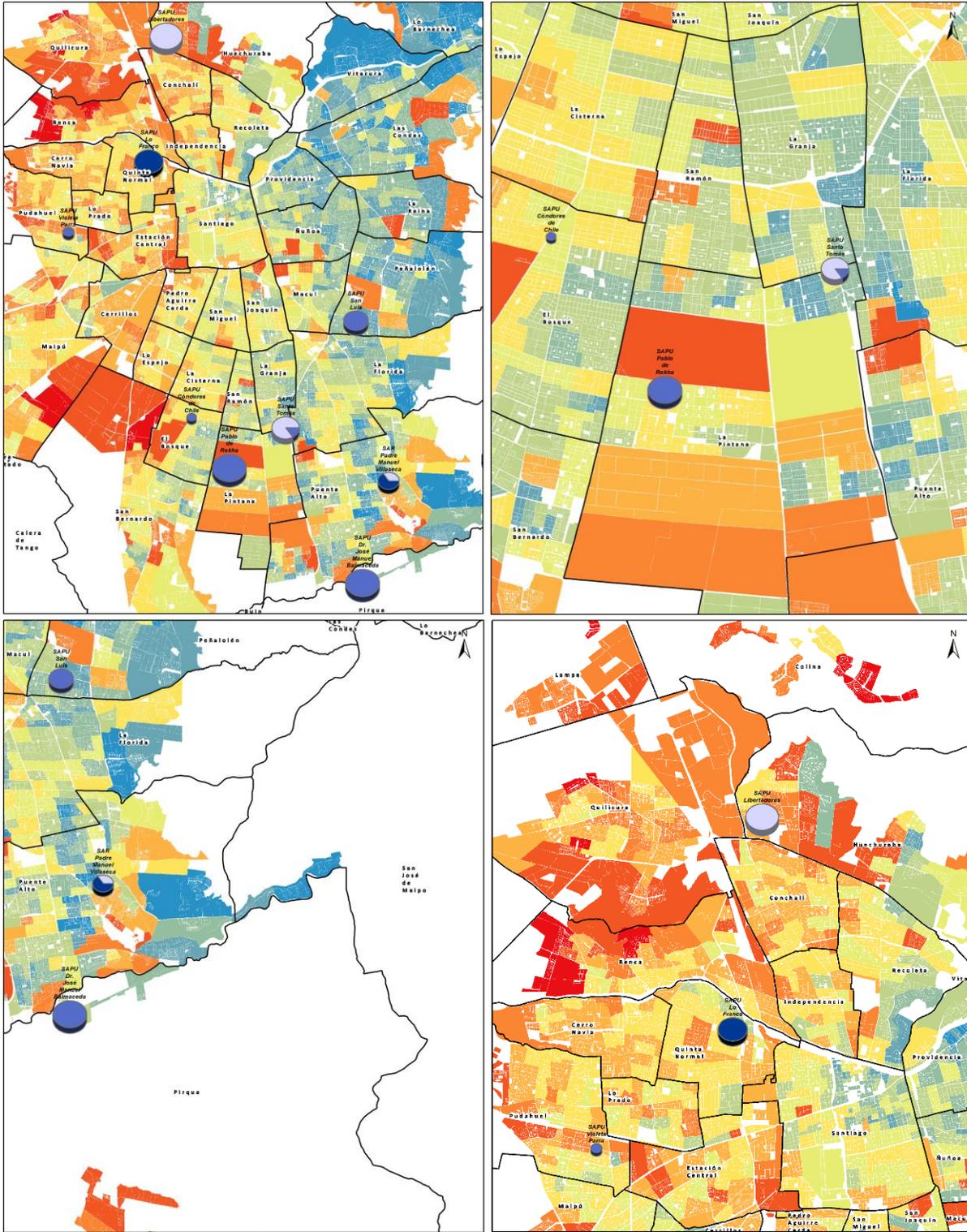
*Mean max se refiere al promedio de las tº más altas de las manzanas incluidas en las zonas censales que pertenecen al territorio del establecimiento.

**Max se refiere al valor de la manzana con la tº más alta de las zonas censales que pertenecen al territorio del establecimiento.

El análisis estadístico, utilizando modelos de regresión como Poisson y PZI, demuestra un incremento significativo en las consultas por estas patologías asociado con aumentos de temperatura superficial, particularmente en áreas urbanas densamente pobladas y con infraestructura verde limitada. Los valores de 'p' indican una relación estadísticamente significativa. La distribución espacial se puede observar en la Figura 3.

La Figura 3 muestra en la esquina superior izquierda el mapa del Gran Santiago dividido por zona censal con su respectiva temperatura superficial y los establecimientos de APS que presentan aumento de consultas de urgencia por causas circulatorias en días de calor extremo durante el verano de 2023-2024, en el resto de los cuadrantes se aprecia un zoom de la zona sur, suroriente y norte de la ciudad respectivamente.

Figura 3. Distribución espacial del aumento de consultas de urgencia por causas circulatorias y temperatura superficial en Santiago



Causas circulatorias

Sum of Fields

- 52
- Artritis grave
- TOTAL CAUSAS SIST. CIRC.
- ACV

Rangos de m² superficial por zona censal

24.3 - 27.0	28.3 - 29.2	30.2 - 30.9	31.9 - 33.0	34.8 - 37.0
27.1 - 28.2	29.3 - 30.1	31.0 - 31.8	33.1 - 34.7	37.1 - 41.2

IMPACTOS EN SALUD MENTAL

En la Tabla 2 se observan los impactos de calores extremos específicamente en la salud mental.

Tabla 2. Aumento de las consultas de urgencia por causas de salud mental

Establecimiento	Comuna	Causa Consulta de urgencia	Aumen- -to de consul- -tas	p valor	lag	Mean max** *	Max*** *	N° de manza- -nas
SAPU Huamachuco	Renca	Total causas	55.7%	0.045	0	31.78	42.31	123
SAPU Libertadores	Huechura- -ba	Trastornos del Humor**	33.8%	0.002	0	31.55	41.47	447
SAR Conchalí	Conchalí	Ideación Suicida (R45.8)	68.9%	0.000	0	32.02	37.13	541
SAR Conchalí	Conchalí	Total causas	3.8%	0.033	0	32.02	37.13	541
SAPU Dr José Manuel Balmaceda	Pirque	Total causas	10.6%	0.049	0	29.65	36.46	108
SAPU Lucas Sierra	Conchalí	Total causas	6.1%	0.040	0	31.71	35.24	581
SAPU Pablo de Rokha	La Pintana	Trastornos neuróticos*	8.0%	0.029	0	30.51	34.39	250
SAPU Confraternida d	San Bernardo	Trastornos del Humor**	173.7%	0.015	0	29.84	33.58	245
SAPU Dr Alberto Allende Jones	Talagante	Total causas	56.5%	0.021	0	30.08	32.58	210
SAPU Bernardo Leighton	Puente Alto	Trastornos neuróticos*	5.0%	0.022	1	28.95	35.90	607

SAPU Maipú	Maipú	Trastornos neuróticos*	6.2%	0.049	1	31.19	36.80	591
SAPU Eduardo Frei Montalva	La Cisterna	Total causas	7.1%	0.001	2	30.74	33.21	265
SAPU Eduardo Frei Montalva	La Cisterna	Trastornos neuróticos*	7.7%	0.001	2	30.74	33.21	265
SAPU N° 2 Irene Frei de Cid	Quilicura	Trastornos neuróticos*	31.9%	0.001	2	31.68	37.83	310
SAR Julio Acuña Pinzón	Lo Espejo	Trastornos neuróticos*	3.7%	0.043	3	32.02	38.13	411
SAR La Estrella	Pudahuel	Total causas	3.6%	0.037	3	31.70	33.79	321
SAPU La Faena	Peñalolén	Ideación Suicida R458	103.8%	0.033	3	27.87	35.48	537
SAR Colina	Colina	Trastornos neuróticos*	52.8%	0.019	3	31.11	41.23	425
SAPU Los Castaños	La Florida	Total causas	5.7%	0.026	4	27.86	33.74	435
SAPU Alberto Bachelet	Conchalí	Total causas	7.9%	0.039	5	30.82	35.72	319
SAPU Alberto Bachelet	Conchalí	Trastornos neuróticos*	8.8%	0.035	5	30.82	35.72	319
SAPU La Faena	Peñalolén	Total causas	15.3%	0.018	5	27.87	35.48	537
SAPU Libertadores	Huechura -ba	Total causas	12.5%	0.007	5	31.55	41.47	447
SAPU Los Castaños	La Florida	Trastornos neuróticos*	6.6%	0.025	5	27.86	33.74	435
SAPU San Rafael	La Pintana	Total causas	9.9%	0.011	5	30.45	37.43	252
SAPU San Rafael	La Pintana	Trastornos neuróticos*	8.4%	0.037	5	30.45	37.43	252
SAPU Santiago de	La Pintana	Total causas	3.7%	0.017	5	29.39	35.13	275

Nueva Extremadura								
SAR Conchalí	Conchalí	Ideación Suicida R458	71.1%	0.000	5	32.02	37.13	541
SAR La Pincoya	Huechura -ba	Total causas	3.1%	0.026	5	28.54	36.67	437
SAR La Pincoya	Huechura -ba	Trastornos neuróticos*	4.3%	0.014	5	28.54	36.67	437

Elaboración propia

* El diagnóstico completo de acuerdo con la codificación CIE-10 es: Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos F40 F48 (Incluido trastorno de pánico F410)

** El diagnóstico completo de acuerdo con la codificación CIE-10 es: Trastornos del Humor (Afectivos) (F30-F39)

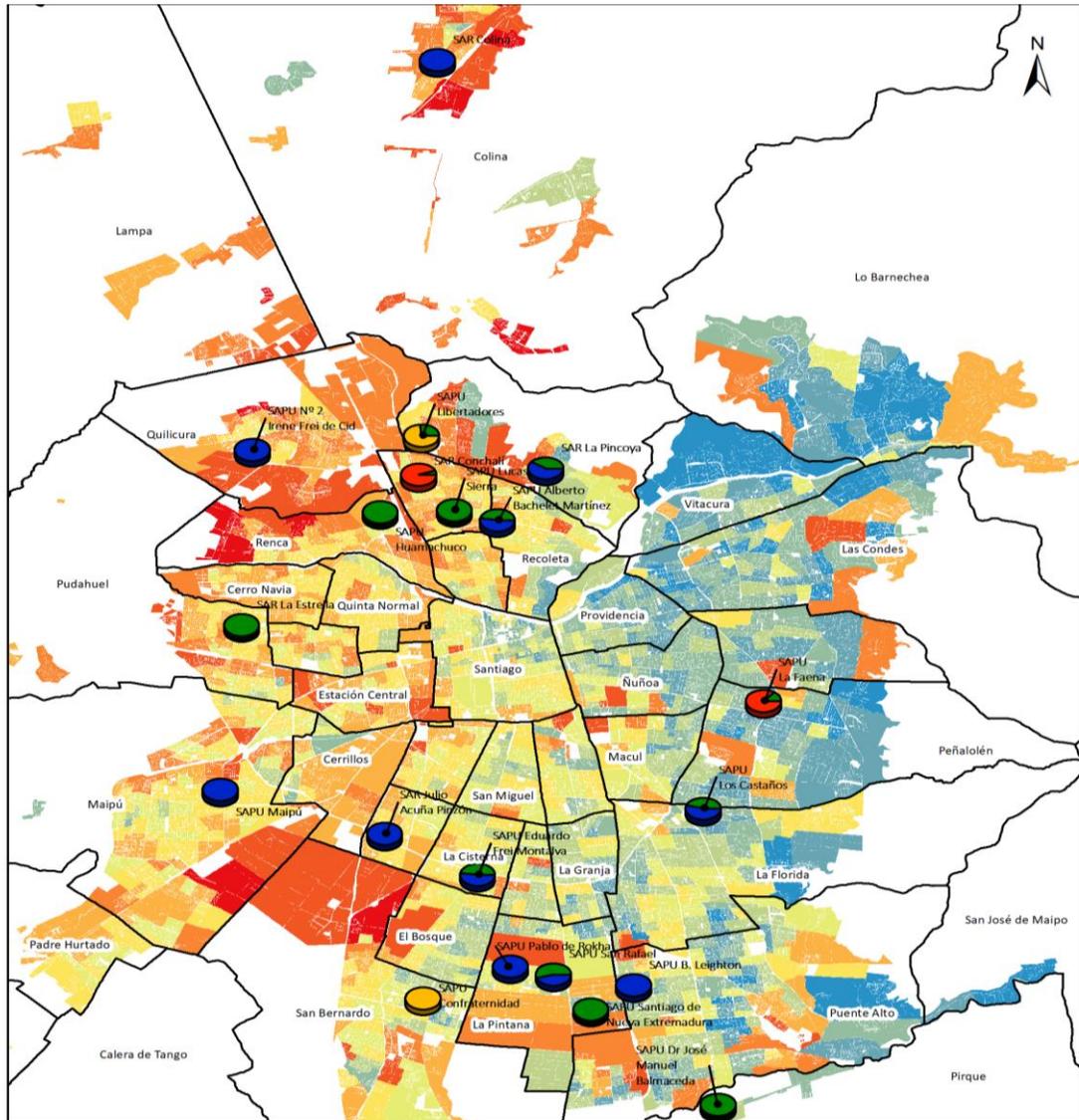
***Mean max se refiere al promedio de las tº más altas de las manzanas incluidas en las zonas censales que pertenecen al territorio del establecimiento.

****Max se refiere al valor de la manzana con la tº más alta de las zonas censales que pertenecen al territorio del establecimiento.

Respecto de las consultas por causas de salud mental, se observa un interesante hallazgo, al encontrar asociaciones positivas con significancia estadística para algunos diagnósticos específicos como los trastornos neuróticos, trastornos del humor o afectivos o, incluso, consultas de urgencia por causa de ideación suicida, además de observarse un aumento de consultas de urgencia por el total de causas de salud mental en un importante número de establecimientos de salud de la Región. La distribución espacial también se concentra en las zonas norte, poniente y sur oriente de la ciudad, es decir, en los barrios que presentan mayores temperaturas superficiales. También se puede observar que estas patologías pueden presentarse incluso con un desfase de hasta cinco días posterior a la exposición del calor extremo. Sin embargo, será importante investigar en más profundidad los motivos de las causas del *delay* en las consultas, porque de acuerdo con otros estudios, esto puede ocurrir no solo por factores biológicos, sino también por algunas barreras en el sistema de salud u otras causas. En la Tabla 2 se observan los detalles del aumento de las consultas de urgencia por causas de salud mental y en la Figura 4 se observa la distribución espacial.

En la Figura 4 se muestra el mapa del Gran Santiago dividido por zona censal con su respectiva temperatura superficial y los establecimientos de APS que presentan aumento de consultas de urgencia por causas de salud mental en días de calor extremo durante el verano de 2023-2024.

Figura 4. Establecimientos de APS que presentan aumento de consultas de urgencia por causas de salud mental en días de calor extremo



Causas Salud Mental



TOTAL CAUSAS DE TRASTORNOS MENTALES (F00-F99)

Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40-F48) incluido el trastorno de pánico (F41.0)

Trastornos del Humor (Afectivos) (F30-F39)

Ideación Suicida (R45.8)

Rangos de nº superficial por zona censal

24,3 - 27,0	28,3 - 29,2	30,2 - 30,9	31,9 - 33,0	34,8 - 37,0
27,1 - 28,2	29,3 - 30,1	31,0 - 31,8	33,1 - 34,7	37,1 - 41,2

IMPACTOS EN SALUD RESPIRATORIA

En cuanto a los resultados de las consultas por urgencias respiratorias, se observa un patrón de distribución espacial levemente diferente respecto de las otras causas, apareciendo algunos establecimientos que no se encuentran ubicados en las comunas identificadas como las que presentan los patrones con las temperaturas superficiales más altas de la región, como es el caso del SAPU Aníbal Ariztía de Las Condes, el SAPU La Reina o el SAPU Centro de Urgencia Ñuñoa.

Sin embargo, al observar en la Tabla 3 la categoría Max, que indica las manzanas de las zonas censales con las temperaturas más altas asociadas a cada establecimiento de salud, se aprecia que aunque estas comunas presentan zonas censales con promedios de temperaturas más bajas, existen en su interior algunas zonas con temperaturas más elevadas, lo cual puede generar un impacto en la salud de la población residente de estas localidades. En estos casos se hace particularmente evidente el efecto de la Isla de Calor Urbana, dónde las condiciones de habitabilidad y la infraestructura pública de los barrios juegan un rol clave. Las Figuras 5 y 6 muestran la distribución espacial de estas consultas en la ciudad de Santiago.

Tabla 3: Aumento de consultas de urgencia por causas respiratorias y temperatura superficial en Santiago.

Establecimiento	Comuna	Causa Consulta de urgencia	Aumento de consultas	p valor	lag	Mean max*	Max**	Nº de manzana
SAPU Aníbal Ariztía	Las Condes	IRA Alta (J00-J06)	26.1%	0.028	0	27.84	36.08	1392
SAPU Centro de Urgencia Ñuñoa	Ñuñoa	Otra causa respiratoria (J22, J30-J39, J47, J60-J98)	68.5%	0.029	0	28.70	31.39	290
SAPU Confraternidad	San Bernardo	Neumonía (J12-J18)	105.9%	0.033	0	29.84	33.58	245
SAPU Dr José Manuel Balmaceda	Pirque	Otra causa respiratoria (J22, J30-J39, J47, J60-J98)	25.4%	0.022	0	29.65	36.46	108

SAPU José Bauzá	Lampa	Crisis obstructiva bronquial (J40-J46)	42.6%	0.017	0	31.93	39.96	328
SAPU La Faena	Peñalolén	Bronquitis/bronquiolitis aguda (J20-J21)	24.6%	0.010	0	27.87	35.48	537
SAPU La Feria	PAC	Bronquitis/bronquiolitis aguda (J20-J21)	47.3%	0.015	0	31.00	35.52	433
SAPU La Reina	La Reina	Bronquitis/bronquiolitis aguda (J20-J21)	31.5%	0.027	0	27.44	34.43	446
SAPU Poetisa Gabriela Mistral	San Ramón	Bronquitis/bronquiolitis aguda (J20-J21)	24.4%	0.030	0	29.79	31.93	241
SAPU San Luis	Peñalolén	IRA Alta (J00-J06)	39.00%	0.027	0	27.73	33.16	245
SAPU San Luis	Peñalolén	Bronquitis/bronquiolitis aguda (J20-J21)	26.6%	0.003	0	27.73	33.16	245
SAR Conchalí	Conchalí	Neumonía (J12-J18)	35.8%	0.036	0	32.02	37.13	541
SAR Conchalí	Conchalí	Bronquitis/bronquiolitis aguda (J20-J21)	20.8%	0.015	0	32.02	37.13	541
SAR Conchalí	Conchalí	Otra causa respiratoria (J22, J30-J39, J47, J60-J98)	17.2%	0.047	0	32.02	37.13	541
SAPU Dr Francisco Boris Soler	Melipilla	Otra causa respiratoria J22, J30J39, J47, J60J98	21.0%	0.048	1	30.44	37.76	102
SAPU Dr José M. Balmaceda	Pirque	IRA Alta J00 J06	3.3%	0.012	3	29.65	36.46	108
SAPU Dr José M. Balmaceda	Pirque	Total causas	3.7%	0.002	3	29.65	36.46	108

SAPU N° 2 Irene Frei de Cid	Quilicura	Otra causa respiratoria J22, J30, J39, J47, J60, J98	7.5%	0.003	3	31.68	37.83	310
SAPU Padre Vicente Irarrázabal	Estación Central	Neumonía J12 J18	57.0%	0.027	3	31.72	35.25	450
SAPU Consultorio N°1	Santiago	Neumonía J12 J18	23.4%	0.037	5	30.46	32.60	249
SAPU Dr Carlos Lorca	El Bosque	Bronquitis/bronquiolitis aguda J20J21	16.6%	0.042	5	29.50	37.01	296
SAPU N° 2 Irene Frei de Cid	Quilicura	Crisis obstructiva bronquial J40 J46	7.6%	0.004	5	31.68	37.83	310

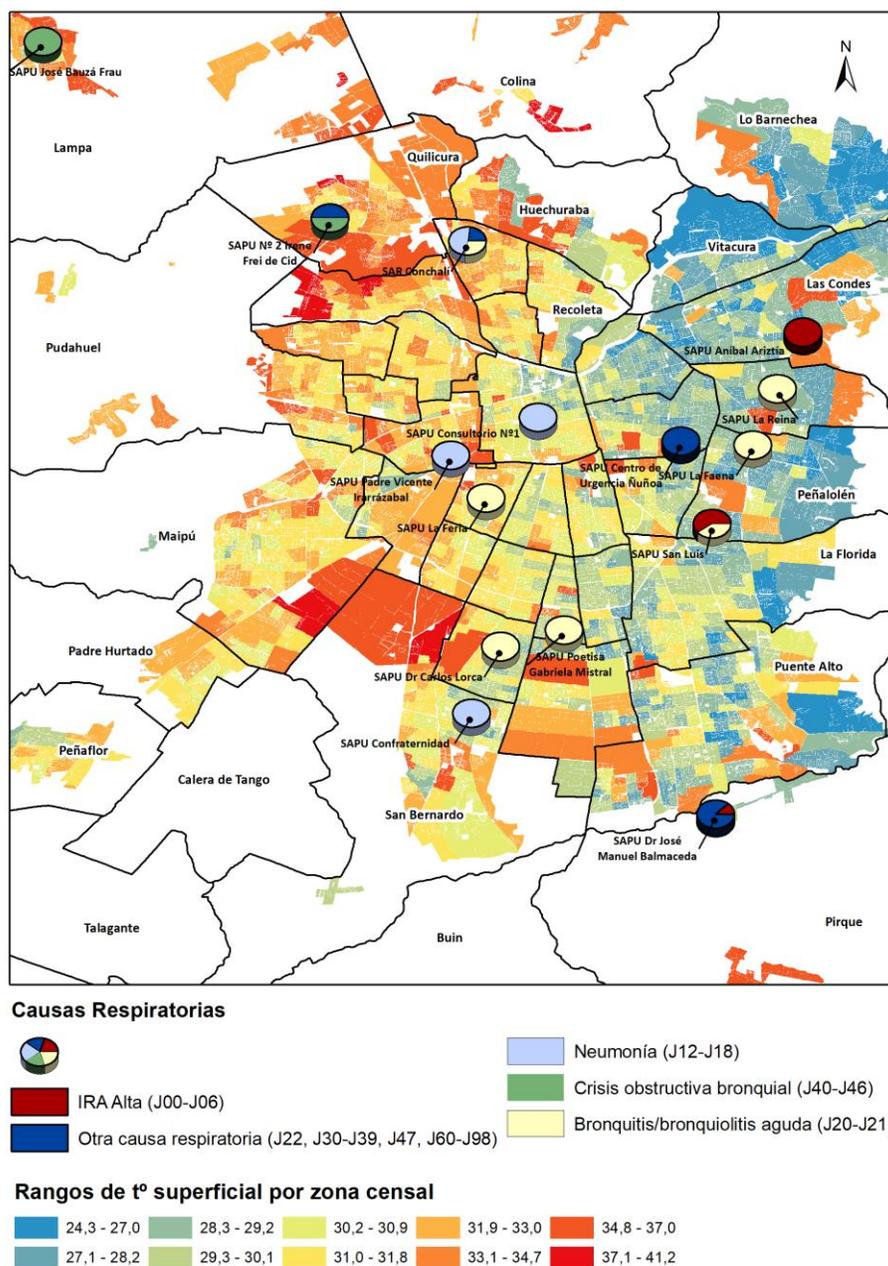
Elaboración propia

*Mean max se refiere al promedio de las t° más altas de las manzanas incluidas en las zonas censales que pertenecen al territorio del establecimiento.

**Max se refiere al valor de la manzana con la t° más alta de las zonas censales que pertenece al territorio del establecimiento.

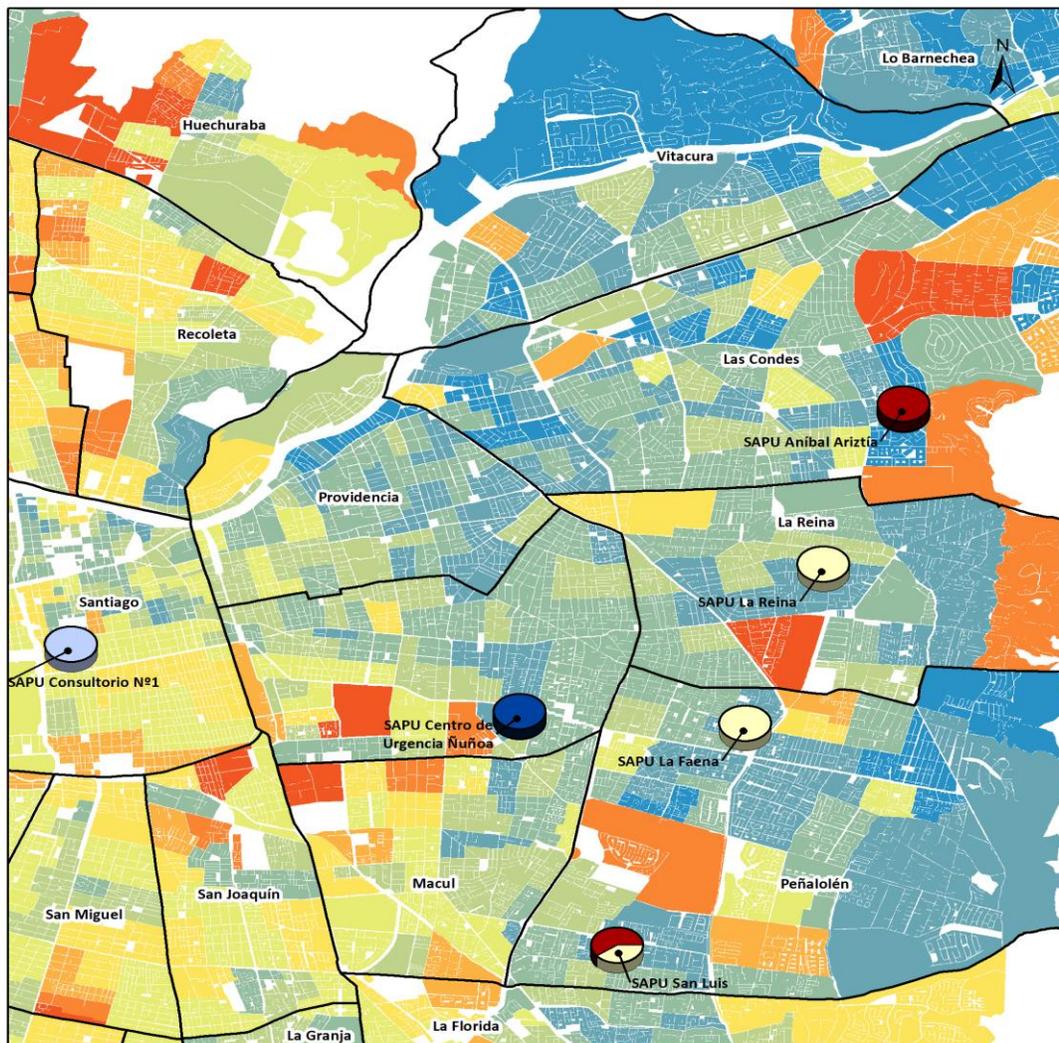
La Figura 5 muestra el mapa del Gran Santiago dividido por zona censal con su respectiva temperatura superficial y los establecimientos de APS que presentan aumento de consultas de urgencia por causas respiratorias en días de calor extremo durante el verano de 2023-2024.

Figura 5. Establecimientos de APS que presentan aumento de consultas de urgencia por causas respiratorias en días de calor extremo (todas las comunas)



La Figura 6, de su parte, muestra un zoom de la zona centro oriente del mapa del Gran Santiago, dividido por zona censal con su respectiva temperatura superficial y los establecimientos de APS que presentan aumento de consultas de urgencia por causas respiratorias en días de calor extremo durante el verano de 2023-2024.

Figura 6. Establecimientos de APS que presentan aumento de consultas de urgencia por causas respiratorias en días de calor extremo (solo comunas del centro oriente del Gran Santiago)



Causas Respiratorias



Rangos de tº superficial por zona censal



CONCLUSIONES

En el contexto de este estudio, se evidencia que las zonas censales con altas temperaturas superficiales, concentradas en las zonas de mayor pobreza, escasez de áreas verdes y peores condiciones de materialidad de las viviendas, se asocian con un mayor número de consultas de urgencia por causas cardiovasculares, respiratorias y de salud mental.

Estos hallazgos respaldan la hipótesis inicial que da curso a esta investigación, corroborando que los factores ambientales juegan un rol fundamental en la mantención de la salud de la población y para este caso en particular el calor extremo.

Los resultados presentados son consistentes con la literatura existente que establece una relación entre el entorno construido, la calidad de las viviendas, la materialidad del entorno, la presencia de áreas verdes y equipamiento urbano con la salud de la población (Mears, Brindley, Maheswaran, & Jorgensen, 2019). De esta forma, se evidencia que la falta de acceso a viviendas de calidad, la exposición a condiciones ambientales desfavorables y la escasez de espacios verdes y equipamiento urbano en zonas segregadas de la ciudad de Santiago, con alta vulnerabilidad socioespacial, contribuyen al aumento de las consultas de urgencia por las causas estudiadas (Gasparrini et al., 2015).

Esto resalta la importancia de abordar la desigualdad en el entorno construido de los barrios de la ciudad, visibilizando la importancia de generar políticas urbanas que prioricen la equidad, el acceso a viviendas dignas, la creación de espacios verdes y la distribución equitativa de servicios de salud.

Junto a lo anterior, considerar la ciudad y el entorno construido como determinantes sociales de la salud, permite reconocer la necesidad de abordar las desigualdades y promover intervenciones que mejoren la calidad de vida y el bienestar de la población. Esto implica acciones que aborden de manera integral los desafíos del urbanismo climático, la vivienda, la infraestructura, el transporte y otros aspectos del entorno que influyen en la salud de las personas, garantizando un entorno saludable y equitativo para todos los habitantes de la ciudad.

Asimismo, es importante considerar las limitaciones del presente trabajo, las cuales solo se pueden interpolar a escalas locales o barriales, por lo cual se vuelve interesante observar con mayor profundidad de análisis que ocurre con estas patologías en la medida que se vuelven más intensos y frecuentes los eventos de calor extremo en Chile.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez, L., & Salazar, A. (2014). Características del Ambiente Urbano como Determinante de Salud en Santa Marta – Colombia. *Revista CES Salud Pública*, 5(1), 11–20. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4804773>

Aravena, H. I. R., & Opazo, D. (2017). Ondas e islas de calor registrados en Santiago de Chile en enero de 2017. En *Os Desafios da Geografia Física na Fronteira do Conhecimento* (pp. 2652–2659). <https://doi.org/10.20396/sbgfa.v1i2017.2454>

BID. (2019). *Creating Livable Cities: Regional Perspectives*. <https://doi.org/10.18235/0001939>

Deng, J., Hu, X., Xiao, C., Xu, S., Gao, X., Ma, Y., ... Pan, F. (2020). Ambient temperature and non-accidental mortality: a time series study. *Environmental Science and Pollution Research*, 27(4), 4190–4196. <https://doi.org/10.1007/s11356-019-07015-8>

Gasparrini, A., Guo, Y., Hashizume, M., Lavigne, E., Zanobetti, A., Schwartz, J., ... Armstrong, B. (2015). Mortality risk attributable to high and low ambient temperature: a multicountry observational study. *The Lancet*, 386(9991), 369–375. [https://doi.org/10.1016/S0140-396736\(14\)62114-0](https://doi.org/10.1016/S0140-396736(14)62114-0)

Hoorweg, D., Freire, M., Lee, M. J., Bhada-Tata, P., & Yuen, B. (2011). *Cities and Climate Change*. En *Cities and Climate Change*. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-8493-0>

Marchand, M., & Gin, K. (2022). The Cardiovascular System in Heat Stroke. *CJC Open*, 4(2), 158–163. <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2021.10.002>

Markevych, I., Maier, W., Fuertes, E., Lehmann, I., von Berg, A., Bauer, C. P., ... Heinrich, J. (2017). Neighbourhood greenness and income of occupants in four German areas: GINIplus and LISApplus. *Urban Forestry and Urban Greening*, 21, 88–95. <https://doi.org/10.1016/j.ufug.2016.11.011>

Mears, M., Brindley, P., Maheswaran, R., & Jorgensen, A. (2019). Understanding the socioeconomic equity of publicly accessible greenspace distribution: The example of Sheffield, UK. *Geoforum*, 103(March), 126–137. <https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2019.04.016>

- Mimish, L. (2012). *Electrocardiographic findings in heat stroke and exhaustion: A study on Makkah pilgrims*. *Journal of the Saudi Heart Association*, 24(1), 35–39. <https://doi.org/10.1016/j.jsha.2011.08.003>
- Oke, T. R. (1982). *The energetic basis of the urban heat island*. *Quarterly Journal of the Royal 40 Meteorological Society*, 108(455), 1–24. <https://doi.org/10.1002/qj.49710845502>
- Oke, Timothy R, Mills, G., Christen, A., & Voogt, J. A. (2017). *Urban Climates*. <https://doi.org/10.1017/9781139016476>
- OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una nación*. En *Comisión sobre Determinantes de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- OPS & OMS. (2016). *Planificación urbana, salud, y sostenibilidad: El caso de las áreas verdes en Santiago de Chile, ¿Cómo avanzamos hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible ?*
- Peña, R., Valdés, M., & Nazzari, C. (2022). *Efecto de las temperaturas extremas en la incidencia de enfermedades cardiovasculares: revisión bibliográfica 2016-2022*. *Revista chilena de cardiología*, 41(1), 51–64. <https://doi.org/10.4067/S0718-85602022000100051>
- Quinteros Cáceres, M. E. (2019). *Medio ambiente y embarazo: un análisis espacial en Temuco (Universidad de Chile)*. Recuperado de <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/handle/123456789/577>
- Reyes-Paecke, S., & Figueroa, I. M. (2010). *Distribución, superficie y accesibilidad de las áreas verdes en Santiago de Chile*. *Eure*, 36(109), 89–110. <https://doi.org/10.4067/s0250-71612010000300004>
- Romero-Aravena, H., & Araya Peña, M. (2006). *Relación espacial y estadística entre las islas de calor de superficie, coberturas vegetales, reflectividad y contenido de humedad del suelo, en la ciudad de Santiago y su entorno rural*. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/118067>. Recuperado de <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/118067>
- Sabatini, F., Cáceres, G., & Cerda, J. (2001). *Segregación residencial en las principales ciudades chilenas: Tendencias de las tres últimas décadas y posibles cursos de acción*. *EURE (Santiago)*, 27(82), 21–42. <https://doi.org/10.4067/S0250-71612001008200002>
- Sarricolea, P., Smith, P., Romero-Aravena, H., Serrano-Notivoli, R., Fuentealba, M., & Meseguer-Ruiz, O. (2022). *Socioeconomic inequalities and the surface heat island distribution in Santiago, Chile*. *Science of The Total Environment*, 155152. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2022.155152>

EL ROL CONCEPTUAL DEL BUEN VIVIR EN LA FORMACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Isabel de Ferrari⁴⁰

Introducción

El concepto de "Buen Vivir", o "Vivir Bien", originado en los saberes ancestrales de los pueblos indígenas de América Latina, como el Sumak Kawsay y el Suma Qamaña, ha ganado relevancia en discusiones globales sobre sostenibilidad y ética social. Este enfoque holístico promueve la armonía tanto con la naturaleza como entre los seres humanos, y sugiere un modelo vital para reformular prácticas en diversas disciplinas, incluida la salud (Huanacuni, 2010). En la educación para la salud, integrar el principio del "Buen Vivir" implica adoptar una visión más amplia del bienestar que supera la perspectiva biomédica tradicional y reconoce la importancia del equilibrio espiritual, social y ambiental (Chancoso, 2010; Walsh, 2008).

El "Buen Vivir" propone beneficios significativos en la formación de profesionales de la salud, destacando una comprensión integral de la salud que abarca bienestar físico, social y espiritual. Esta perspectiva es fundamental para abordar adecuadamente los determinantes sociales de la salud, que frecuentemente son poco relevantes en los modelos educativos convencionales (Huanacuni, 2010). Además, promueve una ética del cuidado basada en la reciprocidad y la interdependencia, preparando profesionales que respeten la diversidad cultural y valoran las dimensiones éticas de la atención sanitaria, algo esencial en un contexto globalizado (Walsh, 2008).

Asimismo, el respeto por la naturaleza, un pilar central del "Buen Vivir", insta a los futuros profesionales de la salud a promover la sostenibilidad ambiental, reconociendo que la salud del planeta es inseparable de la salud humana (Acosta, 2013). Este enfoque también fomenta la interdisciplinariedad, alentando la colaboración entre diversas disciplinas para encontrar soluciones holísticas a problemas de salud complejos, y reconociendo que la salud individual y comunitaria depende de múltiples factores interconectados (Morin, 1999).

Sin embargo, en las carreras de salud de las universidades en Chile, es poco frecuente encontrar perfiles curriculares que incorporen esta perspectiva holística dentro de su enfoque educativo. Predominantemente, estos programas se basan en el paradigma biomédico, promoviendo una relación vertical y paternalista entre el profesional y el paciente. Este enfoque se centra en el individuo y sus síntomas, descuidando las causas subyacentes y el contexto ambiental y social que rodea a cada caso.

⁴⁰ Decana de la Facultad de Salud y Buen Vivir de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano

La integración del enfoque de Buen Vivir en los currículos de las carreras de salud representa una crucial dimensión ética, humana y de salud pública. Éticamente, es vital por su promoción del respeto y la valoración de la diversidad cultural, que es fundamental en un entorno globalizado donde los profesionales de la salud deben interactuar con pacientes de múltiples orígenes. Este respeto ayuda a evitar las prácticas médicas paternalistas y etnocéntricas, ofreciendo un enfoque más justo y equitativo en la atención médica. Además, este enfoque fomenta la reciprocidad y la equidad, pilares de la justicia social, que urge a los equipos de salud a considerar el bienestar colectivo y a garantizar un acceso equitativo a los recursos de salud.

Desde la perspectiva humana, el Buen Vivir promueve una comprensión holística del bienestar que incluye los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales del ser, asegurando que la atención médica trascienda el tratamiento de síntomas físicos para abrazar el cuidado integral del paciente. Este paradigma fomenta la empatía en los cuidadores, esenciales para una atención genuinamente comprensiva y afectiva.

En términos de salud pública, el Buen Vivir puede mejorar la prevención de enfermedades al incorporar en el diario vivir, la relación entre el entorno y la salud humana, incentivando prácticas que mitiguen enfermedades relacionadas con el ambiente y contextos de vida. Este enfoque también aporta y facilita una atención más inclusiva, mejorando el acceso y participación en salud por parte de las comunidades, promoviendo tratamientos innovadores que integran saberes ancestrales y modernos, resultando en acciones de cuidado más personalizados y efectivos.

Al adoptar este modelo, las instituciones educativas en Chile no sólo mejorarían la calidad del cuidado en salud, sino que también contribuirían significativamente a la creación de una sociedad más justa, diversa y equilibrada, lo cual se alinea con los objetivos globales de desarrollo sostenible y bienestar para todos, fomentando una práctica sanitaria justa y sustentable, alineada con valores universales de cuidado, respeto y reciprocidad. En este contexto la Universidad Academia de Humanismo Cristiano (UAHC) tiene una propuesta que incluye en las mallas curriculares de la Facultad de las carreras de la salud este enfoque de manera transversal, con el objetivo de complementar la formación científica y conocimientos biomédicos con el enfoque holístico de las culturas ancestrales.

Facultad de Salud y Buen Vivir

Hablar de salud, se refiere a un resultado. Hablar del Buen Vivir refiere a la manera sobre cómo se logra este resultado, es decir a una propuesta que nace de una cosmovisión del mundo y de las relaciones que se entretajan en la naturaleza, incluyendo todos los seres que han construido las vidas⁴¹.

La UAHC y la Facultad de Salud, recientemente formada, decidió llamarse “Facultad de Salud y Buen Vivir”, dando cuenta de los énfasis que le imprime al modelo de formación en salud,

⁴¹ Presentación enfoque cosmovisión del pueblo Mapuche en seminario del cabildo de salud 2021

que entiende que la salud es resultados de múltiples situaciones que la determinan y que se construye en la dinámica relacional de todos los seres vivos. A partir de esto, consideramos que la formación en salud tiene el imperativo de entrega herramientas de análisis, para comprender el rol y la importancia de la acción sanitaria centrada en las personas y en las comunidades, inserta en la cultura que habitamos y teniendo en consideración todas las variables que interactúan en la construcción de sociedades saludables, para que sus habitantes se cuiden y protejan su habitat, para alcanzar el bienestar social y la armonía.

Entendemos que la salud es el resultado de modelos sociales, laborales, culturales y de múltiples interacciones que establecemos, con la naturaleza, con el barrio, la familia, el trabajo, al que pertenecemos, etc. Todo esto forma parte de las variables que inciden en la salud, por eso, consideramos importante incluir el “Buen Vivir”, que nos propone nuevos enfoques y modelos de organización social, para alcanzar el desarrollo pleno de las personas, el cuidado de la tierra, en armonía con las comunidades, formando parte del ambiente social y natural que habitamos.

El Buen Vivir o Vivir Bien, es una aportación de los pueblos indígenas al mundo, “engloba a las demandas indígenas y propone una forma de vida distinta al capitalismo a partir de valores ancestrales sustentados en una relación armónica del hombre con la naturaleza y entre los seres humanos”⁴².

De esta manera, Hablar de “Salud y Buen Vivir”, conlleva un compromiso con el diseño académico de la formación de los equipos profesionales de salud, entregando herramientas y habilidades para desempeñar su rol profesional desarrollando pensamiento crítico y aportando a la realidad sanitaria del siglo XXI.

La Universidad en su rol de educación superior tiene la misión de aportar al perfil de los equipos profesionales, en el caso de salud se espera que estos respondan a las necesidades sanitarias del país generando respuestas integrales, pertinentes al perfil de daño de la población.

El Equipo de Salud

Este perfil profesional, requiere un enfoque integral frente a las situaciones de salud, que incorpore la complejidad de los procesos de salud –daño- enfermedad y cuente con herramientas para implementar acciones junto a los equipos y comunidades, fomentar los métodos de trabajo colectivos, que incorporan los saberes locales y generar experiencias prácticas de diálogo con las comunidades, de reflexión e integración de conocimientos teóricos.

Se necesita formar profesionales de la salud que adquieran una formación integral, con capacidades de trabajar con las personas, las comunidades y sus contextos. Considerando que somos seres relacionales, y por lo tanto, toda situación de salud transcurre en una dinámica continua, en la que interactúan múltiples procesos biológicos, sociales, económicos, culturales,

⁴² Reflexiones sobre el Buen Vivir o Vivir Bien Gloria Alicia Caudillo Félix,

emocionales y espirituales. Como decíamos al comienzo, la situación de salud es un resultado y transcurre en la dinámica relacional de la sociedad a la que pertenecemos.

El desafío de la formación en salud consiste en formar profesionales que tengan habilidades y competencias para vincularse con la realidad de las personas, dialogar y co-construir con los actores sociales y las comunidades, estrategias y acciones que generen condiciones para una vida saludable. Se espera que los equipos de salud se inserten, aporten y participen en el diseño de sistemas integrales de cuidados en salud, realizando en conjunto con personas y comunidades, las acciones de promoción, prevención, cuidados y rehabilitación, con las personas, las familias y comunidades.

Este perfil profesional requiere, por una parte, aprender a mirar las causas de los problemas y enfermedades de salud, como dice Joan Benach en su libro aprender a mirar, incorporando el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), que identifica el origen de los procesos de salud-enfermedad de las personas, reconociendo que la salud es un resultado. Y también, consideramos que es necesario incorporar nuevos enfoques y visiones de sociedad, que aportan a los modelos de convivencia, como es el concepto de “Buen Vivir”, que prioriza el bienestar de las personas, haciendo una reflexión crítica a los modelos de desarrollo de la sociedad occidental que en palabras de (E Dussel), está centrada en el dominio del hombre sobre la naturaleza, considerándola un objeto que se utiliza sin medida, con las consecuencias de daño ambiental y desequilibrio ecológico que estamos viviendo, con impacto en la salud de las personas, de las comunidades.

Esta mirada, holística e integral, favorecerá la comprensión que salud es un resultado y el buen vivir es un modo de comprender las dinámicas de “las vidas”, que se sabe en relación e intercambio biológico, emocional y espiritual, que ocurre en la convivencia cotidiana, construyendo las oportunidades para alcanzar las condiciones óptimas de bienestar y desarrollo personal y colectivo, social y natural, resguardando y cuidando todas las formas de vida.

El Buen Vivir, se refiere a filosofía de vida de las culturas milenarias de América latina y a cosmovisiones, cuyos modelos de sociedad se construyen en armonía de las personas con la vida animal y con la naturaleza, considerando el necesario equilibrio y el cuidado de las vidas en el presente y a futuro. Como expresa (E. Loncón,2023) *“la filosofía del azmapu es un sistema de pensamiento sofisticado y complejo del pueblo mapuche y puede ser reconocida en el continente y en el mundo como una Filosofía del sur (Dussel2015) que incluye una ontología propia de los pueblos originarios (Escobar,2014; Dávalos,2014) y una epistemología diferente para comprender el mundo y que puede denominarse como una epistemología del sur (Santos,2013)”*.

El modelo de desarrollo de la sociedad que vivimos, el individualismo, la cultura de la competencia y uso ilimitado de recursos naturales, ha llevado al planeta a un profundo desequilibrio ecológico. Por esto, compartimos la necesidad de incorporar en la formación profesional de estudiantes del área de la salud, nuevos paradigmas (L. Boff- Toro), basado en el cuidado de las personas y el equilibrio de los sistemas ecológicos, que aportan a la

construcción de una sociedad que se sabe parte de los sistemas biológicos (E Dussel), y las cosmovisiones que reconocen que los seres humanos formamos parte de los sistemas naturales basados en la cooperación mutua y armonía con la naturaleza.

Rol de la Universidad y el vínculo territorial

El modelo educativo de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, se sitúa en el marco valórico que promueve los derechos humanos, la democracia, la pluralidad, la justicia y la transformación social, teniendo el propósito del desarrollo académico, de la formación e investigación inserta en el territorio, en concordancia con los requerimientos del mundo global⁴³, (UAHC -2024), para ser actor que aporta con una mirada crítica al desarrollo y la co-construcción de sociedad que aprende a vivir en armonía.

El modelo de inserción territorial de La Universidad se fundamenta en que ésta “es considerada como una institución social, tiene un rol protagónico en el desarrollo de relaciones con la comunidad de la cual es parte, con el objetivo de reconfigurar una nueva expresión de lo público en términos de la relación entre los sujetos y de espacio de construcción de ciudadanía (Tonon, 2012). Así mismo, en el desarrollo de acciones, tendientes a la democratización del conocimiento y a la responsabilidad de promover una función pública, desde una perspectiva colaborativa y de mutuo beneficio⁴⁴.

En consistencia con el modelo territorial y misión de la Universidad, la Facultad de “Salud y Buen Vivir” tiene como misión, incorporar en las carreras de salud el enfoque holístico de los problemas de salud y cosmovisiones que interpelan el modelo de sociedad centrada en el individualismo y la competitividad.

Esperamos ser una Universidad que habita el territorio superando el enfoque individual, reduccionista y el predominio del análisis mono-causal del modelo biomédico, frente las causas de los problemas de salud de las personas. Sabemos que para responder efectivamente a los problemas de salud que enfrenta la sociedad actual, es indispensable ampliar la mirada sobre las diversas variables que interactúan en la situación de salud de las personas e incorporarlas en los planes de la formación profesional.

Cambios en la formación en salud

Los problemas relevantes en salud de la sociedad chilena actual se han presentado en los estudios de carga enfermedad del Minsal desde el año 2008 y se ratifican en el estudio de carga enfermedad del 2019 (Udla-2019), hoy en día, el Ministerio de Salud da cuenta de la agudización de muchos problemas, es decir en estos 20 años, no hemos podido abordar con buenos resultados los problemas de salud de la sociedad actual, como se presenta en la propuesta de reforma del 2023, en el siguiente párrafo: *“la situación de enfermedades*

⁴³ Marcela Salazar Ramos – Orientaciones sobre competencias interculturales para procesos de adecuación curricular, programa Intercultural UAHC -2024

⁴⁴ Modelo de inserción territorial UAHC -DIVIM 2023

crónicas, incluyendo de salud mental y discapacidad, se está agravando. Las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2003, 2010 y 2017 han demostrado el incremento gradual de adultos que viven con dos o más condiciones crónicas, cifra que hoy se estima en 11 millones de personas. Estas personas requieren atención médica y cuidados sanitarios de por vida, generando un desafío para las redes de salud... cerca de 2.5 millones de personas viven con cinco o más condiciones crónicas simultáneamente, lo que complejiza la respuesta sanitaria requerida y apunta a la necesidad de modelos de cuidados integrales... En población infanto-juvenil se observa un alto nivel de adicciones... El sobrepeso y obesidad alcanza un tercio de los niños y niñas en edad escolar, en tanto la prevalencia de caries en menores de 6 años es del 49%... Este escenario es aún más grave en el caso de personas que viven en situación de vulnerabilidad socioeconómica, puesto que estas concentran los peores indicadores de daño en salud⁴⁵.

El estudio sobre vida saludable en Chile y el Mundo, da cuenta de la percepción de su salud que tiene la población en Chile, dando cuenta que solo el 56% considera que su salud es saludable, estamos en el lugar número 37 de 39 países, las variables que lo explican la percepción de salud es el estado físico, estrés, peso corporal y la calidad del sueño⁴⁶.

Este escenario plantea la necesidad avanzar en reformas del sistema de salud y coloca a las universidades en el desafío de diseñar programas de formación en salud, cuyos contenidos curriculares estén acorde con las necesidades de la población y aporten al perfil profesional requerido por el sistema de salud y por la sociedad actual.

Los centros formadores hemos reflexionado al respecto, como se expresa en este párrafo "Un desafío transversal a los sistemas de salud en el mundo es la adecuada provisión de servicios acorde a las necesidades de la población y un aspecto fundamental para una adecuada provisión de servicios de salud es el capital humano. La formación del personal sanitario es reconocida como un factor clave al interior de los sistemas de salud"⁴⁷. (Udla 2019). Lo importante es implementar nuevos planes de formación.

La universidad tiene el rol relevante de ser un espacio de formación integral, preparar a los profesionales de salud para trabajar en equipo y dar respuestas a las situaciones de salud de las personas y comunidades. Los centros de educación superior, debemos innovar en formación de salud, si queremos ser actores sociales relevantes para el desarrollo saludable de la sociedad actual.

A pesar de los avances y consensos que existen en reconocer el rol del trabajo del equipo de salud, la relevancia del trabajo intersectorial y las evidencias que dan cuenta de las causas que están en el origen del daño en salud, actualmente al año 2024, las iniciativas de educación superior de las carreras de salud que realizan innovaciones en las áreas de formación interdisciplinar, habilidades para el trabajo en equipo y desarrollan experiencias prácticas de

⁴⁵ *Reforma de Salud – Una Agenda de Transformaciones, MINSAL 2024*

⁴⁶ www.activeasite.com. Vida Saludable en Chile y el Mundo. Estudio realizado en 39 países del mundo.

⁴⁷ Proyección del Estudio de Carga de Enfermedad Dr. Pedro Zitko M. Dr. David Aceituno F. UDLA 2019

encuentros y diálogo territorial, se remiten a asignaturas específicas y aún no se logra tener una continuidad y progresión a lo largo de los años de formación.

Modificar los currículum de las carreras, insertar experiencias territoriales, promover modelos participativos, el diálogo, desarrollar el trabajo en equipo y darle continuidad a estos contenidos en los planes de formación, se mantiene como un desafío para las carreras de salud.

Las iniciativas que buscan modificar los modelos de formación en salud, los ha trabajado, desde el 2020 el grupo de académicos de Ues, quienes abordaron la crisis de la formación en la publicación llamada el currículum enfermo, poniendo una alerta sobre el foco de la formación profesional en la patología y han desarrollado propuestas para implementar cambios sistémicos en la formación de las carreras de salud⁴⁸.

Podemos decir que hay interés en académicos de los centros de Educación Superior de muchas universidades por mejorar la pertinencia de los planes de estudio, sin embargo queda pendiente que esta voluntad se refleje en el diseño de la malla curricular y que se incorporen metodologías de vinculación territorial y comunitaria a lo largo de todos los años de estudio de las carreras de salud, priorizando el trabajo en Salud Comunitaria en atención primaria, entregando habilidades para implementar el modelo de atención integral en salud (MAIS) y generar habilidades para implementar sistemas de atención centrado en las personas, como hoy lo propone la estrategia ECICEP del Ministerio de Salud.

Los centros de educación superior tenemos el desafío de ofrecer una formación profesional, orientada a dar respuestas a las necesidades actuales de la población, las que no se previenen con el enfoque de responsabilidad y control individual frente al daño, propio de la práctica biomédica.

Innovación necesaria en los planes de estudio

Definir planes de estudios en las carreras de la salud orientados a la comprensión de modelos de sociedad que prioriza el Buen Vivir, el cuidado de la naturaleza, la retribución y la convivencia, por sobre aquellos modelos de salud individualistas y de desarrollo extractivistas, es un requisito para formar equipos de salud con enfoques integrales y holísticos, que responden al pleno desarrollo de las personas y comunidades.

La Facultad de Salud y Buen Vivir, de la UAHC, tiene por misión contribuir a la formación de personas y desarrollo de profesionales y técnicos/as de excelencia con una mirada integral de la salud colectiva incorporando un enfoque de trabajo en equipo, con un fuerte compromiso con la diversidad de género e interculturalidad, la defensa de los derechos humanos, la democracia y la justicia social.

⁴⁸ Ver publicaciones Ues: el currículum oculto Ues 2020, un encuentro sobre las barreras para la formación profesional en salud integral, 2022 y I conversatorio, “compartiendo experiencias y estrategias para abordar el cambio en la formación profesional en salud” el 2023)

El modelo de formación incorpora el diálogo y encuentro de saberes a partir de experiencias de vínculo temprano, desde el primer semestre, con los territorios, con organizaciones y líderes comunitarios, porque entiende que cada comunidad es un actor relevante de su desarrollo y en la co-construcción de su salud

Queremos ser una casa de estudio referente en la formación integral, interdisciplinar e intercultural, incorporando prácticas de salud con los territorios, centrada en la estrategia de atención primaria y la salud colectiva, para aportar co-construir oportunidades de salud y buen vivir de las personas y las comunidades.

Referencias:

Benach, J. y Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud: como la desigualdad social daña nuestra salud*. El viejo topo.

Boff, L. (2003, 16 de octubre). *Paradigma del cuidado*, por Leonardo Boff. Koinonia <https://www.servicioskoinonia.org/boff/articulo.php?num=029>

Loncón, E. (2023). *Azmapu, aportes de la filosofía mapuche para el cuidado del lof y la madre tierra*. Ariel.

Organismo Andino de Salud. (2023). *Condiciones que influyen en la elección de puestos de trabajo del personal de salud, Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas*. Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue. https://www.orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/INTERESES%20Y%20MOTIVACIONES%20RRHH_2023.pdf

Organismo Andino de Salud. (2023). *Cambios en los planes de estudio de ciencias de la salud en pandemia, experiencias del diálogo interinstitucional andino y suramericano*. Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue. https://www.orasconhu.org/sites/default/files/2023-01/CAMBIOS%20EN%20LOS%20PLANES%20DE%20ESTUDIO_pandemia_2023.pdf

Paizzani, C. (31 de mayo 2018). *Enrique Dusell, Buen Vivir* [Archivo de Vídeo]. https://www.youtube.com/watch?v=DLIEm_6Smds

Toro, B. y Boff, L. (2009). *Saber cuidar, el nuevo paradigma ético de la nueva civilización*. <https://repo.iberopuebla.mx/pdf/CEAMOPE/latapi/NuevoParadigmaEtico.pdf>

Suma Qamaña; Sumak Kawsay, Balu Wala]. (2012). *Temas De Nuestra América Revista De Estudios Latinoamericanos*, 185-196. <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/tdna/article/view/4246>

Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción Jeanette Vega, Orielle Solar, Alec Irwin. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud 2005

- Acosta, A. (2013). *El Buen Vivir como alternativa al desarrollo*. [Nombre de la revista o editor], páginas si están disponibles.
- Chancoso, B. (2010). *Educación y salud bajo el enfoque del Buen Vivir*. [Nombre de la revista o editor], páginas si están disponibles.
- Huanacuni, F. (2010). *Vivir Bien / Buen Vivir: Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas*. CAOI.
- Morin, E. (1999). *La cabeza bien puesta: Bases para una reforma educativa*. Nueva Visión.
- Walsh, C. (2008). *Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado*. Universidad Andina Simón Bolívar.

ENFERMEDADES LABORALES EN CHILE: UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Carolina Guerra F.⁴⁹

En Chile, como en muchos otros países, las enfermedades laborales representan un desafío importante para la salud pública y el bienestar de las y los trabajadores. Sin embargo, al analizar este problema, es crucial considerar la perspectiva de género, ya que las condiciones laborales y los riesgos asociados afectan de manera diferenciada a hombres, mujeres y personas LGTBQA+, el mundo laboral, como es sabido, no es neutral al género.

Brechas de género en el ámbito laboral

Antes de adentrarnos en las estadísticas específicas de enfermedades laborales, es importante comprender la brecha de género que existe en el ámbito laboral chileno. Aunque en las últimas décadas se han logrado avances significativos en términos del aumento de la incorporación de la mujer al mercado laboral llegando hoy a rodear el 49%, persisten disparidades. Ya sea en el acceso a industrias que ofrecen una mejor y más estable trayectoria laboral, en la brecha salarial, en el acceso a cargos directivos y a mejores condiciones laborales en general, estos factores se profundizaron con la pandemia provocada por el virus COVID - 19⁵⁰.

En Chile la brecha salarial ha ido disminuyendo, pero desde el 2015 no baja sustancialmente del 16%. Las mujeres tienen una menor representación en cargos directivos y en sectores de alta remuneración. Esta situación puede tener implicaciones importantes en lo que respecta a las enfermedades laborales. Las condiciones precarias y la exposición a riesgos pueden ser más comunes en ciertos sectores ocupacionales dominados por mujeres y por lo tanto las afecciones son también diferenciadas.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), a nivel global se estima que las mujeres, debido a la realización de tareas repetitivas y la falta de adecuación ergonómica en algunos entornos laborales, tienen una mayor incidencia de enfermedades musculoesqueléticas relacionadas con el trabajo, como el síndrome del túnel carpiano y la tendinitis.

Por otro lado, las estadísticas muestran que los hombres tienden a enfrentar un mayor riesgo de sufrir accidentes laborales graves o mortales, especialmente en sectores como la construcción, la minería y la manufactura. Esto puede estar relacionado con la mayor presencia masculina en trabajos que implican un alto grado de exposición a peligros físicos y ambientales.

Según la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), en el año 2020, los hombres representaron el 72% de las denuncias de enfermedades profesionales en Chile. Las

⁴⁹ Socióloga. Máster en Políticas Sociales y Dirección Estratégica para el Desarrollo Sostenible del Territorio, Universidad de Bologna, Italia. Docente universitaria.

⁵⁰ Eyzaguirre, S., Vergara, R. Editores. (2023). Una radiografía de las brechas de género bajo la lupa. Centro de Estudios Públicos.

enfermedades más comunes entre ellos fueron las musculoesqueléticas (52%), las de origen respiratorio (23%) y las del sistema nervioso (11%).

Las mujeres, por su parte, representaron el 28% de las denuncias de enfermedades profesionales en el mismo año. Las enfermedades más comunes entre ellas fueron las musculoesqueléticas (47%), las de origen psicosocial (22%) y las de origen químico (15%).

Personas LGTBQIA+ sufren afecciones detectadas por la organización OTD en Chile, respecto de la invisibilización u omisión de la identidad de género reconocida por la o el trabajador, y discriminación por razón de género. Esto tiene consecuencias en la salud mental producto de la vulneración de derechos a la identidad de género y a la discriminación por orientación sexual.

También es posible observar diferencias por sector de la actividad económica. Las enfermedades laborales más comunes en los sectores de actividad con mayor presencia masculina, como la construcción, la minería y la agricultura, son las musculoesqueléticas, las de origen respiratorio y los traumatismos.

En los sectores de actividad con mayor presencia femenina, como el sector salud, el comercio y los servicios, las enfermedades laborales más comunes son las musculoesqueléticas, las de origen psicosocial y las enfermedades relacionadas con el manejo de carga física.

Las diferencias en la prevalencia y tipo de enfermedades laborales entre hombres y mujeres se deben a diversos factores relacionados con la segregación horizontal de género que presenta el mercado laboral. Esto quiere decir, que existe una extrapolación de las tareas relacionadas al cuidado, al trabajo doméstico no remunerado y la organización del hogar, realizado fundamentalmente por mujeres. Las mujeres dedican 5,9 horas, al trabajo no remunerado en un día tipo, mientras que los hombres 2,7 (2015) de acuerdo a la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT), la cual observa la distribución por género de las horas dedicadas a este tipo de tareas.

Por su parte, las tareas asociadas a labores masculinas, también se refleja en los trabajos que más frecuentemente realizan los hombres, como es posible observar en industrias altamente masculinizadas como construcción, transporte, minería, pesca, y áreas STEM en general (ciencias, tecnología, ingenierías y matemáticas, por sus siglas en inglés). Por tanto hombres y mujeres se concentran en diferentes tipos de ocupaciones, con distintos niveles de riesgo de accidentes y exposición a agentes físicos, químicos y biológicos.

En esta segregación horizontal es posible observar que las mujeres suelen trabajar en condiciones socioeconómicas más precarias que los trabajadores en general, con mayor carga física asociada a cuidados, servicios de limpieza con sistemas de turnos, venta en comercios establecidos, con jornadas más largas y menos acceso a medidas de seguridad y salud en el trabajo.

Además existen diferencias biológicas y sociales que pueden influir en la susceptibilidad ante ciertas enfermedades laborales. Por ejemplo, las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar

enfermedades musculoesqueléticas debido a su menor masa muscular y ósea y al uso cotidiano del cuerpo⁵¹.

Las enfermedades laborales pueden generar pérdida de ingresos, lo que puede tener un impacto significativo en la economía familiar y con ello afectar la calidad de vida de las y los trabajadores, tanto física como psicológicamente.

Es fundamental implementar estrategias de prevención y atención de las enfermedades laborales con perspectiva de género. Estas estrategias deben considerar las diferentes necesidades y riesgos de hombres y mujeres en el trabajo.

Algunas medidas que se pueden tomar incluyen:

- Realizar evaluaciones de riesgos laborales con enfoque de género.
- Implementar programas de prevención específicos para cada sector de actividad y grupo de trabajadores.
- Capacitar a los trabajadores sobre los riesgos laborales y las medidas de prevención.
- Mejorar las condiciones de trabajo, especialmente en sectores con alta presencia femenina.
- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades laborales con perspectiva de género.
- Garantizar el acceso a atención médica y rehabilitación de calidad para los trabajadores con enfermedades laborales.

Las enfermedades laborales son un problema de salud pública que afecta de manera desproporcionada a las mujeres en Chile, en aspectos tales como los accidentes de trayecto, que de acuerdo con la Superintendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SUSESO) corresponde a los accidentes que ocurren en el trayecto directo de ida o regreso entre la vivienda y el lugar de trabajo, y aquellos que ocurren en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo correspondientes a distintos empleadores. El año 2022 la tasa de accidentes de trayecto alcanzó un 1,0%, donde las mujeres presentan una tasa mayor (1,3) que los hombres (0,9)⁵². Es necesario abordar este problema desde una perspectiva de género, implementando estrategias de prevención y atención que integren las diferentes necesidades y riesgos de hombres y mujeres en el trabajo, considerando que ello impacta directamente en la calidad de vida y el bienestar general de las y los trabajadores y su entorno.

⁵¹ SUSESO (2022) <https://www.suseso.cl/605/w3-article-706998.html#:~:text=El%20n%C3%BAmero%20de%20enfermedades%20profesionales,pertenece%20al%20sector%20de%20Servicios>.

⁵² SUSESO (2023) <https://www.suseso.cl/605/w3-article-706998.html>

LA SIMILITUD DEL CONSUMIDOR CON EL PACIENTE Y LA INAPLICABILIDAD DE LA LEY DE PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Por Hernán Calderón Ruiz⁵³



Nuestro país tiene un sistema mixto de salud, con proveedores de carácter público y privado que otorgan prestaciones o servicios a una serie de pacientes o consumidores en idénticas condiciones generales de contratación, suscribiendo múltiples contratos de adhesión de forma masiva, para lo cual utilizan diferentes tipos de medios de comunicación con la finalidad de informar, difundir y publicitar sobre las características, términos y condiciones del servicio de salud publicitado.

En ese sentido, desde los orígenes de la implementación de la Ley N° 19.496 sobre Protección a los Derechos de los Consumidores (en adelante "LPDC") se ha discutido sobre la aplicabilidad de dicho estatuto protector a la relación "médico – paciente", toda vez que, a la luz de lo dispuesto en artículo 2, letra f) de la LPDC, el ámbito de aplicación de dicho cuerpo normativo es supletorio si existe norma de carácter especial que discipline la materia, por supuesto, con las salvedades que el mismo precepto contempla. En ese sentido, efectivamente existen en nuestro ordenamiento jurídico normas especiales en materia de salud, una de ellas es la Ley N° 20.584 que regula ciertos derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, por lo que desde un principio se puede evidenciar claramente que el problema resulta en determinar que tipos de casos se pueden accionar bajo el ámbito protector de la LPDC y cuales no quedan contemplados dentro su aplicación.

Lo anterior es importante puesto que ha suscitado diferentes preguntas ¿puede un paciente detentar la calidad de consumidor? ¿cuáles son las diferencias o efectos que se derivan de la aplicación entre un estatuto u otro? ¿resulta un estatuto más beneficioso al otorgar remedios o mecanismos de solución de conflictos que imponen menos cargas judiciales al consumidor?

Una buena pregunta, tal como se esbozó, es si los usuarios de salud pueden ser considerados consumidores. Pagan como si lo fueran, dependen de la disponibilidad del mercado, toman decisiones sobre sus prestadores de salud como lo harían en cualquier otra decisión de consumo. En todas estas circunstancias el usuario de salud –ya sea de prestación pública o privada– se enfrenta a situaciones similares a lo que ocurre en otro tipo de mercados regulados, pero sin las mismas herramientas y protección que tiene un consumidor. Pareciera paradójico, pero no lo es, la LPDC no protege todas las prestaciones de salud, sin distinción, que se otorgan a los usuarios, sino solamente aquellas ocasionales o accesorias a la médica, excluyendo

⁵³ Presidente de la Corporación Nacional de Consumidores y Usuarios de Chile, Conadecus A.C, Constructor Civil, Defensor de los derechos del consumidor. Correo electrónico: hcr955@gmail.com

derechamente las que tocan temas relativos a la negligencia médica, seguros o financiamiento del sistema de salud.

En ese sentido, la misma redacción de la norma es bastante oscura, puesto que para determinar a qué casos se aplica, hay que hacer más bien un trabajo de “descarte de normas” entre lo que ya se encuentra regulado en la normativa especial, y las mismas exclusiones que establece la LPDC en el artículo 2, letra f), por tanto, dicha labor de interpretación –para entender finalmente cuáles son las prestaciones de salud que se pueden defender a través de la aplicación de la LPDC– quedará a cargo de la praxis judicial. Serán los jueces, llamados a aplicar el derecho, quienes dotarán de contenido la norma jurídica respecto a lo que el legislador no logró completar.

Ahora bien, la jurisprudencia⁵⁴ ha reconocido la aplicación de la LPDC –y por tanto, la relación de consumo entre el proveedor y los pacientes– en algunos casos⁵⁵, principalmente en cuanto a la falta de información relacionada a la variación del precio de determinadas operaciones y a la falta de información en el cobro de intervenciones quirúrgicas, respecto de las cuales tampoco se incorporó el impuesto en los presupuestos que fueron entregados al paciente, ambos casos fundamentados en la transgresión al derecho irrenunciable a la información establecido en el artículo 3, letra b) de la LPDC. No obstante, la Corte Suprema estimó, en el primer caso, que las cotizaciones podían modificarse, con las debidas orientaciones respecto de la información, toda vez que el documento que informaba sobre los precios señalaba expresamente que estos podían variar puestos que se encontraban relacionados con el estado y avance del paciente, razón por la desestimaron las acciones presentadas. En el segundo caso, la Corte invalidó de oficio la sentencia de segunda instancia, toda vez que no se fijaron parámetros adecuados para establecer cómo debiese cumplirse el ajuste.

Bien es conocido también las diversas demandas colectivas que ha interpuesto Conadecus en contra de las Isapres, persiguiendo que se declarara su responsabilidad por la existencia de cláusulas abusivas o el aumento unilateral de los planes de salud, las que por cierto fueron todas declaradas inadmisibles por los tribunales.

De esta manera, la aplicación de la LPDC en materias relativas al ámbito de salud, además de no ser clara, queda bastante reducida a problemáticas concretas y puntuales –falta en los deberes de información, cláusulas abusivas, cumplimiento de la oferta– lo que sólo termina perjudicando al consumidor, puesto que, digámoslo, el estatuto que entrega una mejor y adecuada protección a los intereses de los consumidores es la LPDC, toda vez que ofrece el acceso a mecanismos judiciales mucho más amigables y menos onerosos para las personas, como la presentación de querrelas y demandas indemnizatorias ante el Juzgado de Policía Local competente de forma personal, sin la asistencia de un abogado –que implica ciertamente un ahorro para el bolsillo de las personas– o la posibilidad de que tanto Sernac como las Asociaciones de Consumidores demanden en defensa del interés colectivo y/o difuso

⁵⁴ Jueces de policía local en causas individuales

⁵⁵ Corte Suprema, 28 de diciembre del 2011, Rol N° 8905-2011, Corte Suprema, 4 de agosto del 2010, Rol N° 11.185-2009 y Corte Suprema, 14 de enero del 2010, Rol N° 9029-09

de los consumidores representando a grupo ya sea determinado o indeterminado de personas que vean afectado gravemente sus derechos.

Finalmente, es posible sostener la existencia de una relación de consumo entre pacientes y prestadores de servicios de salud –clínicas y hospitales, de servicios médicos y dentales, públicos y privados– siempre que se cumpla con los requisitos para clasificar como proveedor o consumidor en el ámbito de aplicación de la LDPC, que se encuentra específicamente consagrada en el artículo 2, letra f) y 2 bis de la LPDC. No obstante, su aplicación es tan restringida que se priva a los usuarios de contar con las herramientas previstas en la LDPC, las que se caracterizan por ofrecer un mayor y mejor acceso a sistemas de protección –ya sea porque son más rápidos y efectivos– que los contemplados en leyes especiales.

Hoy, con tantas vulneraciones en el ámbito de la salud –y sobre todo en el ámbito de las Isapres– que sufren los consumidores, urge una modificación legislativa que haga expresamente aplicable la LPDC a estas relaciones. No se puede olvidar lo que costó que Chile avanzara para contar con una legislación protectora de los consumidores. Uno de los candados –como moneda de cambio– para contar con una legislación de consumo fue establecer exclusiones de aplicación. Ya es momento de sacar esos límites de la legislación y establecer una normativa acorde, sin límites, en que baste un consumidor y un proveedor para que la Ley tenga plena aplicación.

MODELIZACIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS EUROPEOS: UNA CADENA IDEAL DE SERVICIOS⁵⁶

En la 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.

Livio Garattini · Marco Badinella Martini

Introducción

Después de haber diseñado un modelo conceptual de Servicio Nacional de Salud (SNS) para países europeos y listando algunas claras reglas del juego para hacerlas trabajar de manera efectiva, completamos nuestro ejercicio teórico ideando una aproximación racional que debería caracterizar a las organizaciones de asistencia médica para enfrentar los principales desafíos de la medicina moderna. Luego, diseñamos una cadena ideal de servicios de asistencia médica con el propósito de promover la asistencia ininterrumpida en el SNS.

De acuerdo con la literatura especializada hay tres problemas ampliamente debatidos que afectan a las organizaciones de asistencia médica. Estos son: la controvertida percepción de la medicina moderna, el potencial involucramiento de los pacientes en las decisiones que conciernen a su salud, y las particulares características de la organización del trabajo en la asistencia médica.

Medicina ciencia o arte

La percepción de la medicina moderna varía desde el extremo de una ciencia de la certeza perfecta a la de un arte de probabilidad aún imperfecto [2]. El primer enfoque está bien descrito por la metáfora del "cuerpo como máquina" que [3], en caso de fracaso de la máquina, para el cuerpo del paciente el médico es su "mecánico". Los médicos pueden hacer el diagnóstico correcto y proporcionar la terapia adecuada para casi cualquier enfermedad gracias al progreso científico, por lo que cualquier complicación, inevitablemente, suscita sospechas de error clínico [4]. El último enfoque de arte imperfecto subraya que sólo la incertidumbre es segura en medicina y la certeza es una ilusión, empezando por el diagnóstico. Por lo tanto, la experiencia clínica y la intuición deberían seguir siendo las principales prioridades de los médicos. Como las respuestas individuales son a menudo impredecibles, los médicos siempre deben analizar a los pacientes caso por caso.

⁵⁶ Publicado en línea: 14 de diciembre de 2023 © El autor(es), bajo licencia exclusiva para Springer-Verlag GmbH Alemania, parte de Springer Nature 2023

Empoderamiento del paciente

Según el enfoque multidisciplinario de empoderamiento del paciente (EP), los pacientes deben superar la tradicional actitud paternalista de los médicos [6]. Este cambio cultural implicaría una redistribución del poder de los médicos hacia los pacientes [7], mejorando, en última instancia, la atención centrada en el paciente [8].

El verdadero desafío para los médicos debería ser el determinar los deseos de los pacientes para entender qué papel quieren desempeñar en el cuidado de su salud. Teniendo en cuenta que ese poder no se puede dar, entonces sólo se puede tomar [9].

Inevitablemente, el empoderamiento del paciente plantea un dilema ético entre los derechos de los pacientes a la autodeterminación y deberes de los médicos en materia de atención. De hecho, los pacientes podrían rechazar las recomendaciones de los médicos y poner en peligro su salud [10].

Como se vio claramente durante la pandemia de COVID-19, esta conducta peligrosa ha sido evidenciada por el uso de Internet en cuestiones de atención sanitaria [11].

Organización laboral

La organización de la fuerza laboral en el sector de la salud se considera como algo particular [12]. La razón principal es la mayor influencia que los profesionales de la salud, los que ejercen en la entrega de cuidados, tienen sobre la toma de decisiones corrientes.

Aunque, esta influencia aparece como un factor común en las encuestas organizacionales, parece particularmente relevante cuando se trata del cuidado de la salud debido al mayor criterio profesional involucrado en la realización del trabajo [13].

Por lo tanto, es más probable que los cambios en la práctica clínica sean logrados gracias a estrategias gerenciales encaminadas a construir la confianza de los profesionales de la salud a través de procesos incrementales de abajo hacia arriba en lugar de directivas jerárquicas de arriba hacia abajo [14].

Más aún, esto hace discutible cualquier estimación de las compensaciones económicas generadas por nuevas intervenciones organizacionales [15], inclusive si se basan en los resultados empíricos de ensayos.

Posibles soluciones

Para limitar estos problemas, que rodean a las organizaciones de atención médica en las sociedades modernas, hacemos propuestas destinadas a fortalecer el enfoque racional que debería caracterizar el modelo de SNS.

- Asumiendo que los médicos son los pacientes más informados cuando ellos o sus familias enferman [16] y sienten las mismas emociones que cualquier otro paciente [17], el SNS deberían crear un observatorio permanente para comparar sus patrones de consumo de atención de salud con el de la población general. La difusión periódica de esta información debería contribuir a hacer más realistas las expectativas generales de la gente común hacia la atención médica. Además, se debe realzar el perfil de los médicos para que se conviertan en "testimonios" de buenos estilos de vida (por ejemplo, no fumar ni tener sobrepeso excesivo), recordándole continuamente a los pacientes que la prevención es, de lejos, la mejor estrategia para evitar enfermedades [18].
- No se recomienda un enfoque jerárquico al estilo militar para los servicios de atención de salud que, a la inversa, necesitan colaboración entre profesionales de la salud comenzando por los médicos [19]. Además de apoyar a los colegas novicios en su crecimiento profesional, el personal médico experimentado debe tener el mismo estatus y repartir entre ellos a los pacientes en sus instalaciones de atención médica (como en el SNS inglés). A su vez, las enfermeras deben gestionar todas las pruebas que necesiten los pacientes, recurriendo, cuando sea necesario, a la ayuda de profesionales de apoyo (por ejemplo, fisioterapeutas). Gracias a su papel intermedio, las enfermeras deberían ser las mejor posicionadas para impulsar el trabajo en equipos multiprofesionales.
- Una organización de la fuerza laboral inspirada en la colaboración colectiva debería contribuir a disminuir la demanda de empoderamiento del paciente. Muchas veces los pacientes expresan desconfianza frente a la conducta de la institución de salud probablemente por cuestiones más ideológicas que prácticas. Entonces, debería haber margen para modificar algunos malos hábitos aún difusos y así mejorar realmente el enfoque de salud centrado en el paciente al interior de las organizaciones de salud. Por ejemplo, un buen cambio sería adaptar los horarios de las comidas en los hospitales a los estilos de vida comunes de las personas en lugar de adecuarlos a la conveniencia del personal médico.

En general, compartir conocimientos interprofesionales e impulsar la formación de equipos multiprofesionales debería ser la principal estrategia organizacional a seguir para mejorar la calidad de los servicios de atención médica brindados en los lugares de trabajo del SNS. Consistentemente, la rotación laboral entre servicios de los profesionales de la salud se debe mejorar tanto como sea posible para favorecer la integración. Este enfoque organizacional también debería contribuir a limitar el agotamiento y el malestar, que está aumentando dramáticamente entre los profesionales de la salud. El enfoque positivo de la colaboración plena debe convertirse, permanentemente, en una fortaleza corporativa del Servicio Nacional de Salud.

Una vez asumido que la medicina, primero que todo, es una misión orientada a atender a los pacientes; trabajar juntos en lugares de atención integrados, sin que se vean afectados por el comportamiento de algunos trabajadores individuales, debería ser la estrategia más productiva y satisfactoria para los profesionales de la salud [20]. Si se lucha por combinar partes

para formar un todo, el gran beneficio debería ser un cambio desde la mentalidad del Yo a la del Nosotros, y así proporcionar una verdadera atención centrada en el paciente y mejorar el bienestar de los profesionales de la salud.

Una cadena ideal de servicios de atención médica.

Los servicios de atención médica generalmente se clasifican en cuatro niveles, dependiendo de cuándo y por qué los pacientes los necesitan [21]. La atención primaria es el nivel fundamental, incluidos los servicios de primer contacto en la comunidad, lo que debe garantizar la atención a los pacientes necesitados de servicios. La atención secundaria y la atención terciaria incluyen servicios especializados para enfermedades más comunes y menos comunes, en la práctica incluyen todos los servicios hospitalarios. Para atender los cuidados de emergencia se incluyen todos los servicios localizados en todos los otros niveles, esto es característico del servicio hospitalario de accidentes y emergencias.

Servicios comunitarios

Históricamente, los servicios comunitarios han sido sancionados en todos los países de la Europa occidental por su menor impacto económico en las comunidades locales en comparación con los hospitales.

Compartimos plenamente la opinión generalizada de que hoy en día las instalaciones a gran escala, que comprenden una amplia gama de profesionales de la salud, son la prioridad apremiante para suministrar servicios comunitarios [22]. Una vez asumido que todos los profesionales de la salud deben ser empleados a tiempo completo del SNS (médicos generales incluidos), la ubicación de una amplia gama de servicios sanitarios y administrativos, debería ofrecer varias ventajas en esta época caracterizada por el envejecimiento y una población multimórbida.

Desde el punto de vista de la oferta, una amplia plantilla de profesionales de la salud ayudaría a prolongar el acceso diario a los servicios, mejorar la gestión de los servicios fuera de horario e incrementar la prestación de atención domiciliaria a los pacientes que no pueden moverse. Un personal administrativo adecuado debería ayudar a mejorar la planificación y gestión de estas organizaciones y minimizar la fragmentación y la superposición de las políticas de salud y de los servicios administrativos prestados a la comunidad.

En efecto, la ubicación debería incentivar la comunicación del personal, impulsar el trabajo sinérgico en equipo y eventualmente desarrollar habilidades de información tecnológica como la telemedicina [23]. En la práctica, más allá de proporcionar consultas a pacientes externos durante los días laborables para las especialidades básicas, estas grandes organizaciones deberían brindar atención inmediata, diaria, para casos de baja complejidad con el fin de filtrar el acceso a los servicios hospitalarios de urgencia. Esto debería ayudar a integrar la atención de emergencia entre los diferentes niveles, lo que ya ocurre en el SNS español [24].

Desde el punto de vista de la demanda, estas instalaciones a gran escala deberían ayudar a las personas a comprender mejor el patrón de los servicios prestados a la comunidad y facilitar acceso relacionado, especialmente, para los ciudadanos trabajadores. De hecho, el acceso a los servicios comunitarios es demasiado limitado en muchos países de Europa occidental, especialmente en los del sur donde muchos trabajadores todavía son cuidadores de sus familiares ancianos [24]. Como ha evidenciado la propagación de los centros comerciales en las últimas décadas, hoy en día, la mayoría de la gente está dispuesta a viajar para encontrar amplias instalaciones abiertas durante todo el día, incluso en zonas poco pobladas, y no hay ninguna razón por la cual la atención médica tenga que ser una excepción [25]. En consecuencia, estas instalaciones comunitarias deberían ser altamente costo-eficaces tanto desde la perspectiva del SNS como de la social.

Servicios hospitalarios

Históricamente, los hospitales son los centros del sistema sanitario más fácilmente identificables por el común de la gente [25]. Esta característica ha fomentado tradicionalmente la resistencia política a cerrar pequeños hospitales en muchos países europeos a pesar de su limitado espectro de competencia clínica y equipamiento tecnológico [26], siendo los comerciantes ubicados alrededor de los hospitales los mejores aliados de esta resistencia gracias al impacto positivo en los ingresos locales. Más aún, un sentimiento generalizado y comprensible en las personas que viven fuera de las grandes ciudades es que aumentar la distancia a los hospitales socava el fácil acceso a la atención sanitaria, especialmente a los servicios de urgencias.

Al ser percibidos como los pilares de la atención de urgencias, estos servicios hospitalarios generan una alta tasa de confianza entre las personas, de modo que el hacinamiento ha ido convirtiéndose cada vez más en un problema importante en muchos países de Europa occidental debido a que los eventos menores podrían ser alternativamente tratados en la comunidad.

Al intentar imaginar una red ideal de hospitales, primero hay que determinar qué es lo que tiene que ser parte de un hospital por definición. Dado que los hospitales deben tratar a pacientes que se presentan como casos agudos, incluidos los más urgentes, pensamos que éstos siempre deberían tener un servicio de atención de urgencias. Los hospitales podrían clasificarse en dos clases, dependiendo de los servicios y departamentos previstos en torno a ese pilar:

1) Hospitales locales, que sólo deben incluir los servicios básicos (es decir, laboratorios clínicos, radiología y quirófano) y algunos departamentos clínicos (medicina interna, pediatría, y cirugía general) con la participación de consultores y enfermeras de diferentes especialidades. Por ejemplo, el departamento de medicina podría incluir un cardiólogo, un neurólogo y un nefrólogo para cumplir con los conocimientos clínicos esenciales necesarios para tratar a pacientes con múltiples morbilidades. Una mezcla similar podría preverse para el departamento de cirugía, incluyendo un ginecólogo, oftalmólogo, ortopedista y un otorrinolaringólogo. Estos especialistas quirúrgicos podrían realizar los procedimientos más

fáciles y menos costosos en el hospital de día (por ejemplo, hernia inguinal), lo que permite a los pacientes pasar en casa el postoperatorio. Todos los consultores hospitalarios podrían rotar semanalmente en instalaciones comunitarias para favorecer una aproximación sistemática e integrada. Consistentemente, los servicios ambulatorios deben ubicarse únicamente en los servicios comunitarios. Más aún, se debe alentar a los consultores hospitalarios a rotar también en los servicios de urgencias, por definición muy caros, ya que los profesionales de la salud deben estar disponibles a tiempo completo sin considerar la demanda diaria.

2) Grandes hospitales que deben incluir un conjunto de servicios y departamentos capaces de admitir pacientes que necesitan atención secundaria avanzada y atención terciaria. El núcleo de las especialidades de medicina y cirugía deben ser consistentes con los tipos de casos tratados y variar de un hospital a otro vecino para proporcionar todos los servicios electivos necesarios para una amplia población del área que sirven. Por lo tanto, los mismos departamentos de hospitales cercanos deberían centrarse en campos diferentes y complementarios para poder cubrir todas las necesidades de salud. Finalmente, hospitales dedicados exclusivamente a una especialidad específica. (p. ej., oncología) deberían ser una excepción, ya que por definición es difícil integrarlos en una cadena ideal de servicios.

Otros servicios

Para completar la red racional de servicios de salud entregados por el SNS, dos conjuntos de instalaciones, dotadas principalmente de personal de enfermería, deberían dedicarse de manera exclusiva a los pacientes dados de alta de hospitales para la posterior rehabilitación de estados graves y a pacientes en el final de su vida para cuidados paliativos (es decir, hospicios). Los primeros deberían ser coordinados por los hospitales para optimizar el seguimiento, el último por parte de las grandes organizaciones comunitarias para integrarlos, en el mejor de los casos, con los servicios sociales locales.

En conclusión, debemos recordar que la prevención es de lejos la mejor estrategia para hacer que un SNS ideal sea financieramente sostenible en las sociedades modernas. Por lo tanto, hacer campaña para apoyar estilos de vida saludables y limitar drásticamente los principales factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles y cánceres, debería convertirse en un mantra, comenzando desde las escuelas y luego en los medios de comunicación. Esta aproximación, sumamente costo-eficaz, llevará en consecuencia a una dramática reducción en la carga de enfermedades en el sistema de salud y en la sociedad como un todo y también una mejora en la calidad de vida individual.

REFERENCIAS

1. Garattini, L., Badinella, M.M.: Modeling European health systems: a theoretical exercise. *Eur. J. Health Econ.* 24(8), 1249–1252 (2023)
2. Garattini, L., Padula, A.: Defensive medicine in Europe: a “full circle”? *Eur. J. Health Econ.* 21(2), 165–170 (2020)

3. Cunningham, W., Wilson, H.: Complaints, shame and defensivemedicine. *BMJ Qual. Saf.* 20(5), 449–452 (2011)
4. Lykkegaard, J., Andersen, M.K.K., Nexøe, J., Hvidt, E.A.: Defensive medicine in primary health care. *Scand. J. Prim. Health Care* 36(3), 225–226 (2018)
5. Vento, S., Cainelli, F., Vallone, A.: Defensive medicine: It is time to fnally slow down an epidemic. *World J Clin Cases.* 6(11), 406–409 (2018)
6. Garattini, L., Padula, A.: Patient empowerment in Europe: is no further research needed? *Eur. J. Health Econ.* 19(5), 637–640 (2018)
7. Roberts, K.J.: Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expect.* 2(2), 82–92 (1999)
8. Castro, E.M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., Van Hecke, A.: Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ. Couns.* 99(12), 1923–1939 (2016)
9. Toofany, S.: Patient empowerment: myth or reality? *Nurs. Manag. (Harrow)* 13(6), 18–22 (2006)
10. Jotterand, F., Amodio, A., Elger, B.S.: Patient education as empowerment and self-rebiasing. *Med. Health Care Philos.* 19(4), 553–561 (2016)
11. Ferguson, T.: From patients to end-users. *BMJ* 324(7337), 555–556 (2003)
12. Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S.A., Schildmeijer, K.: Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC Health Serv. Res.* 20(1), 147 (2020)
13. Ham, C.: Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *Lancet* 361(9373), 1978–1980 (2003)
14. Kodner, D.L., Spreeuwenberg, C.: Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *Int. J. Integr. Care* 2, e12 (2002)
15. Garattini, L., Padula, A., Freemantle, N.: Do European pharmacists really have to trespass on medicine? *Eur. J. Health Econ.* 22(1), 1–4 (2021)
16. Zorab, J.: Patient empowerment. *J. R. Soc. Med.* 97(4), 207–208 (2004)
17. Rule, A.R.L.: I Am That Parent. *JAMA.* 319(5), 445 (2018)
18. Woolf, S.H.: A closer look at the economic argument for disease prevention. *JAMA* 301(5), 536–538 (2009)
19. Karlsson, M., Nordström, B.: Use and exchange of knowledge in the introduction of hospital-based home rehabilitation after a stroke: barriers and facilitators in change management. *BMC Health Serv. Res.* 22(1), 216 (2022)

20. Ghorob, A., Bodenheimer, T.: Sharing the care to improve access to primary care. *N. Engl. J. Med.* 366(21), 1955–1957 (2012)
21. Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Rotar Pavlic, D., Svab, I., Tedeschi, P., Wilm, S., Wilson, A., Windak, A., Van der Zee, J., Groenewegen, P.: The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br. J. Gen. Pract.* 63(616), e742–e750 (2013)
22. Smits, M., Rutten, M., Keizer, E., Wensing, M., Westert, G., Giesen, P.: The Development and Performance of After-Hours Primary Care in the Netherlands: A Narrative Review. *Ann. Intern. Med.* 166(10), 737–742 (2017)
23. Garattini, L., Badinella Martini, M., Zanetti, M.: More room for telemedicine after COVID-19: lessons for primary care? *Eur. J. Health Econ.* 22(2), 183–186 (2021)
24. Garattini, L., Badinella Martini, M., Nobili, A.: General practice in the EU: countries you see, customs you find. *Eur. J. Health Econ.* 24(2), 153–156 (2023)
25. Garattini, L., Padula, A.: English and Italian national health services: Time for more patient-centered primary care? *Eur. J. Intern. Med.* 57, 19–21 (2018)
26. Garattini, L., Badinella Martini, M., Zanetti, M.: The Italian NHS at regional level: same in theory, different in practice. *Eur. J. Health Econ.* 23(1), 1–5 (2022)

SEMBLANZA DR. CARLOS MONTOYA AGUILAR.

Por Dr. Oscar Román A.

Corría el año 1948, y estando como alumno regular del curso de Medicina de la U. de Chile, era frecuente conversar, discutir, y hablar de política del país, a pesar de que éramos unos imberbes universitarios.

En los recreos era frecuente cruzarse con alumnos de otros cursos, y grupos de conversación de diferentes temas. Un alumno me llamo la atención: era bajito, vestido en forma corriente de calle, serio, de andar rápido y que se dedicaba en los recreos a entregar panfletos políticos. Pregunté quien era a mis compañeros y me dijeron: un alumno comunista, pero de muy buen trato y corrección. Era conocido, por sus características faciales, no comunes, como el “mono Montoya”.



Tengo entendido que nunca se molestó aparentemente por ese sobrenombre, que contrastaba con su seriedad y espíritu de trabajo universitario.

Lo perdí de vista hasta después del título, y me enteré de que formaba parte del equipo docente de la Escuela de Salud Pública de la U. de Chile.

Pasó el tiempo, sobrevino el golpe militar y muchos colegas debieron abandonar el país en forma obligada, gracias “metafóricamente” al dicho “La Beca Pinochet”. Montoya tenía excelentes antecedentes docentes y fue contratado por las Naciones Unidas y enviado como salubrista a África. No tengo claro los países en que trabajó, pero a su regreso años después, asistí a una conferencia sobre el arte africano dictada por él, en forma clara, brillante, con ilustraciones fotográficas muy interesantes. Se mostró de esa forma, como un hombre culto, buen interprete del arte aborigen y de la naturaleza africana.

Pocos años después, al estar adscrito como Asesor del Departamento de Salud Pública del Colegio Regional Santiago, me encontré con él, que era un miembro antiguo y apreciado en el Colegio Médico. Pude así conocerlo mejor en sus actividades docentes y médicas. Me enteré en las conversaciones del Departamento de Salud Pública, que era profesor titular de Salud Pública de la U. de Chile, que había sido el organizador del Centro de Medicina integral de Quinta Normal en los primeros años de su actividad.

Luego, pude conocer en detalle que había sido responsable de planificación en Salud en la OMS con sede en Ginebra entre los años 1974 y 1978. Después, fue Asesor en el Ministerio de Salud de Chile, donde lo conocí en sus actividades de Salud Pública en ese Ministerio.

En la década de los 90, en el Gobierno democrático, fue responsable, junto con otro colega, de la eliminación de las listas de espera en los hospitales y luego Coordinador del Programa de Especialistas para la Atención Primaria de Salud entre los años 2008-2013.

Como especialista y docente, fue Presidente de la Sociedad Chilena de Salubridad y expositor de varios trabajos de Salud pública, en aspectos referidos al financiamiento de Hospitales y Servicios de Salud, alcanzando notoria trayectoria y distinción.

En todas estas actividades, Montoya demostró sólidos conocimientos, ideas importantes y novedosas, que le valieron ser invitado a dictar no solo clases sino Conferencias sobre los temas de su especialidad. Recuerdo haberlo invitado a un Seminario sobre docencia de Medicina, y al presentarlo lo hice destacando que era como miembro del Colegio Médico de Chile. Me miró seriamente al dirigirse al estrado y me sopló en el camino "Profesor de Salud Pública de la U. de Chile". lo que reveló su fervor y calidad docente.

Ha sido además autor y editor de tres libros, "La Salud dividida", "¿Dónde está nuestra Salud y para dónde va?" "y "Salud, Persona y Sociedad" éste en el año 2017.

En el contexto político, al retorno de la democracia, reconoció que había estado un poco fuera de lugar como comunista y que había solicitado ingreso en el Partido Radical Social Demócrata, lo que varios colegas apoyamos con entusiasmo.

No me cabe duda que Carlos fue un médico no sólo dedicado a su profesión sino además, fue un observador y escritor sobre las ciencias sociales, la economía y de la psicología como partes integrantes de la Salud Pública y que contribuyeron a su profunda sabiduría como profesional de la Salud.

Creo que Montoya fue, en nuestro medio científico y profesional, el mejor exponente de la Salud Pública actual en todo sus aspectos docentes, organizativos, políticos y sociales.

Es evidente que lo echaremos de menos y no lo olvidaremos.



El Dr Carlos Montoya Aguilar representó esos valores sanitarios, sociales y de justicia que estimularon a tantos doctores de la época. Su presencia, por ejemplo, en Cuadernos Médico Sociales -la revista del COLMED- no pasó desapercibida porque amplió la visión de los aspectos socio sanitarios. Sus libros siempre destacaron el marco socioeconómico de los problemas en la salud. Su visión de los determinantes sociales de la salud estuvo presente en sus clases y escritos incluso antes de que el concepto fuese institucionalizado por la OMS.

Para quienes trabajamos en salud -sin ser médicos- tuvimos en el Dr. Montoya un aporte siempre cálido, sincero y con una modestia extrema pese a sus pergaminos y conocimientos. Siendo presidente de la Asociación de Economía de la Salud tuve el honor de contarle entre nuestros

asociados y de escuchar sus opiniones en las reuniones en las que participaba activamente. Gracias Dr. Montoya por sus aportes que quedarán en nuestra historia. Rafael Urriola U.



Jornada de Reflexión de la Asociación de Economía de la Salud. Noviembre 2019.
(El Dr. Montoya arriba, segundo desde la derecha.)

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 a fines de septiembre 2023, [ver acá](#) 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 objetiva acerca de las propuestas recibidas para decidir acerca de su publicación.

3) Los trabajos para este cuarto número que aparecerá a principios de septiembre de 2024 tienen como plazo máximo de entrega el 5 de agosto de 2024.

4) Esta invitación es amplia y está dirigida a personas vinculadas a la salud y disciplinas conexas. APROB solicita presentar trabajos para publicar y/o enviar documentos que eventualmente podrían ser referenciados en la revista. Toda la información se mantendrá actualizada en la web institucional www.aprobienestar.cl

5) Correspondencia sobre el tema a: salud@aprobienestar.cl

Con atentos saludos,

Comité editorial.

Revista Sistemas de Salud y bienestar Colectivo (APROB)

COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

Rafael Urriola U. (editor general)

Master en Economía Pública y Planificación. Universidad de Paris X, Francia. Economista de la Salud, 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-mayo 2024).

Loreto Espinoza T.

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 y Universidad de Chile.

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

Area Salud



El 18 de abril 2024 Rafael Urriola, presidente APROB, hizo la presentación de la tercera jornada (financiamiento y aseguramiento) del seminario **“Pensando La Reforma. A 20 años del AUGE: Salud más allá de la contingencia”** organizado por el Colegio Médico de Chile. La foto de clausura con directivos del Colmed, autoridades de salud y ponentes de la jornada.

El área de Salud está organizando con la Universidad Academia de Humanismo Cristiano (UAHC) el seminario Salud buen vivir y bienestar que se realizará en tres sesiones entre mayo y junio de 2024. Siga las informaciones del evento en nuestra web www.aprobienestar.cl

APROB diseñó el diplomado “Salud, gestión y bienestar” para ser realizado en convenio con la Universidad de las Américas el cual debería comenzar en octubre 2024.

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

Publicaciones y actividades del Área de Macroeconomía y Bienestar

El 18 de enero, el Coordinador del Área de Macroeconomía y Bienestar de APROB participó en una reunión organizada por la Corporación Nacional de Consumidores y Usuarios (CONADECUS), presentando una ponencia sobre la economía circular.

Desde agosto 2023 se publica mensualmente el boletín de precios de APROB dirigido por Salvador Marconi, Coordinador del Área Macroeconomía y Bienestar de APROB, que se difunde en las redes sociales y en convenio con CONADECUS. En el mes de abril 2024, fue publicado el boletín con las cifras del mes de marzo.



La inflación mensual de marzo observada por el Instituto Nacional de Estadísticas boletín¹ y difundida en su comunicado de prensa del 8 de abril 2024 fue de 0.4%. Destacaron las alzas

Recuadro

Algunas interpretaciones teóricas de la inflación

Existen al menos dos enfoques teóricos sobre las causas y los efectos de la inflación: el monetarista y el estructuralista.

Para los primeros, el factor que la genera es la expansión monetaria, que a su vez deriva de los desequilibrios en las cuentas públicas y/o externas. Para la visión estructuralista, en cambio, el factor determinante del incremento de los precios

1

En el mes de marzo, APROB difundió la publicación trimestral "Notas sobre el consumo final de los hogares.



De acuerdo con la información difundida el 18 de marzo 2024 por el Banco Central de Chile (BCCH) en su publicación Cuentas Nacionales, evolución de la actividad económica año 2023, el PIB habría aumentado en 0,2% en términos anuales (gráfico 1). Por su parte, la demanda interna retrocedió 4,2% incidida, principalmente, por una contracción en el consumo de los hogares.

En efecto, el BCCH informa que el consumo de los hogares se redujo en 5,2%, destacando el menor gasto en bienes no durables v.

Recuadro

El consumo y el ahorro de los hogares están siempre en el centro del debate económico.

Desde el punto de vista teórico, la determinación del consumo y del ahorro contraponen, desde la segunda posguerra, a

Asimismo, el Área de Macroeconomía y Bienestar publicó en abril 2024 el cuarto número del Boletín bimensual de remuneraciones y costo de la mano de obra.

**Boletín de remuneraciones
y costo de mano de obra
Abril 2024**

Asociación para la Promoción del Bienestar www.aprobiestar.cl mail: contacto@aprobiestar.cl

En el boletín estadístico 305 del 5 de abril de 2024 en el que se difunde los índices de remuneraciones y del costo de la mano de obra, el Instituto Nacional de Estadísticas señala que los Índices Nominales de Remuneraciones y del Costo de la Mano de Obra de febrero 2024 presentarían incrementos interanuales de 6,8% y 6,6%, respectivamente.

Recuadro

La participación del trabajo y del capital en la generación de la nueva riqueza es frecuentemente un tema de debate político.

La determinación del salario mínimo y de la duración del número de horas laborables en la semana; el monto de las utilidades (y de las pérdidas) obtenidas por las empresas privadas y públicas (ENAP, CODELCO, ENAMI, etc.); los impuestos que el gobierno general impone sobre la producción; etc., reflejan diferentes concepciones teóricas, ideológicas y políticas existentes en la sociedad contemporánea.

La aguja de la balanza puede inclinarse rápidamente en función de las fuerzas políticas que controlan el poder ejecutivo y el legislativo en el país. Simultáneamente, en el ámbito académico,

AREA Medio Ambiente y Bienestar

El equipo liderado por Loreto Espinoza desarrollará el proyecto “Medición preliminar de la huella de carbono: Investigación sobre el consumo de energía primaria en Chile” (este indicador permite reflejar la eficiencia energética y las emisiones de carbono del país). Participan en el proyecto Ignacio Herrera, geógrafo y Mauricio Carrasco, sociólogo.