

**REVISTA No 5 de enero de 2025**

Click en la página para ir al artículo

INDICE

PRESENTACIÓN

EDITORIAL [p.1](#)
EN ESTE NÚMERO COLABORARON COMO AUTORES [p.3](#)

MEDIR BIENESTAR SUBJETIVO EN CHILE: MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO
Rafael Urriola Urbina [p.4](#)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): ECONOMÍA Y SALUD PARA
TODOS [p.15](#)

SISTEMA DE SALUD Y SEGUROS EN LOS ESTADOS UNIDOS.
José Leandro Urbina [p.22](#)

CONTRIBUCIONES A LA PROPUESTA DE REFORMA DE SALUD.
Facultad de Salud y Buen Vivir - Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB)
[p.31](#)

EL PRESUPUESTO PÚBLICO DE SALUD 2025 Y LA SUSTENTABILIDAD
FINANCIERA DEL SECTOR. **Patricio Lagos Araya** [p.35](#)

EFFECTO ESTABILIZADOR DE PRECIOS DE LAS LICITACIONES DE
MEDICAMENTOS DE CENABAST. **Loreto Molina y Camila Villalobos.** [p.49](#)

CRISTINA GIRARDI: EL ROL DE LA MEDICINA CHINA EN EL SISTEMA DE SALUD
CHILENO. **Entrevista realizada por Loreto Espinoza T.** [p.58](#)

RESEÑA: Carlos Güida, Nicole Lobos y Osvaldo Artaza (2024). SALUD Y COMUNICACIÓN: DIÁLOGOS DESDE LA COMUNIDAD HACIA LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL [p.64](#)

Invitación a participar con artículos [p.68](#)

Comité editorial de esta Revista [p.69](#)

PUBLICACIONES Y ACTIVIDADES DE APROB [p.71](#)

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 de la publicación es exponer casos, experiencias, metodologías, conceptos o teorías que ayuden a identificar los ámbitos para mejorar la calidad y la eficiencia en las prestaciones de salud y, por tanto, mejorar el bienestar de los usuarios. En esta medida, se podrán identificar indicadores relevantes en la perspectiva de mediciones de bienestar que incluya otros sectores, desde luego, la economía y el medio ambiente.

La publicación se distribuye a universidades, institutos de investigación y otras organizaciones, especialmente las relacionadas con la salud, así como a usuarios individuales vinculados al área de la salud 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 5. Santiago, enero de 2025. (la abreviatura de título de esta publicación según las normas del ISSN es "Sist. salud bienestar colet."). Se autoriza reproducir total o parcialmente esta obra mencionando la fuente respectiva.

Enero de 2025

EDITORIAL

Este, nuestro quinto número, ya nos permite hacer algunas reflexiones globales con respecto a los objetivos de la revista. Tener como prioridad los sistemas de salud está acorde con los parámetros internacionales. Esto es, poner en el centro: la satisfacción de los pacientes; la calidad de la atención, el control de costos innecesarios y la satisfacción de los trabajadores. Asimismo, el carácter multidisciplinario de nuestra revista ayuda a descubrir actividades y experiencias que pueden potenciar el bienestar colectivo.

Justamente, iniciamos este número con una propuesta interdisciplinaria para medir bienestar subjetivo. Esto complementa las medidas de organismos internacionales y la Encuesta de Bienestar Social que aplicó el Ministerio de Desarrollo Social. Medir bienestar y la percepción a través del tiempo de las personas permite evaluar y mejorar el resultado último de las políticas públicas.

El artículo de J. L. Urbina sobre el sistema de salud y seguros en EE. UU. muestra que, no siempre, por mucho gastar se tiene mejores resultados. El modelo de salud de EE. UU. difícilmente es algo a replicar. Junto con leer el artículo de Urbina quizás podamos recomendar, complementariamente, ver la serie *The Resident* de Netflix¹ que muestra un espectacular incremento del desarrollo tecnológico en el área de la salud junto con una, igualmente espectacular, reducción de los parámetros éticos, lo que podría explicar el boom de costos ... pero esto es solo ficción.

Incluir la resolución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre salud y economía es un salto importante. Hace tiempo que la salud está ocupando más recursos que muchas otras áreas (por ejemplo, que la agricultura) y puede alcanzar hasta 16% del PIB en EE. UU. y 9% en Chile. Calidad, eficiencia, priorizaciones de procedimientos son fundamentalmente decisiones sanitarias pero deben estar complementadas por las decisiones económicas porque las prioridades últimas deben tener sustentabilidad sanitaria y financiera.

Consecuentemente, se ha dado el espacio necesario al aporte de P. Lagos que examina con información oficial y exhaustiva el presupuesto de salud 2025 con sus limitaciones para enfrentar los problemas que se arrastran por decenios.

El aporte de Loreto Molina y Camila Villalobos, analistas del departamento de Estudios de Cenabast tiene por objeto mostrar que organismos públicos de esta naturaleza (que compran medicamentos e insumos de manera centralizada para toda el área de la salud) son eficientes

¹ Por cierto, no tenemos ningún acuerdo ni compromiso con esa empresa.

y permiten obtener mejores precios para el sistema público e incluso para el sector privado que intermedia con esa institución.

Entrevistar a Cristina Girardi, especialista en medicina china, fue un gran descubrimiento. Nuestra encargada del Comité Editorial, Loreto Espinoza, la visitó en el Hospital Félix Bulnes de la comuna de Cerro Navia, conversó con pacientes y no cabe duda, que los conocimientos científicos tradicionales tendrán que incorporar otras prácticas y cosmovisiones que también han demostrado resultados. Es parte de lo que la gente espera.

El gobierno esperaba haber presentado una reforma de salud antes de fines del año 2024. APROB y la Universidad Academia de Humanismo Cristiano organizamos un ciclo de conversatorios con el objetivo de elaborar sugerencias y propuestas para esa Reforma de Salud. Estas fueron entregadas a la ministra Ximena Aguilera y son reproducidas en este número. Serán útiles y necesarias para las reformas que necesita el sistema más temprano que tarde.

Muchos, incluido APROB, dudamos de que la reforma pudiese ser presentada este año. En efecto, como lo ha dicho incluso el Informe anual 2024 del FMI para Chile: "la polarización política está obstaculizando el progreso de las reformas". En efecto, la ideologización exacerbada de los debates públicos neutraliza toda acción constructiva, Solo el país y la ciudadanía pierden con esta lógica.

Así, la reforma a las Isapres se redujo a un mal acuerdo sobre el reembolso de los pagos indebidos; la universalización de la atención primaria tendrá que esperar recursos que no fueron aprobados de manera suficiente en el presupuesto de 2025; el sistema de subsidios de indemnización laboral que consume buena parte de las cotizaciones de los afiliados a Fonasa no han visto una propuesta viable de transformación; la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de Fonasa está postergada hasta mediados de 2025; y las listas de espera se mantienen con un manto de opacidad en cuanto a la información estadística real. Lo malo es que estos problemas no los ha resuelto ninguno de los gobiernos de los últimos 20 años. Nadie ha podido... más allá de los muy diferentes signos políticos de las autoridades.

Solo se podrá salir de este punto muerto con un acuerdo político-social-sanitario, transversal que ponga metas específicas por temas concretos. Los intereses parciales, económicos y de grupos de interés y actores de la salud han logrado perpetuar un insostenible status quo.

Comité Editorial

EN ESTE NÚMERO COLABORARON COMO AUTORES

Loreto Espinoza Tellería. Dentista Universidad de Chile. Magister en Asentamientos Humanos y Medio Ambiente, Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales, Pontificia Universidad Católica de Chile. Candidata a Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina.

Cristina Girardi Lavín. Antropóloga. Diputada de la República por la Región Metropolitana (2010 – 2022). Alcaldesa Cerro Navia (1996 – 2008). Titulada en Medicina china. Ejerce en el hospital Félix Bulnes.

Patricio Lagos Araya. Consultor en Financiamiento Público y Gestión Financiera Pública en Salud en la OPS, ex asesor de la Dirección de Presupuestos y del Fondo Nacional de Salud y ex Jefe de Presupuestos e Inversiones del Ministerio de Salud. Docente y consultor de la Escuela de Salud Pública y en la FEN de la U. de Chile.

Loreto Molina Cofré. Ingeniera Civil en Geografía de la Universidad de Santiago de Chile, Máster en Técnicas Estadísticas Universidad de Vigo (España) con experiencia en análisis de datos y estudios estadísticos. Experiencia en instituciones del sector público como CENABAST, Instituto Nacional de Estadísticas de Chile y la Dirección del Trabajo.

José Leandro Urbina. Doctorado en la Universidad Católica de las Américas, Washington DC. con especialidad en literatura latinoamericana. Ha trabajado como traductor (inglés-español). 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.

Rafael Urriola U. Magister en Economía Pública y Planificación. Universidad de Paris X. Profesor de economía de la salud en el diplomado de Gestión de Establecimientos de salud, U. de Santiago de Chile; Consejero Cenabast ley No 21.198; Presidente de APROB.

Camila Villalobos Sanhueza. Ingeniera Comercial mención economía y Magíster en Economía Financiera, ambos de la Universidad de Santiago de Chile. Docente de Aula de la USS. Jefa de Sección Estudios y Apoyo Técnico de CENABAST. Experiencia en el análisis de datos e investigación en sector público.

MEDIR BIENESTAR SUBJETIVO EN CHILE: MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

Rafael Urriola Urbina²

Contenido

I. ANTECEDENTES

II. DEFINICIONES CONCEPTUALES

III. ENCUESTA DE BIENESTAR SOCIAL DEL MIDESO Y ENCUESTA DE BIENESTAR DE APROB.

IV. ¿POR QUÉ SE HAN ESCOGIDO ESTAS VARIABLES?

- i) Variables relacionadas con lo que “hace bien”
- ii) Variables relacionadas con los temores o “lo que hace mal”
- ii) Variables relacionadas con las Expectativas

V. OBJETO Y USO DE LA MEDICIÓN DE BIENESTAR SUBJETIVO

Resumen ejecutivo

Este documento tiene por objetivo hacer una propuesta de evaluación del Bienestar Subjetivo (BS) en Chile considerando que las medidas de impacto de bienestar han irrumpido como una necesidad en todo tipo de evaluaciones de políticas públicas. Para este efecto, se examinan las diferencias teórico/conceptuales entre bienestar social u objetivo, especialmente desarrollado por la OCDE y el bienestar subjetivo. En esta perspectiva, se explicitan las tres dimensiones que propone este trabajo para analizar el BS: “lo que hace bien”, “lo que hace mal” y las expectativas de futuro. Se compara con las encuestas OCDE y la encuesta de Bienestar Social de Chile concluyendo que son propuestas diferentes, aunque complementarias. Esta medición de BS permitiría mejorar las propuestas de políticas públicas vinculadas con los resultados de bienestar de la población.

I. ANTECEDENTES

El concepto bienestar ha ganado relevancia y posicionamiento entre tomadores de decisiones, políticos, científicos y expertos, especialmente en las áreas de la economía, lo social y lo ambiental. Por ejemplo, la serie *How's life* que forma parte de la Iniciativa para una Vida Mejor de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo económico (OCDE) que cuenta con una serie de publicaciones sobre la medición del bienestar, así como del Índice para una

² Magister en Economía Pública y Planificación. U. de Paris, Nanterre. Presidente de la Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB).

Vida Mejor³. Incluso, cuenta con un sitio web interactivo que tiene como objetivo involucrar a los ciudadanos en el debate sobre lo que significa para ellos una vida mejor.

Todos los organismos internacionales y numerosos gobiernos han ido colocando el concepto de bienestar en el centro de las metas y objetivos de las políticas públicas. Asimismo, la Asamblea Mundial de la Salud (2024)⁴ reconoce “que la salud y la economía están interconectadas y que, a este respecto, la perspectiva de una economía del bienestar se puede utilizar para situar a las personas y su salud y bienestar en el centro del proceso decisorio, subrayando al mismo tiempo el carácter simbiótico de la salud, el bienestar y la economía.”⁵

En general, los criterios de evaluación de políticas públicas se han concentrado en evaluaciones de procesos, de productos (outputs) y de resultados (outcomes). No obstante, de alguna manera este tipo de evaluaciones enfatiza la visión por el lado de la oferta, mientras que las evaluaciones centradas en el bienestar priorizan el lado de la demanda (la percepción del ciudadano, usuario o cliente). Por lo mismo, empieza a imponerse como un criterio complementario necesario para la evaluación de desempeño de las políticas públicas.

Hay certezas históricas que permiten a la larga la legitimación de algunos indicadores “trazadores” que identifican a un concepto. Por ejemplo, Producto Interno Bruto (PIB) en relación con el crecimiento económico; esperanza de vida con la eficiencia de los sistemas de salud; nivel de pobreza con el progreso social; el coeficiente de Gini con la equidad.

Si bien crecimiento económico, eficiencia de los sistemas de salud, progreso social o equidad son metas plausibles, ellas no son suficientes para evaluar el bienestar en la población. Ha habido una tendencia excesiva en evaluar desempeño por las capacidades de los sistemas para producir bienes o servicios antes que en sus capacidades para resolver los problemas de las personas.

En las dimensiones generalmente usadas para medir bienestar (objetivo y subjetivo) se reconoce que la elección de indicadores puede tener sesgos de arbitrariedad o dudas en los criterios de selección, aunque las preferencias para definir bienestar son muy similares entre los distintos países y regiones, así como entre hombres y mujeres⁶.

³ OCDE. Better life index. <https://www.oecdbetterlifeindex.org/es/#/11111111111>

⁴ Organización Mundial de la Salud OMS (2024). Economía y salud para todos. 77.ª Asamblea Mundial de la Salud. 29 de mayo de 2024

⁵ En salud: Michael Marmot, Peter Goldblatt, Jessica Allen, et al. (2010). Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review); WHO (2012). Measurement of and target setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. En economía: Stiglitz, J., Sen, A., & Fitoussi, J.-P. (2009). Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf; Sierra M. L, Morales J. M., Calvo E., Von Borries R., Zilveti M., Castillo J. et al. Desarrollo humano en Chile. Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo. PNUD. 2012. Pablo Villatoro S. (2012) La medición de bienestar a través de indicadores subjetivos: una revisión. CEPAL Estudios estadísticos y prospectivos No 79. 2012;

⁶ OCDE (2013). Índice para una Vida Mejor. Enfoque en los países de habla hispana de la OCDE. Chile, España, Estados Unidos y México.

II. DEFINICIONES CONCEPTUALES

El propio concepto de bienestar es complejo y pocos se aventuran a una definición, en particular, porque tiene un componente subjetivo y otro objetivo. Hay, al menos, dos razones para complejizar esta definición. Una, si el BS es un estado (personal o colectivo), es dinámico y, en último término, cada uno (o cada colectivo) solo puede definir bienestar comparando situaciones, es decir, se puede estar mejor, peor o igual que antes. Esta es la clave cualitativa en las medidas de bienestar subjetivo, a diferencia de las medidas objetivas que son paramétricas, es decir establecen referencias con líneas de base (por ejemplo: medición de pobreza por ingresos inferiores a una cantidad monetaria por día; o, el PIB per cápita para alcanzar cierto nivel de desarrollo, etc.).

Existen enfoques de bienestar: subjetivo, colectivo y objetivo. El subjetivo se refiere a la valoración que las personas hacen de su propia vida, de manera general o en cualquiera de sus múltiples dimensiones: salud, trabajo, familia, comunidad, país, etc. El bienestar subjetivo es declarado por los propios individuos. El bienestar colectivo se refiere a los aspectos del bienestar subjetivo que son mayoritariamente aceptados por la población; mientras que el bienestar objetivo puede ser determinado por estudios del gobierno, la academia u organismos multilaterales, entre otros (Urriola 2023)⁷; (Torres 2006)⁸. La OMS (2012) también aporta a esta definición diferenciando ámbitos y tipos de preguntas que se ajustan a uno u otro tipo de bienestar como se observa en este ejemplo sobre el caso de la salud (tabla 1).

Tabla 1. Ámbitos correspondientes al bienestar objetivo y subjetivo

BIENESTAR OBJETIVO	BIENESTAR SUBJETIVO
Esperanza de vida saludable	Satisfacción con tu salud
Personas que no informan de una limitación a largo plazo por enfermedad mental o discapacidad	Satisfacción con el bienestar mental o físico

Los indicadores subjetivos podrían tener el defecto de incluir opiniones excepcionales (outliers) que, sin embargo, pueden subsanarse aplicando instrumental estadístico adecuado.

La segunda razón se refiere a que, si el bienestar es un estado que intenta definir las sensaciones o sentimientos de los individuos ¿cómo cuantificar el bienestar? Es evidente que una definición binaria de bienestar deja de tener cualquier interés académico o tecno-político. Esto implica que hay gradientes en las mediciones, sobre todo, si se considera que el concepto mismo de bienestar es multifactorial⁹. Por lo tanto, el concepto subyacente de Bienestar subjetivo que se mide es relativamente cercano a la definición de Pigou (1920)¹⁰ que interpretó el bienestar

⁷ Urriola R. SALUD Y BIENESTAR ¿QUE DEBEMOS MEDIR?. Revista Sistemas de salud y bienestar colectivo No 1. Julio 2023. www.aprobienestar.cl

⁸ Gerver Torres (2010) Bienestar subjetivo en América Latina- Encuentro Venezuela en Boston.

⁹ WHO (2012). Measurement of and target setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe.

¹⁰ Pigou Arthur (1920). Economía del bienestar.

económico como un sistema de preferencias subjetivas mensurable y que los individuos en economía lo expresan en unidades de dinero. Asimismo, hay que aceptar que el bienestar subjetivo está ciertamente influenciado por la coyuntura, es decir, el tenor de las respuestas puede ser influido por etapas de recesión o crecimiento en lo económico (Easterlin et al 2010)¹¹.

Puesto que los factores o determinantes de bienestar incluyen todos los factores de la vida es necesario hacer una selección tal como se hace para todos los indicadores "parientes" que actualmente circulan ([Encuesta Europea sobre Calidad de Vida; Felicidad Interior Bruta](#) desarrollada por el Centro de Estudios Bhutaneses de Bhután; Índice del Planeta Feliz (Happy Planet Index); [Satisfaction with Life Index](#) (Índice de Satisfacción con la Vida). Cabe agregar los aportes que provienen del Buen Vivir que permiten complementar las definiciones de bienestar; el Índice de Desarrollo Humano del PNUD así como iniciativas internacionales que tratan de comparar el bienestar de los países mediante la elaboración de índices sintéticos (OECD Better Life Index o EU Social Progress Index). (Urriola 2023)¹². El problema es, en consecuencia, encontrar los indicadores relevantes para establecer una medición suficiente de bienestar. La OCDE y varios países disponen de encuestas de bienestar en las dimensiones objetivas señaladas.

El equipo de APROB realizó revisiones bibliográficas amplias acerca del tema buscando los indicadores con mayor relevancia. Para esto es previo disponer de una definición de ello, aunque sea preliminar. El bienestar en su dimensión objetiva y amplia es una percepción que tienen los individuos acerca de lo que les pasa en la vida (*How's life* como lo ha bautizado la OCDE) y está compuesta por las 11 dimensiones que además son consultadas por la Encuesta de Bienestar Social de Chile de 2023 (EBS2023). Estas son: Trabajo, Ingresos; Educación, Balance vida y trabajo; Salud física y mental; Relaciones sociales; Compromiso cívico y gobernanza; Calidad del medio ambiente; Vivienda; Seguridad personal; y, Bienestar Subjetivo.

En cambio, los indicadores para la población en un plano subjetivo y colectivo (es decir, social) pueden circunscribirse a: **"qué me hace bien"; "qué me hace mal" o "cuáles son mis temores"; y, "qué expectativas tengo del futuro"**.

Intuitivamente, si las cosas que le hacen bien a las personas son altamente satisfactorias y las que le hacen mal son de mínima relevancia y se agrega una visión optimista de futuro se podría obtener un índice de máximo bienestar o bienestar superior.

No obstante, las percepciones individuales seguramente serán muy diferentes y se obtendrán valores promedios para cada indicador/variable que pueden mutar en el tiempo y entre personas según subjetividades, aunque es probable, asimismo, que se produzcan agrupaciones de tipo *cluster* cuando se consideran factores como sexo, edad, raza, carácter migratorio, nivel socioeconómico o nivel educacional. El constructo del bienestar es individual,

¹¹ Richard A. Easterlin, Laura Angelescu McVey, Malgorzata Switek, Onnicha Sawangfa, and Jacqueline Smith Zweig (2010). The happiness–income paradox revisited. PNAS | December 28, 2010 | vol. 107 | no. 52

¹² Urriola R (2023). Salud y bienestar ¿qué debemos medir? En revista Sistemas de salud y bienestar colectivo No 1 APROB, Chile- Julio de 2023. www.aprobienestar.cl

sin embargo, se expresa en lo colectivo e influenciado por los determinantes sociales de cada cual.

El bienestar objetivo, en cambio, resulta de los avances históricos de las ciencias sociales en cuanto a lo que la humanidad considera como progreso. Una definición nítida se encuentra en OCDE (2011)¹³ que clasificó en ese momento dos dimensiones (condiciones materiales y calidad de vida).

También hay un ámbito “utilitarista” del concepto de bienestar que se ha relacionado tradicionalmente con la idea que las acciones humanas productivas son el principal factor para mejorar el bienestar de las poblaciones, es decir, las actividades que mejoran las condiciones materiales¹⁴. El progreso, en esta óptica, pareciera quedar definido con las capacidades de las sociedades para producir más bienes que aumenten la capacidad de satisfacer las necesidades reproductivas y de ocio de las poblaciones. Esto implica que se produzca más con los mismos recursos (productividad) y que los productos sean redistribuidos con algún criterio de equidad. Sin embargo, la percepción subjetiva incluye numerosas variables que no se pueden clasificar en este nivel. Por ejemplo, la preferencia por el ocio; el vivir en un ambiente saludable o el teletrabajo. Estas características subjetivas no son universales. Esta es la razón por la cual la estructura de una encuesta de bienestar subjetivo debe examinar cuidadosamente las preguntas a proponer.

Los consensos (revisados a través de aplicaciones de Inteligencia Artificial) indican que: “el bienestar en las personas es un estado integral que abarca los aspectos que lo hacen sentirse satisfecho con la vida. Incluye factores como la salud física, la estabilidad emocional, las relaciones interpersonales positivas y un sentido de propósito o significado.

El bienestar también puede estar influenciado por el entorno, las condiciones económicas y el acceso a recursos. En resumen, es un equilibrio entre diferentes áreas de la vida que permite a las personas sentirse plenas y felices”.

La OCDE ha trabajado ampliamente este tema. Por ejemplo, ver el compendio de Indicadores de bienestar (2011)¹⁵ que fue construido con consulta a las Oficinas Nacionales de Estadísticas de los países y expertos.

Varios países aplican la encuesta OCDE. Algunos de ellos hacen adecuaciones considerando las condiciones nacionales. Por ejemplo, el *Report on wellbeing in Germany*¹⁶ describe 12

¹³ OCDE (2011) How's life

¹⁴ Sin embargo, a contrario sensu, hay grupos provenientes de sectas indias como los sadhus (entre 4 a 5 millones de personas) que tienen durante la mayor parte de su vida una actitud/actividad contemplativa viviendo en cuevas y solicitando dádivas solo para subsistir. Es decir, el bienestar en esas comunidades no se encuentra en “esta vida” y poco les interesará tener más bienes, amigos o estado benefactor. O sea, su percepción de bienestar puede ser óptima aunque, en las mismas condiciones de vida, la percepción de bienestar de un latinoamericano puede ser paupérrima.

¹⁵ OCDE (2011) Compendium of OECD Well-Being Indicators.

¹⁶ [Government-Report-on-Wellbeing-in-Germany.pdf](#)

dimensiones de bienestar: Paz; pagos nivelados; sentimiento de seguridad; sentimiento de libertad (libertad para desarrollarse); el Estado funciona de acuerdo a las leyes; espacio para vivir; solidaridad y sentimiento de ayuda; compromiso cívico; libertad de expresión e información; tolerancia entre los grupos de la sociedad; respeto y consideración; disposiciones de un Estado de Bienestar; naturaleza virgen; Cultura de acogida e integración; Conciliación de la vida laboral y familiar; oportunidades equitativas de educación; seguridad en el trabajo; equidad; prosperidad individual; acceso a servicios de salud.

Con estos antecedentes fue posible aventurar una definición de bienestar que puede asemejarse a muchos otros conceptos similares pero que nos permite realizar una discusión en función de estructurar una medición del bienestar.

En definitiva, como resultado y síntesis de nuestra revisión se ha propuesto una definición del bienestar subjetivo que recoge las variables relevantes de la percepción de las personas sobre su estado. Esta es: ***“el bienestar subjetivo se refiere al estado integral de salud, satisfacción física (disponer de los recursos para enfrentar la vida), mental y emocional (sentimiento de protección frente a amenazas sociales como atención sanitaria, cesantía, pensiones y eventos delictuales) experimentado por un individuo y su núcleo básico (generalmente, la familia); implica disponer de los recursos necesarios que -en una interacción dinámica entre factores físicos, psicológicos y sociales- contribuyan al sentido general de prosperidad y florecimiento de los individuos en tanto entes sociales, por tanto, incluye el sentimiento de confianza en el futuro y en las instituciones nacionales involucradas para lograr estos objetivos”*** .

El sentido de la medición es, justamente, evaluar cuan próximo o alejado se siente la población del bienestar. Cabe notar que, si los problemas objetivos y las prioridades subjetivas son susceptibles de cambio, entonces, la definición de bienestar también podrá estar sujeta a cambios.

De acuerdo con la definición conceptual, se ha construido el esquema de dimensiones y variables¹⁷ coherente con la definición anterior y que se expresa en la tabla siguiente. La propuesta de la tabla 2 es indicativa de lo que se quiere medir. No debe tomarse como un cuestionario. Se trata de captar los determinantes del bienestar subjetivo con la menor cantidad de variables posibles, sin perder calidad en la recolección de la información.

¹⁷ En este trabajo no se presenta un cuestionario sino las variables que deben posteriormente tomarse en cuenta en el cuestionario definitivo.

Tabla 2. Dimensiones y variables determinantes del bienestar subjetivo

DIMENSIONES	VARIABLES
Qué me hace feliz	Ingresos suficientes*
	Entorno familiar y amistades*
	Entorno social institucional
	Autopercepción de salud*
Cuales son mis miedos (Inseguridades)	Enfermarse y no ser atendido
	Quedarse sin trabajo ni ingresos (cesantía)
	Envejecer sin ingresos (pensiones)
	Seguridad (ser asaltado)
Expectativas de la vida	Qué será de mí en 5 años
	Qué será del país en 5 años
	¿Los más jóvenes serán más que sus padres?

*Preguntas que son recogidas en la EBS2023

Elaboración propia

Existe un cuarto nivel en este esquema que, en rigor, no es de bienestar sino de evaluación de instituciones, que será útil para el examen de las políticas que pueden ayudar a mejorar el bienestar.

III. ENCUESTA DE BIENESTAR SOCIAL DEL MIDESO Y ENCUESTA DE BIENESTAR DE APROB.

En noviembre 2024 el Mideso publicó los resultados de la EBS2023 que "se basa en el modelo de bienestar planteado por la OCDE en su serie de documentos "How's Life?: Measuring well-being" (2011-2020)..."(Mideso 2023)¹⁸.

El modelo que subyace a la EBS se centra tanto en los resultados como en las oportunidades de las que disponen las personas en las 11 dimensiones del Bienestar de la OCDE, una de las cuales es el bienestar subjetivo.

Con el objetivo de aprovechar al máximo la información que recoge la Encuesta Casen, la EBS se diseñó e implementó en una modalidad bifásica de ésta, es decir, usando una submuestra de la muestra entrevistada en la Encuesta Casen en Pandemia 2020. Esto permite obtener un

¹⁸ Mideso. Diseño de Cuestionario Encuesta de Bienestar Social 2023. División Observatorio Social. Noviembre 2023.

diagnóstico completo del bienestar, considerando las condiciones materiales y de calidad de vida de las personas.¹⁹

Esta encuesta es de importancia para evaluar los determinantes del bienestar objetivo pero solo recupera algunas de las variables que se plantean en el esquema de bienestar subjetivo de APROB como se explicita en la tabla siguiente.

Tabla 3. Preguntas del cuestionario EBS 2023 que son asimilables al cuestionario APROB

a12 En general, ¿qué tan satisfecho (a) o insatisfecho (a) está Ud. con sus relaciones personales, con familiares, amistades y otras personas que conoce?
yy2 un hogar puede tener distintas fuentes de ingresos y puede contribuir más de una persona integrante del hogar. Pensando en los ingresos totales mensuales de su hogar, actualmente, ¿su hogar puede llegar a fin de mes?
Ss1 ¿cómo es su estado de salud actual?
rr1 pensando en sus amistades cercanas a quienes pueda pedir ayuda ¿Cuántas amistades diría Ud que tiene?
rr3 ¿durante las últimas 4 semanas con qué frecuencia se sintió solo?
f.2 Nombre de instituciones ¿cuánta confianza tiene?

En suma, los indicadores sugeridos en este trabajo para medir bienestar subjetivo en Chile no se pueden obtener totalmente desde la EBS2023. No obstante, hay una imprescindible complementariedad entre ambas propuestas.

IV. ¿POR QUÉ SE HAN ESCOGIDO ESTAS VARIABLES?

i) Variables relacionadas con lo que “hace bien”

Correlaciones entre ingresos y el bienestar subjetivo son más fuertes en las naciones más pobres, donde satisfacer necesidades básicas puede ser un desafío; los ingresos contribuyen al bienestar subjetivo en la medida que permiten a las personas satisfacer sus necesidades básicas (Diener et al 2017)²⁰ (Stevenson y Wolfer 2008)²¹.

Sin embargo, hay estudios que afirman que los cambios en la satisfacción con la vida y el crecimiento del PIB pueden no tener correlación (Easterlin 2010). Como sea, cabe considerar

¹⁹ Mideso <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-bienestar-social>

²⁰ E. Diener, S. Oishi, & L. Tay, Editors (2017). e-Handbook of Subjective Well-Being Publisher: NobaScholar Income and Subjective Well-Being: Review, Synthesis, and Future Research Louis Tay Purdue University

²¹ Betsey Stevenson and Justin Wolfers (2008). Economic Growth and Subjective Well-Being: Reassessing the Easterlin Paradox NBER Working Paper No. 14282 August 2008.

en las reacciones de la población los efectos que pudiese tener la distribución de los beneficios del crecimiento.

Asimismo, la soledad (*loneliness*) es la experiencia no deseada (no placentera) que se produce cuando la red de relaciones familiares y sociales de una persona es deficiente en algún aspecto importante, ya sea cuantitativa o cualitativamente. De su parte, el aislamiento social puede entenderse como la falta de contacto significativo con otras personas a través de organizaciones formales o informales. La soledad y el aislamiento son estresantes, afirma el profesor de psiquiatría de Harvard R. Waldinger que publicó en 2023 junto con M. Schultz el libro "Good Life" en un estudio sobre la felicidad basado en decenas de cohortes durante 85 años en Reino Unido (Urriola 2024)²².

ii) Variables relacionadas con los temores o "lo que hace mal"

Todo tipo de encuestas que se realizan en el país colocan los temas de seguridad, salud y pensiones como los más inquietantes para la población. En efecto, la encuesta CEP (julio 2024)²³ establece que, según la ciudadanía, "los tres principales problemas que debe dedicar el mayor esfuerzo en solucionar el Gobierno" son: Seguridad y delincuencia (57%); salud (34%) y pensiones (32%).

La Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana (ENUSC 2023)²⁴ indicó que la percepción de inseguridad, indicador que mide la cantidad de personas que estiman que la delincuencia aumentó en los últimos 12 meses, llegó a 87,6%.

La Superintendencia de Salud (2019)²⁵ indica que solo el 36% de la población se sienten protegidos por su sistema de salud.

El estudio de Socialis (2024)²⁶ acerca de percepción ciudadana sobre las pensiones indica: "Hay consenso entre los distintos sectores representados en los Encuentros Ciudadanos y entrevistas sobre las bajas pensiones que actualmente genera el sistema; ...El sistema de pensiones actual tiene un déficit de legitimidad, que se traduce en desconfianza y percepción de ser un sistema injusto; ...se destaca que una baja pensión no significa exclusivamente un problema material, sino que también presenta una dimensión simbólica asociada al no reconocimiento de una vida de trabajo, junto con la falta de valor de la persona adulta mayor en la sociedad". La primera parte del estudio reveló que 9 de cada 10 cotizantes no están

²² Envejecimiento saludable (bienestar), soledad y aislamiento social. En Revista Sistemas de salud y bienestar colectivo No 4 APROB, Chile, septiembre de 2024 https://aprobienestar.cl/wp-content/uploads/2024/08/Sistemas_Salud_Sept_2024.pdf

²³ Centro de Estudios Públicos, CEP (2024). Estudio Nacional de Opinión Pública. Encuesta CEP 91 Junio – Julio 2024. https://static.cepchile.cl/uploads/cepchile/2024/07/30-141724_7cvw_PPT-CEP-91_ANEXOS.pdf

²⁴ Subsecretaría de Prevención del Delito (2023). Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana (ENUSC). <https://cead.spd.gov.cl/estudios-y-encuestas/>

²⁵ Superintendencia de salud (2019). Resultados Estudio de opinión sobre Sistema de Salud.

²⁶ Socialis "Percepción de la Ciudadanía respecto del Sistema de Pensiones Chileno - Parte II" Estudio encargado por la Comisión de Usuarios de AFP y la Subsecretaría de Previsión Social. Septiembre 2024

contentos con el sistema de AFP y consideran que el modelo “genera una distribución asimétrica de ganancias y pérdidas”.

De su parte, según la encuesta ENE junio -septiembre de 2024²⁷, había 9.243.400 ocupados en el país, de los cuales 2.494.520 no tenían relaciones de dependencia (27%) y 6.748.880 eran trabajadores dependientes (73%). La consulta sobre capacidades de disponer apoyo en caso de pérdida de trabajo busca estimar el impacto de la cesantía en el bienestar de las personas.

En consecuencia, estos temores expresados como prioridades parecen buenos trazadores de (no) bienestar subjetivo.

iii) Variables relacionadas con las Expectativas

Algunos estudios estiman que la variable de mayor peso para las personas es, más bien, el cambio en el estándar de vida, incluso por encima del ingreso y de la satisfacción con el estándar de vida. Esto conlleva la necesidad de auscultar la percepción del futuro como lo hace el PNUD (2024)²⁸.

Esto significa que la percepción sobre la dirección en que se está yendo o se cree que se está yendo, tiene más peso, según Torres, en el bienestar subjetivo que el nivel de ingreso o que el grado de satisfacción con el estándar de vida actual. En otras palabras, la dirección en la que se va o se cree ir es más importante que la situación en la que se está o se cree estar (Torres 2010).

Adicionalmente, la OCDE (2013) estima que los componentes esenciales del bienestar subjetivo son: *Life evaluation*, *Affect* y *Eudaimonia*. Este último concepto se relaciona con el placer de conseguir o tener propósitos en la vida (a diferencia de la felicidad hedónica que se refiere a los placeres materiales inmediatos). Esta perspectiva es parte de la tercera dimensión que se preocupa de la percepción del futuro.

V. OBJETO Y USO DE LA MEDICIÓN DE BIENESTAR SUBJETIVO

Como puede colegirse, las variables escogidas son vinculadas a una realidad concreta en Chile. Los países OCDE con sistemas de protección social universales pueden no tener los mismos problemas o, visto de otra forma, es probable que tengan un bienestar promedio superior al de Chile, justamente, por tener mejor resueltos esos problemas²⁹. En consecuencia, la propuesta APROB permite, además, la comparación internacional de resultados y de las políticas públicas que sostienen los países con mejores resultados.

Esta propuesta se enmarca en un contexto de encontrar indicadores a fin de construir un esquema integrado de evaluación de BS que tenga utilidad para el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas públicas involucradas en el mejoramiento del bienestar.

²⁷ Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2024). Encuesta Nacional de Empleo (ENE) julio-septiembre 2024.

²⁸ PNUD (2024). Informe sobre Desarrollo Humano en Chile 2024. ¿Por qué nos cuesta cambiar?:

²⁹ No obstante, por el impacto del envejecimiento poblacional varios países OCDE enfrentan serios problemas en cuanto a cobertura de salud, de cuidados para personas dependientes y de financiamiento de las pensiones.

De acuerdo con lo sugerido por OCDE (2013) esta propuesta ayuda a:

- Complementar resultados de otras encuestas (esencialmente las relacionadas con la medición de bienestar objetivo).
- Comprender mejor los impulsores (variables "trazadoras") del bienestar subjetivo.
- Apoyar la evaluación de políticas y el análisis de costos y beneficios, en particular cuando se trate de resultados no comerciales.
- Identificar posibles problemas y oportunidades de políticas públicas.

Una medición de esta naturaleza no puede conformarse con los promedios que pueden ser insuficientes para ayudar a la toma de decisiones de políticas públicas. Es necesario tomar en cuenta tres tipos de desigualdades que se encuentran en la recolección de la información: brechas entre grupos de población (desigualdades horizontales); brechas entre quienes se encuentran en la parte superior e inferior de la escala de logros en cada dimensión (desigualdades verticales); y privaciones (es decir, la proporción de la población que cae por debajo de un umbral de logro determinado si es que cabe)³⁰.

Esta propuesta conceptual y teórica es un primer paso para, una vez revisada, sea complementada con los aspectos metodológicos y técnicos que hagan operativa la propuesta, para, finalmente, obtener conclusiones de los resultados de la eventual aplicación de encuestas globales o parciales que tengan por objeto medir bienestar subjetivo.

³⁰ OCDE comment va la vie. En https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-social-and-welfare-statistics_socwel-data-en

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): ECONOMÍA Y SALUD PARA TODOS³¹

La 77.ª Asamblea Mundial de la Salud,

(PP1) Habiendo examinado el informe consolidado del Director General;³²

(PP2) Recordando la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la que se reconoce que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, y que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social;

(PP3) Recordando también la resolución 70/1 (2015) de la Asamblea General de las Naciones Unidas y los compromisos asumidos para lograr el desarrollo sostenible en sus tres dimensiones — económica, social y ambiental— de forma equilibrada e integrada a través de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades), incluido el indicador 3.8.2 (Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares), así como la promesa de no dejar a nadie atrás;

(PP4) Recordando además la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal, titulada «Cobertura sanitaria universal: ampliar nuestra ambición de salud y bienestar en el mundo posterior a la COVID», adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la resolución 78/4 (2023);

(PP5) Recordando también el Convenio sobre la Diversidad Biológica, la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, el Protocolo de Kyoto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y el Acuerdo de París en virtud de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, así como el Marco Mundial sobre los Productos Químicos: por un Planeta Libre de los Daños derivados de los Productos Químicos y los Desechos, y tomando nota de la Declaración sobre el clima y la salud de la 28.ª Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, en particular mediante la aplicación del principio de «Una sola salud» en su respectivo ámbito de aplicación; 1 Documento A77/4 A77/A/CONF./2

(PP6) Recordando además el 13.º Programa General de Trabajo 2019-2025 y sus prioridades estratégicas, que exigen un cambio en las modalidades de trabajo en el sector de la salud y en otros sectores y nuevas alianzas y ámbitos de colaboración;

³¹ Proyecto de resolución propuesto por Austria, Bélgica, el Brasil, el Canadá, Chile, China, el Ecuador, los Emiratos Árabes Unidos, Eslovenia, Etiopía, Finlandia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Luxemburgo y Países Bajos (Reino de los

³² Documento A77/4

(PP7) Tomando nota de las resoluciones WHA58.33 (2005) sobre la financiación sostenible de la salud, la cobertura universal y el seguro social de enfermedad, WHA62.14 (2009) relativa a la reducción de las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud, WHA64.9 (2011) sobre las estructuras de financiación sostenible de la salud y la cobertura universal, WHA72.8 (2019) sobre la mejora de la transparencia de los mercados de medicamentos, vacunas y otros productos sanitarios, WHA73.8 (2020) sobre el fortalecimiento de la preparación frente a emergencias sanitarias: aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), WHA74.6 (2021) sobre el fortalecimiento de la producción local de medicamentos y otras tecnologías de la salud para mejorar el acceso, WHA74.16 (2021) sobre los determinantes sociales de la salud, y WHA75.19 (2022) sobre la promoción del bienestar y la salud;

(PP8) Recordando la Declaración de Alma-Ata (1978) y tomando nota de la labor realizada en la OMS a nivel mundial y regional sobre el vínculo entre la economía, la salud y el bienestar, incluida la Carta de Ginebra para el Bienestar (2021);

(PP9) Reconociendo que las políticas económicas deben ser fiscalmente sostenibles, socialmente responsables e inclusivas, y reconociendo la necesidad de tener en cuenta la salud ambiental en la formulación de políticas económicas, así como el papel de la equidad, la igualdad de género, la solidaridad, la cohesión y la sostenibilidad para todos en los análisis, modelos y evaluaciones económicos generales;

(PP10) Reconociendo también que la salud y la economía están interconectadas y que, a este respecto, la perspectiva de una economía del bienestar se puede utilizar para situar a las personas y su salud y bienestar en el centro del proceso decisorio, subrayando al mismo tiempo el carácter simbiótico de la salud, el bienestar y la economía;

(PP11) Reconociendo además que una política económica sólida y sostenible pone de relieve la importancia de invertir en medidas y estructuras eficaces, eficientes y equitativas, incluida la infraestructura del sistema de salud, que garanticen el acceso equitativo de todos, en particular las mujeres y las niñas, a los servicios públicos, incluidos los servicios de salud, prestando especial atención al acceso equitativo a la atención primaria de salud, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como a los servicios sociales y los cuidados de larga duración y, al mismo tiempo, proporcionen protección contra los riesgos financieros;

(PP12) Reconociendo también que unas inversiones eficientes y a largo plazo en los determinantes de la salud y el bienestar pueden contribuir a frenar el aumento de los costos en materia de salud y bienestar social y, por lo tanto, representan una inversión para las generaciones futuras;

(PP13) Reconociendo además que la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y otras crisis, así como sus efectos directos e indirectos, y acontecimientos importantes como la digitalización, el cambio demográfico y las limitaciones macroeconómicas ponen de relieve la importancia crítica de las inversiones en los sistemas de salud, en particular en el personal de

salud y con el objetivo de abordar los determinantes de la salud en sentido más amplio, incluidos los factores de exclusión social, la malnutrición, la vivienda precaria y las malas condiciones de trabajo, la falta de acceso a la educación y otras desigualdades arraigadas, y que estas inversiones son fundamentales para la prevención, la preparación y la respuesta frente a pandemias y para unas sociedades, unas comunidades y unas economías resilientes; 2 A77/A/CONF./2

(PP14) Reconociendo también que un gasto insuficiente en materia de salud socava significativamente los resultados de salud de la población por cuanto restringe el acceso a los servicios de salud, obstaculiza el desarrollo de la infraestructura de salud, contribuye a la escasez de profesionales de la salud cualificados, limita las medidas preventivas, aumenta la carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, reduce la capacidad de respuesta a emergencias y exacerba las desigualdades en materia de salud, con lo cual deja a las personas vulnerables en una situación más desfavorable, y observando con preocupación que en algunos países los efectos negativos de las limitaciones económicas socavan la capacidad de estos países para invertir en el sector de la salud;

(PP15) Reconociendo además que, si bien el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, el ejercicio progresivo de ese derecho requiere el compromiso de realizar inversiones amplias, equitativas y sostenibles a largo plazo que sean importantes para la salud y el bienestar de todos;

(PP16) Reconociendo también que el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental durante todo el curso de la vida de todas las mujeres y las niñas, el logro de la igualdad de género y el reconocimiento del valor del trabajo doméstico y de los cuidados no remunerados, así como de las funciones de la mujer en la conformación de la mayoría del personal de salud a escala mundial, son elementos fundamentales para unas economías sostenibles, equitativas e inclusivas, el desarrollo y el bienestar para todos;

(PP17) Reconociendo que la salud para todos no concierne solo a los ministerios de salud, sino que es una cuestión pertinente para el conjunto del Gobierno y de la sociedad y desde la perspectiva de un enfoque de la Salud en todas las Políticas, lo cual requiere coherencia en materia de políticas y rendición de cuentas en todos los sectores, a fin de configurar y rediseñar las políticas públicas, las alianzas, las instituciones y los instrumentos relativos a los bienes comunes para la salud, al tiempo que se promueve la incorporación de la perspectiva de género y no se deja a nadie atrás;

(PP18) Reconociendo la necesidad de aumentar la participación de los agentes no gubernamentales, incluido el sector privado, para contribuir a la salud y el bienestar equitativo, así como el papel fundamental del Gobierno en la tarea de garantizar la rectoría y proporcionar acceso a servicios de salud equitativos para todos y rendición de cuentas, reconociendo al mismo tiempo los diferentes contextos nacionales;

(PP19) Reconociendo también la importancia de la salud de las personas y el entorno como base de unas economías y unas sociedades prósperas, así como la necesidad de un enfoque holístico al adoptar decisiones relativas al bienestar de las personas y, por consiguiente, la importancia de colaborar con la sociedad civil y las comunidades locales, velando por la diversidad y la inclusión al formular y aplicar políticas que reconozcan la interrelación entre el bienestar, la salud y la economía;

(PP20) Reconociendo asimismo el papel fundamental de la OMS en el fortalecimiento del liderazgo en materia de salud y bienestar en el contexto de las políticas de desarrollo nacionales e internacionales orientadas a prevenir y mitigar los riesgos sociales, ambientales, económicos y de otra índole para la salud, y subrayando la importancia de que la OMS dé muestras de liderazgo al abogar por la financiación de la salud y el bienestar en todos los sectores, en su condición de organismo de las Naciones Unidas que actúa como autoridad directiva y coordinadora en materia de salud a escala internacional;

(PP21) Tomando nota de los trabajos sobre la interrelación entre el bienestar, la salud y la economía realizados por las Naciones Unidas, sus organismos especializados y organizaciones internacionales competentes, como el Grupo Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, entre otros, así como 3 A77/A/CONF./2 del fortalecimiento del diálogo entre los sectores de la salud y las finanzas con miras a una financiación sostenible de la salud;

(OP)1. **INSTA** a los Estados Miembros³³ a que, de conformidad con el contexto y las prioridades nacionales, tengan a bien:

1) considerar la interrelación entre la salud y la economía, incluir horizontalmente en las políticas nacionales una perspectiva de economía del bienestar y situar a las personas, su salud y su bienestar en el centro de la formulación de políticas;

2) llevar a cabo, cuando proceda, intervenciones normativas eficaces y basadas en la evidencia a nivel nacional que reorienten las estrategias económicas y de innovación hacia la salud y el bienestar para todos, e incluyan el examen de las necesidades de las personas en situaciones de vulnerabilidad;

3) invertir en la infraestructura de los sistemas de salud, incluida la capacitación y retención de recursos humanos para la salud, a fin de desempeñar las funciones esenciales de salud pública y facilitar el acceso a servicios de salud de calidad, entre otras cosas mediante la financiación nacional y la asistencia oficial para el desarrollo, según sea necesario para lograr la cobertura sanitaria universal;

³³ 1Y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional.

4) trabajar para que las inversiones públicas y privadas en actividades nocivas para la salud y el bienestar de las personas se reorienten hacia inversiones que mejoren esos aspectos, en particular mediante el fortalecimiento de la responsabilidad social de las empresas;

5) considerar los vínculos simbióticos entre la economía y la salud de las personas, los animales, las plantas y el medio ambiente, que son fundamentales para la resiliencia y la estabilidad de las economías de todo el mundo y requieren medidas multisectoriales y costo eficaces, así como la prevención de los factores que impulsan la pérdida de biodiversidad, la contaminación y el cambio climático;

6) abordar los determinantes sociales y económicos que generan desigualdades en materia de salud, en particular las desigualdades de género y las diferencias en el nivel de desarrollo, y que afectan de manera desproporcionada a las personas en situaciones de vulnerabilidad y marginación, así como a las poblaciones de difícil acceso, y determinan su distribución desigual dentro de los países y entre ellos, al mismo tiempo que no se deja a nadie atrás;

7) reconocer que la salud es un requisito previo para el desarrollo y que, como parte de estrategias más amplias de desarrollo sostenible, las políticas deben perseguir activamente y de manera simbiótica el desarrollo económico inclusivo y la salud de las poblaciones, así como la conformación de sociedades sostenibles, incluidos sistemas de salud resilientes, a fin de lograr un equilibrio entre las inversiones multisectoriales a corto y largo plazo que permiten mantener la salud y el bienestar a lo largo del tiempo y para las generaciones futuras;

8) reconocer la importancia de establecer capacidades y mecanismos multisectoriales en el plano nacional a fin de reorientar la economía, de modo que la financiación de la salud se considere una inversión, y no un gasto, y pedir la introducción de cambios, en particular equipando a todos los sectores pertinentes, incluidos el sector de la salud y el financiero, y propiciando su participación, a partir de la evidencia disponible sobre el vínculo entre la salud y la economía y, cuando proceda, a las organizaciones de integración económica regional. 4 A77/A/CONF./2 la importancia de movilizar la financiación nacional, así como sobre el papel que podría desempeñar la financiación innovadora y complementaria a este respecto;

(OP)2. **ALIENTA** a los Estados Miembros, las instituciones financieras internacionales y regionales y otros asociados internacionales, regionales y nacionales, así como a las partes interesadas no gubernamentales, los donantes y asociados, a que, de conformidad con sus respectivos mandatos, tengan a bien:

1) abogar, junto con la Secretaría, por mantener en la toma de decisiones un equilibrio entre las dimensiones económica, social y ambiental, en particular mediante la creación de oportunidades para el diálogo entre los sectores de las finanzas públicas y la salud, con la participación de asociaciones económicas regionales e instituciones financieras internacionales y bancos nacionales y regionales de desarrollo, a fin de que consideren en su agenda, según proceda, los aspectos económicos de la salud para todos, así como la relación costo-eficacia y la sostenibilidad fiscal de los sistemas de salud;

2) apoyar el intercambio de conocimientos e información sobre política fiscal en pro de una mayor inversión en bienes comunes para la salud, y su desarrollo, a fin de promover la sostenibilidad económica, ambiental y social, en función de las posibilidades presupuestarias, y, al mismo tiempo, garantizar su eficiencia y sostenibilidad fiscal;

(OP)3. **PIDE** al Director General que tenga a bien:

1) elaborar, en consulta con los Estados Miembros y dentro de los límites de los recursos disponibles, según proceda, una estrategia dirigida a aplicar un enfoque basado en los aspectos económicos de la salud para todos, que incluya medidas prioritarias para los Estados Miembros y otros agentes, con miras a su consideración por la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2026 por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158.ª reunión;

2) desarrollar y mantener, con los recursos existentes y según proceda, un programa de trabajo intersectorial sobre los aspectos económicos y la salud para todos que incluya componentes estratégicos, normativos, de promoción, técnicos, analíticos y de participación, en el contexto de la esfera programática de la OMS sobre finanzas y aspectos económicos de la salud, e incrementar los conocimientos especializados y la capacidad de la Secretaría en todos los niveles en lo que respecta a las cuestiones económicas e intersectoriales, en particular en materia de igualdad de género, y contribuir a la erradicación de la pobreza, entre otras cosas;

3) examinar, según proceda, el informe final del Consejo de la OMS sobre los Aspectos Económicos de la Salud para Todos en lo relativo a los niveles nacional, regional y mundial, con miras a promover un enfoque basado en los aspectos económicos de la salud para todos;

4) apoyar el fortalecimiento de la capacidad de las autoridades de salud nacionales para mejorar la participación y la negociación con los sectores de finanzas, entre otros, a fin de incorporar los aspectos económicos de la salud para todos a las políticas nacionales y a las negociaciones con los agentes regionales y mundiales;

5) prestar asistencia técnica a los países en lo relativo a la movilización de recursos internos y otras formas fiscalmente sostenibles que permitan financiar el ejercicio progresivo del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, incluida la financiación de la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud, el abordaje de los determinantes sociales de la salud en sentido más amplio y el fortalecimiento de los sistemas de salud, así como de su preparación y resiliencia; 5 A77/A/CONF./2

6) colaborar con los Estados Miembros, el Secretario General de las Naciones Unidas y otros organismos especializados de las Naciones Unidas en la definición de los mensajes esenciales sobre los aspectos económicos de la salud para todos y su incorporación al proceso de preparación de las futuras conferencias de las Naciones Unidas como componentes de importancia crítica para el desarrollo sostenible;

7) mejorar el acceso de las oficinas en los países a conocimientos especializados que les permitan prestar asistencia técnica, a petición de los Estados Miembros, a fin de colaborar con

el sector financiero y otros sectores con miras a incorporar los aspectos económicos de la salud para todos en las políticas nacionales, en particular mediante la creación de capacidad por conducto de la Academia de la OMS y los centros colaboradores de la OMS;

8) informar sobre la aplicación de la presente resolución a la 79.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2026, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 158.ª reunión y, posteriormente, presentar informes sobre la marcha de los trabajos a las reuniones 81.ª y 83.ª de la Asamblea Mundial de la Salud en 2028 y 2030, respectivamente.

SISTEMA DE SALUD Y SEGUROS EN LOS ESTADOS UNIDOS.

José Leandro Urbina³⁴

Suele reconocerse que los Estados Unidos es el país y la economía más poderosa del mundo; sin embargo, cuando se analiza su sistema de salud no parece que éste correspondiera a la idea de país potencia.

Muchas de las investigaciones llevadas a cabo por instituciones médicas o sectores políticos preocupados por el estado del sistema de salud consideran que no hay un sistema de salud eficiente que cumpla con las necesidades de atención de los ciudadanos estadounidenses.

En la edición 2024 de *Mirror, Mirror*, que es el informe de Salud del Commonwealth Fund, se comparan los sistemas de salud de 10 países: Australia, Canadá, Francia, Alemania, Países Bajos, Nueva Zelanda, Suecia, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos; y se examinan cinco dominios clave del desempeño del sistema de salud: acceso a la atención, proceso de atención, eficiencia administrativa, equidad y resultados de salud.

El informe considera “preocupante el historial de Estados Unidos en materia de salud, en particular en relación con el monto que el país gasta en atención sanitaria. La capacidad de mantener sanas a las personas es un indicador crítico de la capacidad de una nación para lograr un crecimiento equitativo. En el cumplimiento de esta obligación fundamental, Estados Unidos sigue fracasando.”

“Principales conclusiones: Los tres países con mejores resultados son Australia, los Países Bajos y el Reino Unido, aunque las diferencias en el desempeño general entre la mayoría de los países son relativamente pequeñas. El único caso atípico claro es Estados Unidos, donde el desempeño del sistema de salud es considerablemente inferior.”

El estudio señala que nueve países (excluyendo Estados Unidos) tienen sus fortalezas y debilidades, pero “todos han encontrado una manera de satisfacer las necesidades de atención médica más básicas de sus residentes, incluida la cobertura universal”. Los nueve países tienen una puntuación alta en algunas dimensiones y una puntuación baja en otras. Pero hay otra cosa que está clara: el único caso atípico en cuanto a desempeño del grupo de estudio es nuevamente Estados Unidos. La Commonwealth considera que las diferencias de desempeño general entre los otros nueve países desarrollados son relativamente pequeñas. Estados Unidos ocupa el último lugar y su desempeño es manifiestamente peor que el de los otros países con el desempeño más bajo. El informe Commonwealth considera que el desempeño de Estados Unidos es “dramáticamente inferior”.

Como antes, el informe señala que “Estados Unidos ocupa el segundo lugar en el ámbito del proceso de atención, esto nos permite comprender la diferencia entre “los que tienen” y “los que no tienen” que existe en Estados Unidos. Si uno es rico o tiene un buen seguro, ¡recibe una buena atención médica y tiene la posibilidad de estar sano; si no es rico o no tiene cobertura médica o tiene una cobertura deficiente, no tiene la misma suerte.”

³⁴ Miembro del Comité editorial de Revista Sistemas de Salud y Bienestar Social

En materia de seguros, estos parecen ser una de las preocupaciones permanentes de los investigadores que buscan diagnosticar las razones del mal desempeño del sistema.

Robert J. Mills (2000)³⁵, afirma que tras la expansión económica más prolongada de la historia de Estados Unidos, en 1999, se estimaba que uno de cada seis estadounidenses (32 millones de adultos menores de 65 años y más de 10 millones de niños) seguían sin tener seguro.

En un artículo del 3 de junio de 2024 titulado: "La atención sanitaria estadounidense no es un sistema: es un mercado que no funciona". Virgil Bretz, miembro del Consejo de la revista de negocios Forbes, escribe:

"En 2022, se gastaron 4,5 billones de dólares en atención médica, el doble per cápita que en otros países. Y lo que es aún más frustrante, los estadounidenses no están recibiendo la atención por la que pagan. Si bien ha habido innumerables intentos legislativos para controlar los costos, los resultados hablan por sí solos. Esto se debe en gran medida a que las soluciones propuestas para controlar los costos en todo el sector son similares a nuestro enfoque de la atención al paciente: están diseñadas para tratar los síntomas, no la causa."

En seguida argumenta que:

"Al igual que la economía estadounidense en su conjunto, el sistema sanitario estadounidense es demasiado grande, complejo y difícil de manejar como para "controlarlo" como sistema. Más del 71% de los estadounidenses están cubiertos por un seguro médico privado basado en el mercado o por Medicare Advantage. Nuestro sector sanitario está basado en el mercado."

A continuación, reconoce la paradoja habitual en el discurso del capitalismo: "cuando los mercados funcionan de manera eficiente, son la mejor estructura para ofrecer mayor calidad, precios más bajos, menos fricción en las transacciones e innovación a los participantes del mercado. Sin embargo, nadie puede afirmar seriamente que nuestro mercado de atención médica funciona de manera eficiente."

Para Bretz hay seis características que son indispensables para que un mercado funcione óptimamente, estas son: la transparencia informativa, la competencia, opciones para el consumidor, innovación, la cantidad adecuada de gobernanza regulatoria y la confianza. Según él, el mercado de salud estadounidense tendría una competencia de mercado adecuada, opciones para el consumidor, las más importantes innovaciones médicas del mundo y una gobernanza regulatoria más que suficiente. Luego se pregunta: ¿qué pasa con la transparencia y la confianza?

Bretz agrega: "el mercado de la atención sanitaria en Estados Unidos funciona mal porque le falta transparencia en la información, sobre todo "en lo que respecta a los precios y la calidad." Afirma que, "incluso quienes trabajan en el sector de la atención sanitaria no saben cuánto costará un procedimiento médico hasta después que lo han recibido." Y concluye que "como resultado, hay poca capacidad o incentivo para comparar precios."

³⁵ Mills R. (2000) Cobertura de Seguros de Salud, 1999. Washington, DC: Oficina del Censo U.S.

“Se trata de un modelo de negocio absurdo que rara vez se tolera. Imagine reservar un vuelo, programar un viaje al aeropuerto o reservar una habitación de hotel sin comparar precios, y mucho menos hacerlo sin tener idea de cuánto costará.”

En cuanto a la confianza Bretz considera que: “Los consumidores generalmente confían en los productos del mercado de la atención médica y confían sus vidas a sus médicos y proveedores de atención médica. Sin embargo, la confianza en la imparcialidad de los precios de los tratamientos es extremadamente baja.”

Pero no todo es cuestión de precios. Esto puede ser puesto en duda por la cantidad de diferentes teorías de la conspiración en las redes sociales durante la pandemia del Covid 19. Las acusaciones debidas a los presuntos abusos y engaños de la industria farmacéutica, la desconfianza sobre los efectos de las vacunas y los tratamientos médicos, demuestran que, incluso en los casos de las explicaciones más estrambóticas de la ciencia popular, hay una desconfianza hacia los propósitos de los actores que manejan el mercado de la salud y que surge con fuerza en los momentos de crisis sanitaria.

La reafirmación de la deficiencia del mercado de la atención médica se expresa en un artículo de Johonniuss Chemweno, aparecido en el sitio de Managed Healthcare, del 27 de julio de 2021 con el título de “El sistema de salud de Estados Unidos está roto: una perspectiva nacional,” éste plantea que: “Estados Unidos no tiene un sistema de salud uniforme ni una cobertura sanitaria universal.” Y que: “La desventaja sanitaria de Estados Unidos en relación con otros países de altos ingresos sería la disparidad en los servicios de salud.”

Explica que: “Aunque Estados Unidos es reconocido por su liderazgo en investigación biomédica y tecnología médica de vanguardia, su sistema médico enfrenta problemas importantes, como errores médicos evitables, tasas de mortalidad tratables y falta de transparencia en los tratamientos. Añade que otro problema que enfrentan los estadounidenses es la dificultad para encontrar un buen médico. Los altos costos de la atención y la falta de cobertura de seguro para las familias de clase baja y media que han provocado problemas sociales y económicos.”

Por otra parte, “debido a la escasez de enfermeras, médicos y especialistas en hospitales y centros de salud, entre otros desafíos crecientes en la atención de salud pública, los estadounidenses no pueden obtener la calidad óptima de atención médica que necesitan. La dificultad para encontrar médicos y especialistas, debida a la falta de credenciales y logros médicos comprobables, hace que los consumidores de servicios de salud no puedan hallar fácilmente un buen médico. Los costos administrativos son otro factor que contribuye a los elevados precios de la atención sanitaria en Estados Unidos.”

Chemweno introducirá en esta ocasión el factor que a veces se deja afuera cuando se discute la cobertura de seguros. Sostiene que: “La mayoría de los ciudadanos estadounidenses tienen seguro médico; sin embargo, las primas están aumentando y la calidad de las pólizas de seguro está disminuyendo. Además, las primas anuales promedio para la cobertura familiar han llegado al punto de superar la inflación y los ingresos de los trabajadores.”

Según él, la falta de cobertura de seguro médico tendría graves consecuencias para la economía estadounidense. Los problemas de salud de los que no tienen seguros reducen las expectativas de vida y se pierde productividad.

Por otra parte, “la cobertura de los seguros de salud es desigual: las minorías y las familias desfavorecidas carecen de cobertura de seguro. Como resultado, enfrentan más complicaciones de salud que los estadounidenses asegurados. Obviamente, los no asegurados puede que no busquen atención médica debido a los altos costos y evitan los controles de salud regulares. La Oficina del Censo de los Estados Unidos informa anualmente que alrededor de 27,5 millones de los trabajadores de bajos ingresos no tienen seguro médico.”

El seguro médico está asociado con una mayor mortalidad, que oscila entre 30.000 y 90.000 muertes al año. La cantidad de personas sin cobertura de seguro médico en los Estados Unidos es una de las principales preocupaciones planteadas por los defensores de las reformas de la atención médica y los responsables de las políticas.

Finalmente añade que: “El fraude y el encubrimiento son fenómenos generalizados en el sistema sanitario estadounidense. Por ejemplo, un problema importante es la sobrefacturación. Los proveedores sobrefacturan un procedimiento para obtener más dinero de las compañías de seguros, pero entonces las aseguradoras cobran primas más altas a los empleadores. Por lo tanto, los consumidores de servicios sanitarios quedan atrapados en el medio, sin ningún control sobre los resultados sanitarios y los precios.”

No falta la información sobre las opciones que tienen las personas que necesitan comprar un seguro médico. Los colaboradores editoriales de **WebMD** ofrecen las siguientes posibilidades:

“Si compras en el Mercado de Seguros de tu estado o a través de un corredor de seguros, podrás elegir entre planes de salud organizados por el nivel de beneficios que ofrecen: bronce, plata, oro y platino. Los planes bronce tienen la menor cobertura y los planes platino la mayor. Si tienes menos de 30 años, también puedes comprar un plan catastrófico con deducible alto.”

Cada plan paga una parte fija de los costos para la persona inscrita promedio. Los detalles pueden variar según el plan. Además, los deducibles (la cantidad que paga antes de que su plan pague alguno de sus costos de atención médica) varían según el plan; por lo general, el plan menos costoso tiene el deducible más alto. Sin importar el nivel de plan que elija, todos tienen el mismo máximo de desembolso personal (US\$9,450 en 2024). Después de gastar esta cantidad en copagos, coseguros y deducibles, su plan pagará el 100% de sus gastos médicos cubiertos. Dependiendo de la cantidad de planes que se ofrezcan en su área, puede encontrar planes de todos o alguno de estos tipos en cada nivel de metal: Bronce, Plata, Oro y Platino.

- Platino: cubre el 90% en promedio de tus costos médicos; tú pagas el 10%
- Oro: cubre en promedio el 80% de tus costos médicos; tú pagas el 20%
- Plata: cubre en promedio el 70% de tus costos médicos; tú pagas el 30%
- Bronce: cubre el 60% en promedio de tus costos médicos; tú pagas el 40%

- Catastrófico: Las pólizas catastróficas pagan después de que haya alcanzado un deducible muy alto (\$9,450 en 2024). Los planes catastróficos también deben cubrir las primeras tres visitas de atención primaria y la atención preventiva de forma gratuita, incluso si aún no ha alcanzado su deducible.

También verá marcas de seguros asociadas con los niveles de atención. Algunas de las principales marcas nacionales son Aetna, Blue Cross Blue Shield, Cigna, Humana, Kaiser y United. Cada marca de seguros puede ofrecer uno o más de estos cuatro tipos comunes de planes:

- Organización de proveedores exclusivos (**EPO**): un plan de atención administrada donde los servicios están cubiertos solo si se utilizan médicos, especialistas u hospitales de la red del plan (excepto en una emergencia).
- Organización para el mantenimiento de la salud (**HMO**): un tipo de plan de seguro médico que generalmente limita la cobertura a la atención brindada por médicos que trabajan para la HMO o tienen contrato con ella. Por lo general, no cubre la atención fuera de la red, excepto en caso de emergencia. Una HMO puede exigir que viva o trabaje en su área de servicio para ser elegible para la cobertura. Las HMO suelen brindar atención integrada y se centran en la prevención y el bienestar.
- Punto de servicio (**POS**): un tipo de plan en el que pagas menos si utilizas médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que pertenecen a la red del plan. Los planes POS requieren que obtengas una derivación de tu médico de atención primaria para poder consultar a un especialista.
- Organización de proveedores preferidos (**PPO**): un tipo de plan de salud en el que pagas menos si utilizas proveedores de la red del plan. Puedes utilizar médicos, hospitales y proveedores fuera de la red sin una remisión por un costo adicional.
- Planes de salud con deducible alto (**HDHP**), que pueden estar vinculados a cuentas de ahorro para gastos médicos (**HSA**)
- Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA), un programa que puede resultar útil si se necesita cobertura entre empleos. Si alguien pierde su trabajo, lo suspenden temporalmente o tiene un horario reducido y esto cambia su cobertura de seguro médico, puede considerar COBRA para obtener cobertura de atención médica.
- El seguro médico a corto plazo, también llamado seguro médico temporal o seguro médico a término, puede ser adecuado para usted si necesita cubrir una brecha en su cobertura hasta que pueda elegir una solución a más largo plazo. Puede ser una buena opción si está entre dos empleos, esperando que comience la cobertura, buscando una cobertura que lo ayude a llegar a Medicare, si cumple 26 años y deja de contar con el seguro de sus padres o si tiene algún otro tipo de dificultad.

- **Seguro médico del estado**

Medicare es un programa nacional de seguro médico administrado por el gobierno federal. Medicare cubre a personas de 65 años o más y a algunas personas menores de 65 años que pueden calificar debido a una discapacidad u otra situación especial. Medicare tiene cuatro partes diferentes. Esto ayuda a brindarles a las personas más opciones de atención médica, para que puedan elegir el plan de atención médica que mejor se adapte a sus necesidades.

- **Seguro de enfermedad**

Medicaid es una forma de obtener atención médica a un costo menor o, a veces, sin costo alguno. Medicaid es administrado por cada estado, por lo que los requisitos de elegibilidad pueden variar de un estado a otro. Es posible que cada estado tenga su propio nombre para su programa de Medicaid.

En medio de la selva creada por la industria de seguros y los programas estatales es importante destacar el gran impacto que tuvo la Ley de Atención Médica Asequible (AMA) que logró hacer aprobar la administración de Barack Obama.

En su artículo de septiembre de 2023, "Los seguros en la era de Obamacare", aparecido en el sitio de *Investopedia*, y que cito extensamente a continuación, Matthew Johnston afirma que:

"La Ley de Atención Médica Asequible (AMA), u Obamacare como se la conoce comúnmente, se ha mantenido más o menos intacta desde que se convirtió en ley el 23 de marzo de 2010, a pesar de más de 50 intentos de derogarla y muchos intentos de debilitarla. Y a pesar de todos los pronósticos apocalípticos, la industria de seguros ha sobrevivido y prosperado en la era de Obamacare."

El mercado de HealthCare.gov y los 18 mercados estatales entraron en su décimo año de operaciones en 2023 e inscribieron a un total de 16,3 millones de clientes de seguros.

Destaca Johnston que:

- Diez años después de su polémica introducción, Obamacare sigue prosperando.
- Cualquier estadounidense que no tenga cobertura de salud puede utilizar HealthCare.gov o una de las versiones estatales del sitio.
- Aproximadamente cuatro de cada cinco afiliados reciben subsidios para los costos de su seguro.
- Los subsidios se pagan directamente a las compañías de seguros privadas que participan en el programa.

Nuevas Regulaciones

El objetivo principal de Obamacare fue hacer el seguro médico más asequible para todos y extender su alcance a quienes no podían obtener cobertura porque eran demasiado pobres para pagarla o estaban demasiado enfermos para calificar. También pretendía extender la

cobertura a los trabajadores autónomos, a quienes les resultaba difícil o imposible comprar un seguro asequible en el mercado abierto.

La nueva ley hizo obligatorio el seguro médico, pero esa parte de la ley fue abolida efectivamente a principios de 2019.

Lo más importante es que la ley ofrecía subsidios gubernamentales para cubrir total o parcialmente el costo mensual del seguro para las personas que se encontraban por debajo de ciertos niveles de ingresos. (El expresidente Donald Trump intentó cortar los pagos de algunos de estos subsidios, pero un tribunal federal de apelaciones ordenó en 2020 que los subsidios debían pagarse.)

La ley prohibía a las compañías de seguros negar cobertura o cobrar primas más altas a quienes tenían condiciones preexistentes y definía los requisitos mínimos para la cobertura, prohibiendo de hecho las pólizas basura que pagaban poco o nada.

En definitiva, el objetivo de estas nuevas normas sobre seguros era ampliar los beneficios sanitarios a todos los estadounidenses a un precio asequible. Aunque muchas personas podrían beneficiarse de la nueva ley, a las compañías de seguros les preocupaba que fuera a costa de ellas.

Sin embargo, hubo aspectos de la ley que las compañías de seguros no tuvieron plenamente en cuenta, como la enorme cantidad de nuevos clientes que adquirirían con la ley y el flujo de ingresos que recibirían de los subsidios federales para los clientes de menores ingresos.

Nuevas ganancias

Las grandes compañías de seguros de salud no fueron aplastadas por Obamacare, ni tampoco sus accionistas. Durante los cinco años que terminaron a principios de septiembre de 2023, las acciones de UnitedHealth Group (UNH) aumentaron de aproximadamente \$283 por acción a aproximadamente \$476,80

Cigna Group (CI) pasó de \$213 a \$276 durante el mismo período.

Humana Inc. (HUM) pasó de \$338 a \$460,10

Es cierto que los gigantes de los seguros recibieron un impulso inesperado en las nuevas inscripciones durante la pandemia de COVID-19, pero tampoco parecieron perder mucho impulso después de eso.

El resultado final

Lejos de ser víctimas de Obamacare, la industria aseguradora ha disfrutado de mayores ingresos gracias a millones de nuevos clientes. Esto también significa que se ha logrado al menos uno de los objetivos de la nueva ley: aumentar la cobertura, ya que el número de estadounidenses sin seguro se ha reducido a aproximadamente un 9% desde que entró en vigor la ley.⁷

Esos nuevos clientes son principalmente estadounidenses de bajos ingresos cuyo seguro está fuertemente subsidiado por el gobierno federal y personas más jóvenes y saludables que anteriormente no habían estado aseguradas.

Ambos son clientes valiosos de la industria de seguros de salud. Los primeros generan un flujo constante de pagos gubernamentales a las compañías de seguros. Los segundos, con suerte, necesitan poca atención médica y, por lo tanto, ayudan a aplanar la curva de crecimiento de los costos de los seguros para todos.

La Política y la Salud

Si seguimos las discusiones sobre la construcción del sistema de Salud en Estados Unidos hay que admitir que estas están profundamente ideologizadas y que los planes de seguros de salud están constantemente en el campo de las batallas entre Republicanos y Demócratas. Ejemplo de ello es la obsesión de Donald Trump y los conservadores por eliminar el llamado Obamacare o ley de Atención Médica Asequible.

En 2017, al comienzo de la administración Trump éste trato de suprimir el AMA, pero perdió en el senado debido a que tres senadores republicanos votaron en contra. Entre ellos su gran adversario John McCain que con su voto enterró las posibilidades de los republicanos de deshacerse o al menos restringir el alcance del Obamacare.

El descubrimiento de que amplios sectores del electorado más pobre estaban conformes con el AMA de Obama hizo que los republicanos cambiaran de estrategia y apoyaran, sin resultado, un Trumpcare, que sería una modificación del anterior.

Después de la reelección de Trump y en vista de los nombramientos que constituirán su gabinete, lo más seguro es que la cuestión del sistema de salud volverá a la palestra. Como promesa de campaña, Trump aseguró que mejoraría la Ley de Atención Médica Asequible y sobre todo que protegería a las "mujeres, les guste o no". Para llevar a cabo este plan designó a Robert F. Kennedy Jr. en el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Este sería el encargado de la agenda de salud de su administración.

Según CNN, Kennedy Jr. agradeció la selección y en un mensaje en X prometió "limpiar la corrupción y terminar con las puertas giratorias entre la industria y el Gobierno para volver a hacer a los estadounidenses la gente más sana del mundo".

La semana pasada dijo que "inmediatamente" comenzaría a estudiar la seguridad y eficacia de las vacunas, pero prometió no "quitarle las vacunas a nadie." También se comprometió a recomendar formalmente a los estados y municipios que eliminen el flúor del agua pública.

Este nombramiento, que debe ser aprobado por el Senado estadounidense, se ha encontrado con la resistencia de un grupo de más de 75 premios Nobel que han firmado una carta pidiendo a los senadores a no confirmar a Robert F. Kennedy Jr., en el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Según los Nobel, con Kennedy, la salud pública estaría en riesgo. Este es un crítico intransigente de la medicina convencional y de las Big Pharma (las grandes multinacionales farmacéuticas), cuestión que ellos no pueden ignorar.

Kennedy antagoniza frecuentemente a los científicos y a los organismos cuya supervisión recae en el Departamento de Salud. “Estos ataques políticos a la ciencia son muy perjudiciales. Hay que levantarse y protegerla”, ha declarado Richard Roberts, ganador del Nobel de Fisiología y Medicina en 1993 y uno de los firmantes de la carta.

Además, afirman que el candidato carece de credenciales en medicina, ciencia o administración como para dirigir el departamento que protege la salud pública y financia la investigación biomédica.

En cuanto al proyecto de reemplazo del Obamacare, además de Kennedy, Trump cuenta con el apoyo de Marco Rubio (su nuevo secretario de estado) quien en 2017 se opuso a la reforma del sistema de salud impulsada por el presidente Obama.

En otros nombramientos:

La jefa del Servicio Federal de Sanidad será la Dra. Janette Nesheiwat quien aparece regularmente en el canal de televisión Fox y que ha escrito un libro sobre el “poder transformador de la oración”. El doctor antivacuna Dave Weldon, ex congresista de Florida, será el director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

El cirujano de Johns Hopkins Marty Makary, encabezará la Administración de Alimentos y Medicamentos.

El futuro del sistema de salud de Estados Unidos estará en sus manos.

CONTRIBUCIONES A LA PROPUESTA DE REFORMA DE SALUD

Facultad de Salud y Buen Vivir -Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB)

La Facultad de Salud y Buen Vivir de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano y la Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB) organizaron un ciclo de conversatorios con el objetivo de elaborar sugerencias y propuestas para la Reforma de Salud que el gobierno ha comprometido presentar en 2024. Esta propuesta fue presentada a la Ministra de Salud Dra Ximena Aguilera Sanhueza en octubre de 2024.



En la foto la Ministra Dra Aguilera con el encargado de Reforma Dr Bernardo Martorell, el rector de la UAHC A. Ramis, la decana de la Facultad de Salud y Buen Vivir I. Ferrari y el Presidente de APROB R. Urriola.

Temas relevantes para la Reforma de Salud

Reconocimiento de la Salud como un Derecho Humano Fundamental

La reforma debe proponer un enfoque que considere cambios culturales en la gestión, diseño e implementación de los servicios de salud.

Es fundamental avanzar en temas como el respeto, el trato digno a las personas, la capacidad de diálogo y el reconocimiento de los diversos modelos de comprensión de la salud y los cuidados. Esto es esencial para garantizar una participación real en salud.

A partir de las presentaciones, debates y reflexiones en estos encuentros, las instituciones organizadoras sugieren incorporar los siguientes puntos en la reflexión sobre la Reforma de Salud:

- 1. El cambio demográfico caracterizado por el envejecimiento poblacional** genera transformaciones en la demanda y la oferta de los bienes y servicios de salud. Una población más longeva transforma las prevalencias de enfermedades y necesidades. Las personas mayores (PM) serán más longevas; más dependientes (necesitarán ayudas para actividades básicas agravado por el mayor riesgo de presencia de polimorbilidad y enfermedades mentales); más solas (actualmente en 16% de los hogares de Chile solo viven PM); tendrán menos recursos por el sistema de pensiones (pese a que 53% de las PM consumen regularmente 3 o más medicamentos); enfrentarán una infraestructura poco amigable y una sociedad que, más bien fomenta el individualismo y el “edadismo”.
- 2. Las políticas de salud deben reformarse para integrar un sistema de cuidados universal en lo sanitario y en la atención a la discapacidad.** Un sistema que integre salud y seguridad social. El sistema de seguridad social y la futura ley de cuidados debe integrar ministerios y municipios y desplegar un fuerte componente de participación ciudadana, barrial y familiar. Los Cesfam y similares deberán incorporar a las estrategias de salud familiar y a los MAIS un componente integral de continuidad de cuidados basado en promoción y prevención.
- 3. El envejecimiento saludable -meta indiscutible- solo podrá lograrse si se hace un sistemático aporte a enfrentar las “causas de las causas” a lo largo del ciclo de vida.** Obesidad y sobre peso están relacionados con las mayores causas de Años de Vida Perdidos por cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias, entre otras. Este flagelo, junto con el sedentarismo y consumo problemático de alcohol y drogas es parte esencial de las tareas prioritarias que debe asumir la Reforma en la Atención Primaria de Salud (APS). Todo esto implica poner metas de resultado al sistema y proveer los recursos para esta transformación. La APS necesita al menos 30% de los recursos del sistema de

salud para que la Reforma tenga un impacto en el bienestar de la población y sus resultados sean visibles.

4. **Salud en todas las políticas** como indica la Organización Mundial de Salud (OMS) es un imperativo. Las personas no mejorarán sus estados de salud si no bajamos la obesidad desde la infancia. Esto involucra un trabajo con otros Ministerios (Educación) y municipios que otorguen alternativas para combatir el sedentarismo.
5. **La perspectiva interseccional es un enfoque que contribuye a las ideas a las que nos invita el concepto de buen vivir y por tanto propiciar formas de vida que generen bienestar**, basado en la complementariedad en el fortalecimiento y encuentro de redes sociales, así como la convivencia valorando las diferencias de cada cual, de forma inclusiva.

Las debilidades de un enfoque interseccional en la formación en salud es un factor clave que contribuye a que no exista una educación no sexista en las y los profesionales de la salud. La interseccionalidad implica analizar cómo diferentes ejes en los que se estructura la desigualdad, como los géneros, la clase social, la discriminación y racialización de las etnias, interactúan y se entrelazan para crear experiencias específicas de discriminación y privilegio. Sin embargo, los planes de estudio en el sector salud, a menudo, se enfocan en una sola dimensión, como el género, sin considerar cómo se cruza con los otros factores sociales. Algunos aportes clave de este enfoque incluyen: comprender los determinantes sociales de la salud; fomentar la participación comunitaria: desarrollar políticas y programas integrales.

6. **La participación comunitaria es esencial para permitir que las personas influyan en las decisiones que afectan su propio bienestar**. La universalización de la atención primaria es indispensable para garantizar el acceso a la promoción y prevención de salud para todos y asegurar la continuidad de la atención y el cuidado de salud. En este contexto es fundamental contar con financiamiento y apoyo institucional para asegurar una participación significativa.
7. **Varios factores hacen impredecible la evolución epidemiológica** de las sociedades: Calentamiento global (cambio climático, acidificación del mar, disminución de biodiversidad, destrucción de ecosistemas); globalización epidémica (pandemias); sociedades complejas y desestructuradas; migraciones obligadas y masivas; persistencia de un modelo de desarrollo antropocéntrico, predador y no sustentable.

Reflexión final

La propuesta de Reforma de Salud debe plantear objetivos claros y evaluables, como mejorar la percepción ciudadana de los servicios de salud, aumentar la esperanza de vida y reducir los años de vida perdidos por discapacidad o muerte prematura. Solo así se logrará un verdadero bienestar y un envejecimiento saludable para toda la población.

El futuro es una utopía realizable cuando hay un horizonte definido y una acción colectiva para alcanzarlo.

Participantes de las jornadas:

- **Álvaro Ramis**, Rector de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano (U. Academia).
- **Isabel de Ferrari**, Decana de la Facultad de Salud y Buen Vivir, U. Academia.
- **Loreto Espinoza**, Coordinadora del Área de Salud de APROB, odontóloga y magíster en Medio Ambiente, Universidad de Chile.
- **Rafael Urriola**, magíster en Economía Pública y Planificación. Presidente de APROB.
- **Natalia Caniguan**, presidenta del Colegio de Antropólogos
- **Claudio Cárcamo**, secretario ejecutivo de la Agrupación Nacional de Usuari@s y Consejos de Salud de Chile (ANCOSALUD).
- **Ricardo Fábrega**, miembro del Consejo de la Sociedad Civil en la Universalización de la Atención Primaria de Salud (APS).
- **Carolina Guerra Fuentes**, socióloga de la Universidad de Chile, máster en Política Social y Desarrollo Sostenible de la Universidad de Bologna, Italia.
- **María Isabel Matamala**, feminista, médica, posgrado en Pediatría y Medicina Social.
- **Almendra Orellana**, ingeniera civil industrial, magíster en Gestión y Políticas Públicas, Universidad de Chile.
- **Paz Robledo**, médica pediatra, especialista en Gerencia Social y Políticas Públicas.
- **Gonzalo Rubio Schweizer**, médico especialista en ginecología y obstetricia, encargado del Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud.
- **Alejandra Ruiz-Tarrés**, socióloga, doctora en Estudios Americanos, profesora en USACH.
- **Hernán Sandoval**, secretario ejecutivo de la Comisión de Reforma de Salud GES 2005.
- **Jeanette Vega Morales**, epidemióloga y ex subsecretaria de Salud Pública.

EL PRESUPUESTO PÚBLICO DE SALUD 2025 Y LA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA DEL SECTOR. Patricio Lagos Araya³⁶

THE 2025 PUBLIC HEALTH BUDGET AND THE FINANCIAL SUSTAINABILITY OF THE SECTOR

Resumen

El presente artículo aborda el contenido del debate en el Congreso Nacional del proyecto de ley de presupuestos para el sector público 2025 y, en especial, el relativo al Ministerio de Salud. El objetivo es otorgar un marco analítico que permita contar con la evidencia de la evolución del gasto y del financiamiento del sector público de salud utilizando fuentes de datos públicas de la ejecución presupuestaria del periodo 2014 – 2023 tanto de la DIPRES como de Datos Abiertos de Fonasa. Basado en esta información todos los gráficos y tablas son de elaboración del autor.

Introducción

El presupuesto del sector público es la herramienta fundamental de la política fiscal en el marco de la sustentabilidad y de la responsabilidad fiscal³⁷. La ley de presupuestos es la norma constitucional de mayor jerarquía en la cual se reflejan los ingresos y gastos de las instituciones del sector público, entre las cuales se clasifica el Ministerio de Salud. Esta partida presupuestaria comprende a todos los organismos de rectoría; regulación y fiscalización; aseguramiento y financiamiento; y, las redes asistenciales de atención primaria y hospitalaria de baja, mediana y alta complejidad.

La discusión parlamentaria del proyecto de ley de presupuestos para el año 2025 reveló la urgencia de profundizar el debate público sobre la consistencia de la política fiscal con la política sanitaria, frente a problemas críticos tales como la sustentabilidad financiera de los hospitales públicos y las crecientes listas de espera en consultas de especialidad y confirmación diagnóstica, así como, prestaciones médico – quirúrgicas No GES³⁸ y, garantías GES retrasadas. Es importante destacar que el tamaño del gasto público, que define la capacidad fiscal para asignar recursos a las diversas prioridades programáticas de los gobiernos, está determinado

³⁶ Consultor en Financiamiento Público y Gestión Financiera Pública en Salud en la OPS, ex asesor de la Dirección de Presupuestos y del Fondo Nacional de Salud y ex Jefe de Presupuestos e Inversiones del Ministerio de Salud. Docente y consultor de la Escuela de Salud Pública y en la FEN de la U. de Chile.

³⁷ Las reglas de responsabilidad fiscal están referidas a que los gastos permanentes deben ser financiados con ingresos permanentes (balance estructural) y fija el límite máximo recomendable de deuda pública expresada como porcentaje del PIB

³⁸ Se refiere a prestaciones incluidas o no en el programa de Garantías Explícitas de Salud (GES).

por un conjunto de condiciones macroeconómicas³⁹ que conforman la base para el cálculo de los ingresos fiscales permanentes que, a su vez, definen el marco máximo de gasto público.

La etapa posterior a este cálculo es la comunicación del marco presupuestario para que los distintos ministerios y otros poderes del Estado formulen sus propuestas de anteproyecto de presupuestos para cada año y prioricen sus programas en función de sus gastos recurrentes y obligados y las expansiones necesarias para ejecutar nuevos programas o, como en el caso de salud, cerrar brechas de coberturas sanitarias de salud pública como de acceso de la población a la atención de salud en la red asistencial pública y privada en convenio.

En general, el Ministerio de Salud ha formulado su presupuesto sobre la base del gasto histórico. En los últimos seis años, progresivamente ha contemplado la variable de producción y rendimiento asistencial a través de relacionar el gasto con el financiamiento de la producción hospitalaria de egresos ajustados por complejidad y la creciente, aunque aún no suficiente, ambulatorización de la actividad quirúrgica con el pago de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

La discusión parlamentaria del proyecto de ley de presupuestos del sector público para el año 2025⁴⁰, formuló, en forma inédita, observaciones a la proyección de los ingresos públicos que sustentaban la propuesta de gasto del Ejecutivo. Esto significó ajustar la tasa de crecimiento del gasto público de un 2,7% a un 2% real, lo que implica una reducción inicial de gasto de USD 600 millones que deben formalizarse en un decreto de modificación presupuestaria, una vez publicada la Ley de Presupuesto en el Diario Oficial a mediados de diciembre.

En este escenario, el presupuesto del Ministerio de Salud se aprobó el 27 de noviembre de 2024. Sin embargo, en el protocolo de acuerdo entre el Ejecutivo y la Comisión Especial Mixta de Presupuestos del Congreso Nacional se comprometieron recursos adicionales para financiar un plan de resolución de listas de espera por un monto de \$73.000 millones que se financiaría con el aumento de la recaudación destinada a salud de las cotizaciones previsionales de Fonasa. Estos fondos deben provenir de: i) la entrada en vigencia del proyecto de Ley de Licencias Médicas de Grandes Emisores y, ii) con el ahorro que se genere por la aplicación de un plan de reducción del ausentismo en los Servicios de Salud lo que debiese producir un menor gasto en subsidios de incapacidad laboral.

El presupuesto de salud periodo 2014 – 2023

Para mejor comprensión del contexto del gasto público en salud es necesario abordar los antecedentes del comportamiento del financiamiento y del gasto, tanto del FONASA como de los Servicios de Salud. Para el efecto se ha realizado un análisis tomando como línea de

³⁹ Crecimiento del PIB; tasa de inflación IPC; variación de la demanda interna, precio del cobre, litio y otros; tipo de cambio USD; variación de las exportaciones e importaciones, saldo de la cuenta corriente; tasa de política monetaria TPM; tasa de empleo (desempleo), entre las principales;

⁴⁰ Boletín N°17.142-05 de la Cámara de Diputadas y Diputados. Mensaje Presidencial N°213-372 del 29 de septiembre de 2024 MENSAJE DE S.E. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA CON EL QUE INICIA UN PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTOS PARA EL SECTOR PÚBLICO CORRESPONDIENTE AL AÑO 2025.

base el año 2014 y, en algunos casos, el año 2019. Los valores se expresan en moneda real de junio 2024 para así aislar el efecto de la variación de precios en el periodo.

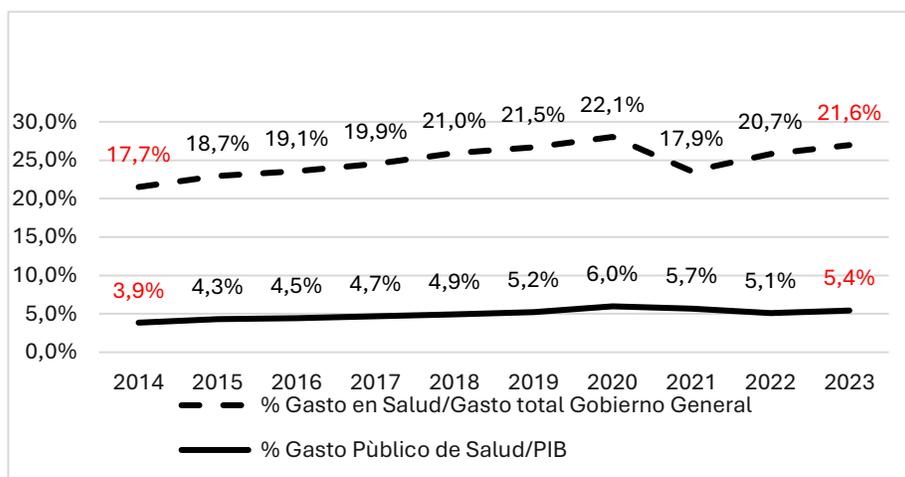
El debate público se ha centrado en los efectos financieros que impactan en la oferta de los servicios de salud, que provocan incertidumbre para asegurar las atenciones de salud y la oportunidad de la atención. En general, se ha instalado la premisa de la existencia de un desfinanciamiento estructural del sistema público de salud y, en consecuencia, sería imperativo aumentar el financiamiento del gasto público en salud para avanzar en una propuesta de salud universal en acceso y cobertura, y mayor protección financiera que implique una reducción del gasto de bolsillo en salud por parte de los hogares.

Estos propósitos constituyen la piedra angular del acceso a la salud como un derecho. La revisión del comportamiento de las principales variables de financiamiento y gasto del sistema público para el periodo 2014 – 2023 servirán de antecedente para la discusión durante la ejecución presupuestaria en el 2025 del presupuesto aprobado recientemente en el Congreso Nacional y de los compromisos asumidos por el Ejecutivo en el protocolo de acuerdo para el 2025.

Lo primero, el presupuesto del sistema público de salud se financia con dos pilares fundamentales: impuestos generales y cotizaciones previsionales de los trabajadores y cotizantes afiliados a FONASA.

El presupuesto del Ministerio de Salud ha aumentado en un 80,2% real en la serie 2014 – 2023 y en 15,1% entre 2019 y 2023. Estas cifras muestran que los sucesivos gobiernos han priorizado el gasto en salud respecto del gasto total del sector público. En la Figura 1 se observa una tendencia sostenida de aumento de la participación del gasto en salud que ha representado, a su vez, un aumento del gasto público en salud como porcentaje del PIB.⁴¹

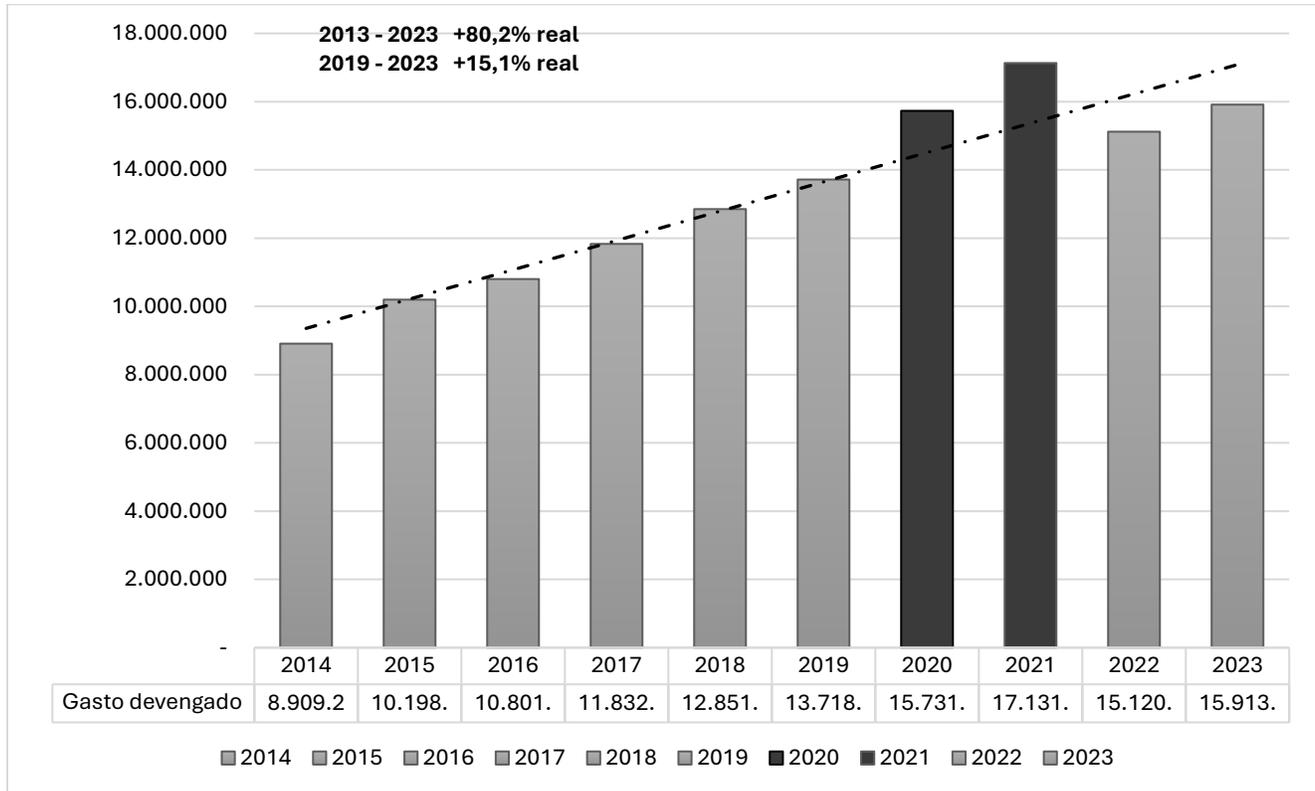
Figura 1. Gasto en salud como proporción del Gasto público total y como proporción del PIB



⁴¹ La OMS y la OPS en el marco de la propuesta de Salud Universal recomiendan que es una meta de los Objetivos del Desarrollo Sostenible que los países se propongan que el gasto público en salud llegue al umbral del 6% del PIB.

En términos absolutos la Figura 2 muestra la evolución del gasto del Ministerio de Salud en el periodo 2014 – 2023 donde se aprecia un crecimiento real, en el periodo, de un 80,2%.

Figura 2. Gasto público devengado sector salud (2014-2023). En MM\$ de junio 2024



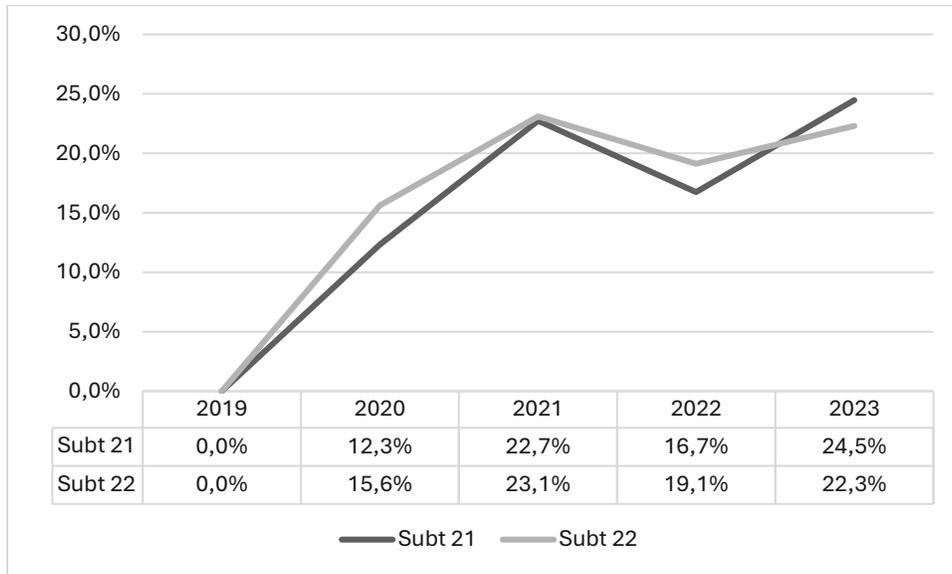
El gasto operacional⁴² hospitalario que comprende el gasto en personal⁴³ y la compra de bienes y servicios de consumo⁴⁴ representa en 2023 un 53,9% del gasto total del Ministerio de Salud. Por otra parte, el gasto en Atención Primaria de Salud del año 2023 alcanzó a \$3.155.866 millones, lo que sumado al gasto operacional hospitalario de \$8.582.885 millones representa un gasto total en las redes asistenciales de \$11.738.751 millones, es decir, 74% del gasto total del sector público de salud.

⁴² Gasto Operacional no incluye inversiones subtítulos 29 y 31

⁴³ Subtítulo 21

⁴⁴ Subtítulo 22

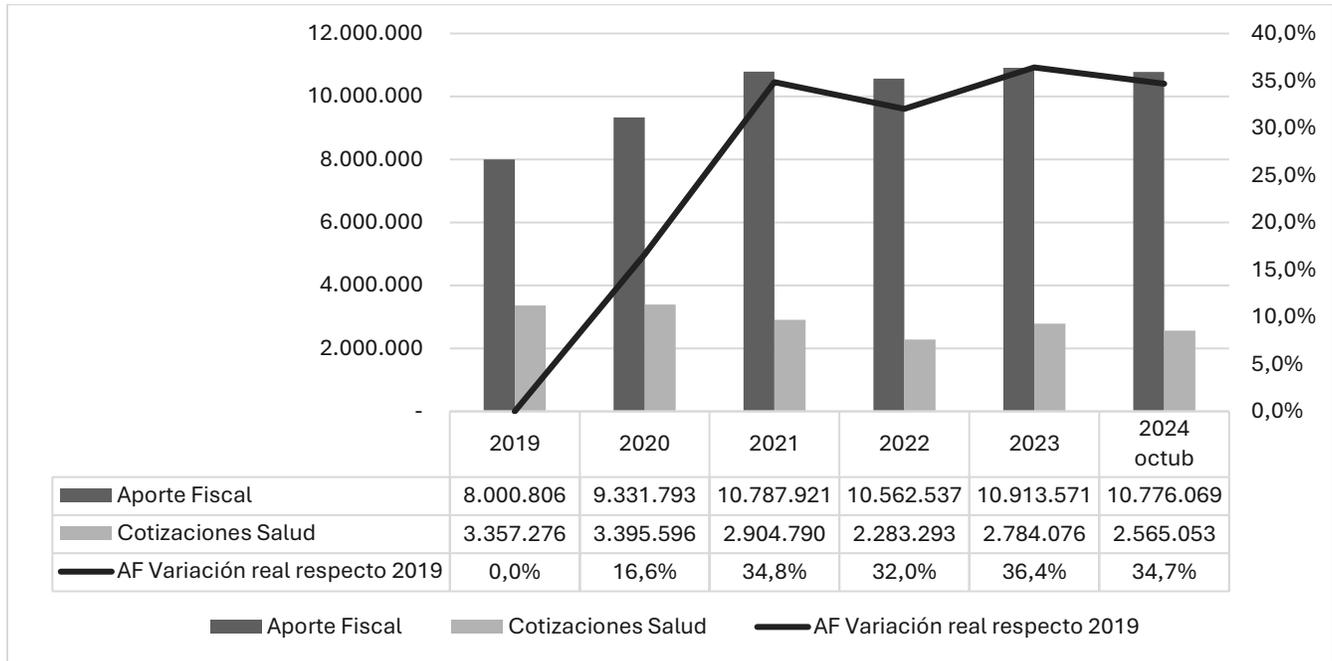
Figura 3. Variación (en%) del gasto operacional real de los SNSS con respecto a 2019



En referencia al periodo 2019 – 2023 el crecimiento real del gasto operacional hospitalario ascendió a un 23,6% y el gasto en Atención Primaria de Salud creció un 28,4% real.

Desde la perspectiva de las fuentes de financiamiento, respecto a 2019, el Aporte Fiscal aumentó en \$2.912.766 millones lo que implica un crecimiento real de 36,4%. Este crecimiento equivale a 1,03% del PIB en el periodo. En la Figura 4 se muestra el comportamiento de las principales fuentes de financiamiento del Ministerio de Salud.

Figura 4. Aporte Fiscal (AF) y cotizaciones de salud (2019-2024) en el eje de ordenadas izquierdo. Tasa (%) del aporte fiscal con respecto al año base 2019 (eje de ordenadas derecho).



Además del gasto en prestaciones y bienes de salud en la modalidad institucional, el sector público de salud ha experimentado presiones de gasto que han afectado las mismas fuentes de financiamiento del sector. Por una parte, el aumento del gasto en subsidios de incapacidad laboral (SIL) provocado por el ascenso en el número de días de licencias médicas por enfermedad común. Un análisis del gasto en SIL comparando el gasto en subsidios acumulados al tercer trimestre de 2024 respecto al mismo periodo de 2019, muestra un crecimiento de un 138% lo que implica un aumento de gasto de \$717.516 millones en 2019 a \$1.704.999 millones⁴⁵ a septiembre de 2024. Los subsidios de incapacidad laboral que son pagados por las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF)⁴⁶ ascienden a \$1.401.634 millones, es decir un 82% del pago de SIL total.

La Ley 21.289 de Presupuestos del Sector del Sector Público año 2021 estableció en la glosa 20 del programa 16.02.01 FONASA que el guarismo del 0,6% fuera sustituido por el de 3,1%. Esto significa que los gastos SIL ocupan desde este año (3,1/7) o el 44% de las cotizaciones de los afiliados, mientras que antes ocuparon (0,6/7) o el 9% de las cotizaciones.

Esta norma se ha mantenido en las leyes de presupuestos del sector público de los años siguientes y, por consecuencia, se encuentra contenida en el actual proyecto de ley de

⁴⁵ Este monto de gasto en SIL equivale a un 0,6% del PIB del 2023

⁴⁶ El Art.27 de la Ley 18.833 dispuso para financiamiento de la administración del régimen SIL de las CCAF destinar un 0,6% de la cotización de salud de los trabajadores dependientes afiliados a FONASA que pertenezcan a empresas pertenecientes a una CCAF

presupuestos para el año 2025. Por lo demás, el porcentaje del 3,1% de la ley inicial de cada año puede modificarse por decreto del Ministerio de Hacienda durante el año presupuestario y, se aplica desde la fecha que se informa en las respectivas circulares que emita sobre la materia la SUSESO⁴⁷.

En la Tabla 1 se muestra la variación que ha experimentado el guarismo de la parte del 7% de la cotización de salud que se destina directamente a las CCAF para el pago directo de subsidios a los trabajadores afiliados que pertenecen a FONASA.

Tabla 1.- Proporción de pagos SIL de las cotizaciones de salud a Fonasa

Base Normativa	CCAF	FONASA	Cotizacion Salud
Ley 18.833 Art. 27	0,60	6,4	7,00
Ley 21.289 glosa 20 Fonasa (160201) / Circular 3561 SUSESO	3,10	3,9	7,00
Ley 21.395 glosa 18 Fonasa (160201)/Circular 3657 SUSESO/Decreto 202/2022 M.Hacienda	6,45	0,55	7,00
Ley 21.516 glosa 07 Fonasa (160201)/Circular 3723 SUSESO	3,10	3,9	7,00
Ley 21.516 glosa 07 Fonasa (160201)/Circular 3732 SUSESO/ Decreto 46/2023 M.Hacienda	6,00	1,00	7,00
Ley 21.460 glosa 07 Fonasa (160201)/ Circular 3801 Suseso	3,10	3,9	7,00
Ley 21.460 glosa 07 Fonasa (160201)/ Circular 3806 Suseso/ Decreto 83/2024 M.Hacienda	4,90	2,1	7,00

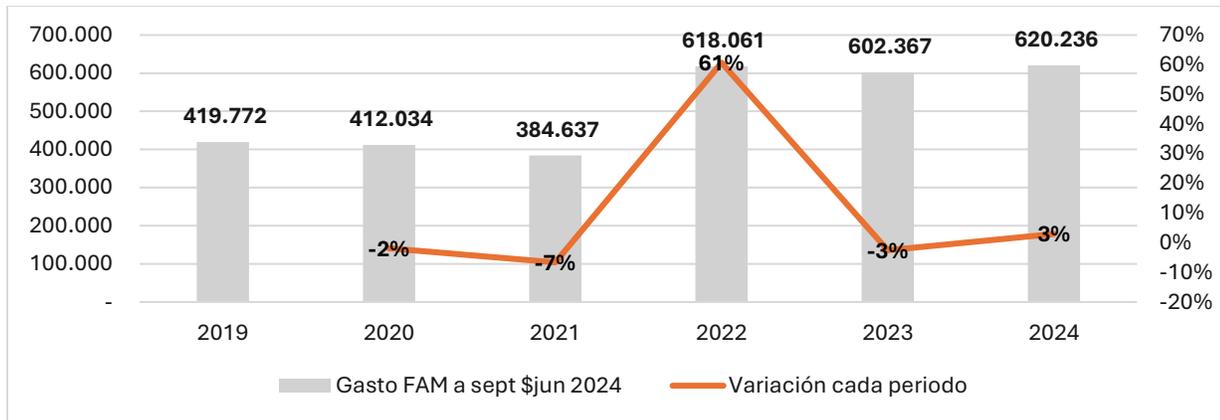
La variabilidad en la recaudación de cotizaciones en FONASA se explica por las sucesivas modificaciones que en el curso del año presupuestario ejecuta el Ministerio de Hacienda en función de las proyecciones de gasto en subsidios de pago directo de las CCAF. El efecto financiero compensatorio por los cambios en la tasa de cotizaciones de salud a FONASA se hace con cargo a aporte fiscal.

En segundo lugar, otra presión relevante de gasto se ha producido por efecto del aumento de las bonificaciones de salud a la Modalidad Libre Elección (MLE) tanto para prestaciones ambulatorias como de hospitalización, así como por el uso de las prestaciones de urgencia o emergencia en establecimientos privados de salud en el componente de estabilización que se incluye en el arancel de la Libre Elección como Pago Asociado a Emergencias (PAE). Si se compara el gasto en la Modalidad Libre Elección, los gastos ejecutados al tercer trimestre de

⁴⁷ Superintendencia de Seguridad Social . Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

cada año de la serie 2019 – 2024 han experimentado un aumento de 41,1% real, equivalente a \$230.202 millones adicionales, tal como se muestra en la Figura 5.

Figura 5. Gastos FAM⁴⁸ en bonificación MLE (mm de \$ junio 2024). Comparación al tercer trimestre



La formulación del presupuesto de salud: una falla estructural

El presupuesto del Ministerio de Salud adolece de un problema de base que se ha arrastrado desde hace casi dos décadas. El resultado de la formulación presupuestaria anual determina un marco presupuestario inicial que es inferior al gasto real del sector, en especial, el gasto operacional del SNSS y de las prestaciones pecuniarias del Fonasa, a saber, el pago de subsidios de incapacidad laboral y de las bonificaciones de salud de la Libre Elección.

En la literatura se les denomina “cuellos de botella de la gestión financiera pública”⁴⁹ que condicionan al sector salud para lograr un desempeño adecuado en la prestación de servicios de salud a la población. Por ejemplo, la falta de recursos de los hospitales a mediados de año, por no contar con un marco presupuestario que habilite su capacidad de gasto operacional a lo que se suma, la lentitud para realizar las modificaciones al presupuesto inicial que corrijan el déficit de recursos. En el periodo 2014 – 2024 la brecha entre la ley de presupuesto inicial y la

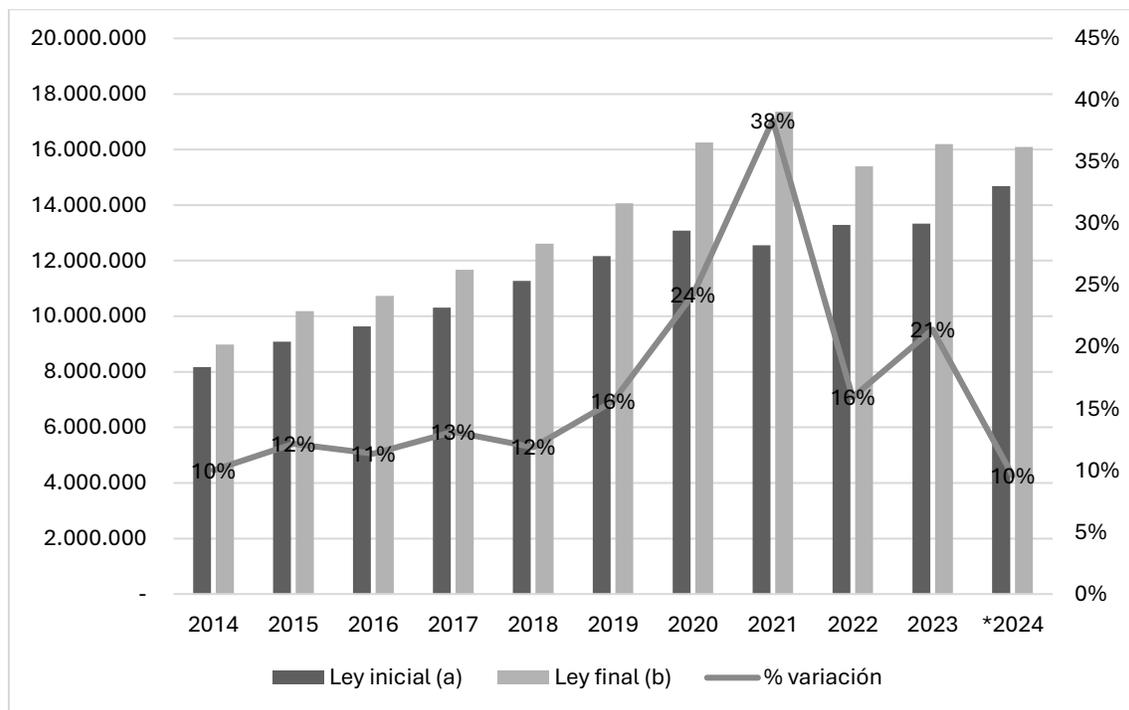
⁴⁸ Fondo de Ayuda Médica (FAM), corresponde al monto bonificado por Fonasa respecto del arancel de una determinada prestación, lo que constituye el gasto efectivo realizado por el Seguro Público en la MLE,

⁴⁹ Cualquier debilidad presupuestaria sistémica que afecte negativamente la provisión de servicios a través de su impacto en la eficiencia, la equidad o la ejecución presupuestal y que pueda subsanarse, principalmente, a través de medios presupuestarios” Cammack T, Travis N & Marulasiddappa M.(2020) Problem-driven diagnostics: the case for financial bottleneck analysis. Working Paper. Oxford: Oxford Policy Management. Disponible en: www.opml.co.uk/publications/problem-driven-diagnostics-the-case-for-financialbottleneck-analysis.

ley vigente al cierre de cada año ha alcanzado en promedio anual a 17% real, siendo el porcentaje más alto el 2021 con un 38%, explicado por los gastos acumulados producto de la pandemia del COVID 19 durante el año anterior.

En la Figura 6 se muestra la evolución de la diferencia entre la ley de presupuestos inicial y la ley vigente con las modificaciones presupuestarias al final del año.

Figura 6. Brecha Ley de presupuesto y modificaciones presupuestarias (2014-2023). En MM\$ junio 2024.



En el caso del Ministerio de Salud, la DIPRES construye el presupuesto anual a partir de un supuesto de ajuste del gasto operacional o corriente, dado que la sobre ejecución del gasto por sobre la ley de presupuestos constituye una falta administrativa sujeta a juicio de cuentas por la Contraloría General de República. Esta práctica instalada por la Dirección de Presupuestos no tiene base en la evidencia del gasto real del sector salud y, por lo tanto, es solo un mecanismo para promover la reducción del gasto operacional. Es importante señalar que, a su vez, el Ministerio de Salud tampoco ha sido capaz, en más de un decenio, de sincerar los costos reales de la actividad asistencial, explicando las causas o motores del aumento real anual del gasto en salud respecto a los años anteriores. Algunos estudios⁵⁰ han precisado estos

⁵⁰ Por ejemplo, Ahumada.B; Lagos.P; Sugg.D (2016) Sobregasto Operacional y Deuda del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Serie Finanzas Públicas. Dirección de Presupuestos Ministerio de Hacienda

cambios. Por ejemplo, los Servicios de Salud en el periodo 2013 – 2023 han aumentado su gasto a una tasa promedio anual de un 7,5% real lo que, acumulado, implica que el gasto del 2023 es un 103% superior al gasto del 2013.⁵¹

El presupuesto del Ministerio de Salud para el año 2025

El Presupuesto 2025 totalizará \$82 billones equivalente a un crecimiento de 2% respecto de la Ley aprobada para 2024. Fruto de un acuerdo con la Comisión Especial Mixta durante la tramitación del proyecto se modificó la propuesta original que ascendía a \$82,5 billones, con una expansión de 2,7%. Con esta ley de presupuestos promulgada en diciembre 2024, se consolida la proyección del Gobierno de finalizar el 2026 con un déficit fiscal estructural de un 0,5% y un nivel de deuda pública inferior a un 45% del PIB.

El presupuesto aprobado para el Ministerio de Salud para el 2025 asciende a \$15.840.696 millones equivalente a un 19,3% del gasto total aprobado para el sector público. Este monto implica un crecimiento real respecto al 2024 de un 4,2% real. Esta expansión asciende a \$636.288 millones.

Los principales presupuestos aprobados dentro del Ministerio de Salud corresponden a FONASA por \$14.027.093 millones; Servicios de Salud \$12.054.267 millones; Subsecretaría de Salud Pública \$859.595 millones; Subsecretaría de Redes Asistenciales \$426.976 millones e Inversión Sectorial de Salud \$693.177 millones.

La apertura del presupuesto por líneas programáticas permite observar con mayor detalle los ítems que identifican las prioridades. En la Tabla 2 se muestra este detalle programático.

Se destacan: el aumento del Programa Nacional de Inmunizaciones en \$45.077 millones que implica un crecimiento real de 42,8% real respecto al 2024; la Atención Primaria de Salud que crece un 3,9% real equivalente a recursos adicionales de \$130.680 millones; la compra a prestadores privados por parte de Fonasa alcanzará un presupuesto de \$762.649 millones con un aumento de \$104.200 millones respecto a 2024, lo cual implica un crecimiento real de 15,8%.

Dentro de los gastos asociados al nivel secundario y terciario es relevante precisar que los conceptos de gastos atribuibles al programa de concesiones hospitalarias⁵² presenta un presupuesto para 2025 de \$313.361 millones con un aumento de \$73.246 millones respecto a 2024. En la página siguiente se presenta la tabla general del presupuesto 2025.

⁵¹ ISPAB UNAB (2024) El desafío de la Productividad Hospitalaria y la atención de pacientes en el Sistema de Salud Pública de Chile. Informe N°5 de Políticas Públicas en Salud

⁵² Subsidio Fijo a la Construcción; Subsidio Fijo al Equipamiento y Mobiliario no Clínico; Reintegro IVA Concesiones y Modificaciones de Contratos de Concesiones.

Tabla 2 Presupuesto de salud 2025 y comparación con 2024

LÍNEAS PROGRAMÁTICAS	(1)	(2)	(3)=(2)-(1)	(4)=(3)/(1)
	AÑO 2024 Ley Inicial 2023 + Dif. de Reajuste + Leyes Especiales	AÑO 2025 Proyecto de Ley de Presupuestos	Variación (En M\$)	Variación (En %)
1. ACCIONES DE SALUD EN EL NIVEL PRIMARIO	3.727.527.664	3.893.610.131	166.082.467	4,5%
1.1 Atención Primaria de Salud	3.359.732.993	3.490.413.491	130.680.498	3,9%
1.2 Trato Usuario APS	18.935.568	18.935.568	0	0,0%
1.3 Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)	45.178.294	49.132.000	3.953.706	8,8%
1.4 Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM)	28.258.706	36.128.179	7.869.473	27,8%
1.5 Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)	105.347.776	150.424.545	45.076.769	42,8%
1.6 Programas Especiales, Atención Primaria (PROMOS)	3.853.531	3.853.531	0	0,0%
1.7 Inversiones en Salud Primaria	166.220.796	144.722.817	-21.497.979	-12,9%
2. ACCIONES DE SALUD NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO	9.969.936.093	10.332.673.023	362.736.930	3,6%
2.1 Fondo Tratamiento de Alto Costo	166.227.817	175.671.822	9.444.005	5,7%
2.2 Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico	5.550.133.210	6.039.213.720	489.080.510	8,8%
2.3 Programa de Prestaciones Institucionales y Otros Ingresos	2.778.714.026	2.524.277.041	-254.436.985	-9,2%
2.4 Compras de prestaciones a privados	658.448.260	762.648.695	104.200.435	15,8%
2.5 Inversiones en Nivel Secundario y Terciario	434.292.324	422.820.982	-11.471.342	-2,6%
2.6 Gestión de la Red Asistencial	120.271.075	72.944.098	-47.326.977	-39,4%
2.7 Programa de Apoyo al Recién Nacido	17.736.069	17.736.069	0	0,0%
2.8 Reintegro Crédito - IVA Concesiones	104.949.362	107.522.171	2.572.809	2,5%
2.9 Concesiones Subsidio Fijo a la Construcción	108.836.166	155.899.671	47.063.505	43,2%
2.10 Concesiones Subsidio Fijo Equipamiento y Mobiliario no Clínico	23.666.872	29.258.694	5.591.822	23,6%
2.11 Modificación Contrato Concesiones	6.660.912	24.680.060	18.019.148	270,5%
3. PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	1.132.689.099	1.219.565.082	86.875.983	7,7%
3.1 Déficit de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar	10	10	0	0,0%
3.2 S.L de Enfermedad y Medicina Curativa	393.179.840	393.187.747	7.907	0,0%
3.3 Medicina Curativa de Libre Elección	739.146.325	826.014.391	86.868.066	11,8%
3.4 Ayudas Económicas	362.614	362.614	0	0,0%
3.5 Retiros	310	320	10	3,2%
4. AUTORIDAD SANITARIA	216.195.632	218.813.880	2.618.248	1,2%
4.1 Bienes y Salud Pública	210.419.657	212.991.130	2.571.473	1,2%
4.2 Inversiones en Autoridad Sanitaria	5.775.975	5.822.750	46.775	0,8%
5. FISCALIZACIÓN Y REGULACIÓN DE PRESTACIONES Y PRESTADORES	217.798.133	234.458.094	16.659.961	7,6%
5.1 Superintendencia de Salud (incluye Leasing)	19.174.070	20.015.533	841.463	4,4%
5.2 Instituto de Salud Pública (incluye Inversión)	55.921.483	56.932.693	1.011.210	1,8%
5.3 FONASA Casa	142.702.580	157.509.868	14.807.288	10,4%
6. CENABAST	17.126.210	16.699.902	-426.308	-2,5%
7. OTROS	148.061.983	119.810.401	-28.251.582	-19,1%
7.1 Servicio de Deuda Inversiones	654.869	755.259	100.390	15,3%
7.2 Adquisición Activos no Financieros	42.448.213	51.826.213	9.378.000	22,1%
7.3 Préstamos	104.958.901	67.228.929	-37.729.972	-35,9%
Gasto Estado de Operaciones (A)	15.204.408.298	15.840.696.160	636.287.862	4,2%

Además, tanto en las glosas presupuestarias como en los compromisos adoptados por el Ejecutivo respecto al sector Salud se destacan las de mayor incidencia en la gestión sectorial y en las decisiones de política pública, a saber:

- Avanzar con la implementación de la Ley Nacional del Cáncer. Es una patología prioritaria desde el punto de vista sanitario. El Ministerio de Salud se comprometió a incorporar nuevas tecnologías una vez que se apruebe el Fondo Nacional del Cáncer, el reglamento que está en Contraloría, e incorporar avances como el estudio genético de los cánceres, de manera de tener un uso más eficiente de los medicamentos.
- Junto a lo anterior, se operativizará durante el año 2025 el Registro Nacional del Cáncer, que es parte del Sistema Nacional de Registros de Cáncer, y se priorizará la resolución de lista de espera oncológica con los recursos otorgados en el presupuesto para ello. Sobre el cáncer de mama triple negativo, se ingresará la propuesta de canasta de tratamiento para esta enfermedad en el estudio de verificación de costo para el próximo decreto GES
- Regulación de los contratos con sociedades médicas para mejorar la gestión y la eficiencia del gasto, y así evitar abusos en su prestación. Se centralizarán las compras de servicios por parte de los establecimientos de salud de aquellas prestaciones que hayan sido adquiridas por el Fondo Nacional de Salud para provisión centralizada, a través de convenios en la modalidad de atención institucional. Excepcionalmente, se podrá contratar servicios de sociedades médicas en casos fundados por razones territoriales de necesidad clínica o por mejores condiciones de precio, previa autorización de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- En cuanto a APS Universal, se acordó hacer una evaluación externa a este programa para asegurar la eficiencia del gasto y el cumplimiento de sus objetivos, en el marco de las evaluaciones de programa que encomienda la DIPRES y contemplando las recomendaciones contenidas en los estudios realizados por el Consejo Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP)^{53 54}. Reconocer la especialidad médica distinta de la medicina familiar dentro de APS, para mejorar la capacidad resolutive.
- Para el programa de Listas de Espera los recursos aprobados para el 2025 ascienden a \$146.167 millones. Adicionalmente, se aprobó la siguiente indicación: *Este Programa se incrementará en \$73.000 millones sujeto a la entrada en vigencia del proyecto de ley de licencias médicas de grandes emisores (Boletín N°14.845-11). Dicho aporte se financiará con la reducción del ausentismo en el SNSS producto de las mejoras en la fiscalización, para lo cual el MINSAL, fijará metas a más tardar en febrero 2025 y con el aumento de ingresos por cotizaciones de FONASA respecto de los estimados para el año 2025.*
- Sobre listas de espera, durante enero 2025 se informarán a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado, las metas en cuanto a reducción de casos en lista de espera para ese periodo, mientras que los resultados alcanzados también deberán ser remitidos a estas instancias en diciembre de ese año. *“Para lo anterior se deberá conformar un consejo de seguimiento con representantes del Congreso Nacional, Ministerio de Salud, Colegio Médico, Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuesto, Fonasa, Asociación de Clínicas, Comisión Nacional de Evaluación de Productividad y representantes de la academia al respecto de lista de espera”.*

⁵³ CNEP (2024) Actualización y Priorización de Recomendaciones Propuestas en el Estudio Eficiencia en Gestión de Atención Primaria de Salud. Consejo Nacional de Evaluación Productividad.

⁵⁴ CNEP (2022) Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud. Consejo Nacional de Evaluación y Productividad.

- Sobre el control de la gestión hospitalaria, a fin de garantizar estándares de calidad, se fijarán los mecanismos normativos para que los hospitales registren las horas de inicio de los pabellones y cumplimiento de horarios de cada uno. Asimismo, se establecerán mecanismos que consideren elementos de productividad, tales como la hora de inicio, el número de pacientes atendidos, cantidad de cirugías y otros parámetros objetivos de medición de desempeño⁵⁵.
- La Subsecretaría de Redes Asistenciales deberá impulsar y supervisar la utilización preferente de los mecanismos de compra por convenio marco y compras coordinadas disponibles para la Red Asistencial según las recomendaciones de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad⁵⁶.

Conclusiones

El presupuesto es la principal herramienta utilizada para asignar recursos y es en el contexto del proceso presupuestario, donde los políticos deben priorizar ciertas políticas públicas por sobre otras. El proceso presupuestario no debe analizarse como parte de una discusión técnica aislada. Por el contrario, el proceso presupuestario constituye un elemento fundamental del proceso general de formulación de políticas. Casi todas las leyes del gobierno afectan los gastos presentes o futuros (Scartascini y Stein, 2010)⁵⁷

El debate presupuestario del proyecto de ley de presupuestos para el año 2025 se inscribió, como ningún otro proceso legislativo del presupuesto, en las características de un proceso político que tiene efectos en los resultados de la economía de la asignación de recursos a las prioridades gubernamentales y que resulte efectivo para enfrentar las necesidades de la población, en este caso las demandas de atención de salud.

La aprobación del presupuesto en cada año es solo una parte del problema. Garantizar que estos fondos se gasten de manera eficaz, transparente y con una participación significativa es fundamental para mejorar el acceso a la atención de salud con equidad y oportunidad y con mayor protección financiera.

El presente artículo ha expuesto un marco analítico que intenta motivar a una reflexión profunda sobre los esfuerzos para lograr mejor gobernanza de gestión del sector salud y así consolidar al sistema de salud chileno en el camino de la salud universal.

Lo que hay detrás del presupuesto, no es el cumplimiento contable del monto de gasto, sino que cada unidad monetaria de gasto esté asociada a resultados sanitarios que mejoren el bienestar de la población en esta área.

⁵⁵ CNEP (2020) Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica no Ges. Consejo Nacional de Evaluación y Productividad.

⁵⁶ CNEP (2024) Eficiencia en Gestión Compras y Manejo Inventarios en Hospitales. Consejo Nacional de Evaluación y Productividad.

⁵⁷ Hallerberg, M.; Scartascini, C.; Stein, E. (2010) ¿Quiénes deciden el presupuesto? La Economía Política del Proceso Presupuestario en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo y el David Rockefeller Center for Latin American Studies, Harvard University. ISBN: 978-958-8307-77-0 Mayol Ediciones S.A.

EFFECTO ESTABILIZADOR DE PRECIOS DE LAS LICITACIONES DE MEDICAMENTOS DE CENABAST. Loreto Molina Cofré⁵⁸ y Camila Villalobos Sanhueza⁵⁹

INDICE

1.Introducción

2.Objetivo

3.Metodología de trabajo

4.Teoría del Mercado

5 Resultados Descriptivos

5.1 Cantidad de Registros

5.2 Resultado según categoría de precio después de un año móvil

5.3 Resultado según quintiles el año móvil siguiente

5.3.1 Quintiles para licitaciones adjudicadas

5.3.2 Quintiles para licitaciones desiertas

5.4 Boxplot en variación porcentual del precio de licitaciones adjudicadas y desiertas.

6. Conclusiones

7. Referencias Bibliográficas

⁵⁸ Ingeniera Civil en Geografía. Máster en Técnicas Estadísticas Universidad de Vigo (España). Profesional Sección Estudios y Apoyo Técnico de CENABAST.

⁵⁹ Ingeniera Comercial mención economía y Magíster en Economía Financiera. Jefa de Sección Estudios y Apoyo Técnico de CENABAST.

1. Introducción

En este estudio, se investiga el efecto de la participación de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Salud de Chile (CENABAST) en los precios promedios ponderados de Mercado Público⁶⁰. Se analizan las licitaciones adjudicadas o declaradas desiertas en CENABAST durante el período 2020 a 2023, los precios promedios ponderados de Mercado Público en las instancias de compra de CENABAST y los precios promedios ponderados de Mercado Público un año móvil siguiente. La muestra consta de 2.175 licitaciones realizadas durante este lapso. Se emplearon análisis descriptivos y contrastes de hipótesis para validar los resultados.

Además, se realiza una recopilación actualizada sobre el estado del arte de los mercados monopsónicos, externalidades y qué resultados se han obtenido en otros mercados similares.

Del análisis realizado, CENABAST tiene un efecto estabilizador en los precios de los medicamentos sujetos a licitaciones. Se observa que, para las licitaciones adjudicadas, el precio promedio ponderado de Mercado Público disminuye en un -2,3% después de transcurrido un año móvil, mientras que, para las licitaciones declaradas desiertas, el precio promedio ponderado de Mercado Público de los medicamentos aumenta en un 6,2%.

2. Objetivo

Verificar la existencia de un efecto estabilizador sobre los precios de medicamentos que tendrían las licitaciones de CENABAST en Mercado Público.

3. Metodología de trabajo

Primero, se seleccionaron solamente licitaciones que correspondían a medicamentos a partir del total de registros con que se cuenta y que alcanzan a 2.413 licitaciones en el período de estudio. Posteriormente, se descartaron las licitaciones que incluían medicamentos que no habían tenido venta en Mercado Público⁶¹ durante el período de búsqueda de 6 meses desde que se licita el medicamento. Además, se descartan los medicamentos que necesitan conversión⁶² de precios para obtener variaciones comparables (dejarlos podrían distorsionar el resultado). De esta manera, quedan 2.175 licitaciones que se pueden evaluar entre los años 2020 y 2023.

⁶⁰ El Mercado Público es una plataforma digital del gobierno de Chile donde se realizan las compras y contrataciones públicas. Permite a las entidades estatales adquirir bienes y servicios mediante licitaciones abiertas. Facilita la transparencia, competitividad y eficiencia en los procesos de compra del sector público.

⁶¹ Algunos medicamentos sólo son comprados por CENABAST en Mercado Público, por lo tanto, no es posible identificar los precios transados por otras instituciones públicas.

⁶² Considera conversiones de unidad mínima, como, por ejemplo, gramos, litros, dosis, ml, Ui, dependiendo de la unidad mínima que solicita la glosa del producto.

4. Teoría del Mercado

Antecedentes

CENABAST es una institución pública que se encarga de la gestión de abastecimiento de medicamentos y otros insumos médicos para el sistema de salud pública. Es una institución con una alta participación en Mercado Público de todo lo que se transa en la plataforma de Chilecompra (11% de participación en 2023), y en sector salud también (31% de participación en 2023); consolida la demanda de medicamentos de toda la red pública de salud (Servicios de Salud, Hospitales, APS y otros) y realiza los procesos de compra a nivel global.

CENABAST es única en América Latina por su enfoque centralizado en la compra que garantiza la distribución de medicamentos para el Sistema Público de Salud, generando acceso y oportunidad a medicamentos esenciales a toda la población, especialmente las personas afiliadas a FONASA que corresponde al 82% de la población. Su modelo permite negociar precios más bajos, evitando el desabastecimiento y asegurando una cobertura amplia en el país. Este sistema se destaca frente a otros países de Latinoamérica donde las compras de medicamentos suelen estar descentralizadas o son gestionadas por múltiples actores, lo que puede generar desigualdades en el acceso y aumentar los costos.

CENABAST es reconocido como principal comprador y, a menudo, el único comprador de medicamentos e insumos médicos en Chile que provee al Sistema de Salud Pública.

Por otra parte, CENABAST actúa, por un lado, articulando el mercado farmacéutico en Mercado Público como el principal proveedor de medicamentos a la red pública mediante el indicador CEM⁶³ (Canasta Esencial de Medicamentos). Por otro lado, CENABAST controla el mercado de los procesos de adquisiciones de medicamentos como monopsonio. Esto ocurre porque al tener un poder significativo en proveer a la red pública de fármacos, también puede presionar los precios de las licitaciones públicas, reduciendo su costo o limitando la competencia entre los proveedores de medicamentos.

Sin embargo, CENABAST se enfrenta a situaciones en que no puede ejercer su poder de compra. Esto sucede cuando el proveedor tiene un monopolio de innovación o por activos intangibles como las patentes (Rickap, 2019). Esto se produce en el 9% de las compras de CENABAST (2023), donde la causal de trato directo es la existencia de un solo proveedor.

Adicionalmente, CENABAST tiene un rol protagónico en el Mercado Farmacéutico. Por ejemplo, la Ley N°21.198 que otorga a CENABAST la capacidad de negociar precios con las farmacéuticas para transferirlos a las farmacias pequeñas del país, generando economías de escala en la adquisición de fármacos, y traspasar estos precios bajos a la ciudadanía. El efecto externalidad⁶⁴ (Pigou, A. C. 1920). que se produce es positivo en producción ya que proporciona medicamentos a precios más bajos, y se mejora la salud pública (se pueden utilizar los recursos ahorrados en nuevos tratamientos, por ejemplo) y el bienestar general de la población.

⁶³ <https://www.CENABAST.cl/medicacion-de-participacion-en-canasta-esencial-de-medicamentos-cem/>

⁶⁴ Efecto de las acciones de un agente económico sobre el bienestar de un tercero.

El objeto de estudio de este trabajo es medir la variación de precios promedio ponderado en Mercado Público cuando CENABAST se adjudica (o deja desierta) una licitación y el impacto para sus clientes directos y para los actores que compran medicamentos a través de la plataforma de Mercado Público.

5 Resultados Descriptivos

5.1 Cantidad de Registros

Cabe señalar, que la Ley N°19.886⁶⁵ de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios menciona, en el Art. 9, que una licitación pública puede quedar desierta cuando, al finalizar el proceso de licitación, no se reciben ofertas válidas o ninguna de las propuestas presentadas cumple con los requisitos establecidos en las bases del concurso. Esto puede suceder por razones como: la falta de interés de los proveedores, ofertas que no cumplen con las especificaciones técnicas, o precios fuera del presupuesto disponible.

Por otro lado, una licitación adjudicada (Art. 10) es aquella en la que se selecciona a un proveedor tras la evaluación de las ofertas recibidas. Esto sucede cuando una de las propuestas cumple con los requisitos establecidos (como precio, calidad, y plazos), y el contrato se otorga formalmente al ganador. La adjudicación marca el fin del proceso competitivo y el inicio de la ejecución del contrato por parte del proveedor seleccionado.

Para este estudio se utilizó una base de datos que abarca una muestra de 2.175 licitaciones de CENABAST. De éstas, el 83% corresponde a licitaciones adjudicadas, sumando un total de 1.811 licitaciones, mientras que el 17% corresponde a licitaciones desiertas, con 364 registros.

Es importante mencionar que el estudio se realiza en base al conteo por licitación (2.175 licitaciones) y no por producto distinto. Considerando que entre el año 2020 y 2023 se pudo haber comprado un producto más de una vez⁶⁶.

5.2 Resultado según categoría de precio después de un año móvil

Se denominará $Precio_{t,t}$ al precio promedio ponderado de Mercado Público⁶⁷ al momento de adjudicar (o quedar desierta) la licitación, y el $Precio_{t+1}$ es el precio promedio ponderado de Mercado Público un año móvil después de ser adjudicado (o desierto).

⁶⁵ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=213004>.

⁶⁶ La cantidad de productos diferentes corresponden a 796 medicamentos y que podría estar alguno de ellos más de una vez en el listado.

⁶⁷ Precio Promedio Ponderado de Mercado Público los últimos 6 meses antes de la adjudicación. Este precio representa todas las compras que realizan otras instituciones públicas para adquirir un medicamento específico.

En la Tabla 1, se muestra la variación porcentual de los promedios de $Precio_t$ y $Precio_{t+1}$ según estado de licitaciones. La variación porcentual del precio promedio para las licitaciones se calcula de la siguiente manera: $(Precio_{t+1} - Precio_t) / Precio_t$. Se observa una baja en $Precio_{t+1}$ de un 2,3% para las licitaciones adjudicadas y un alza en el $Precio_{t+1}$ de 6,2% para las licitaciones que quedaron desiertas.

Tabla 1: Estado de las Licitaciones según frecuencia relativa, variación promedio del precio (en %) y desviación estándar.

Estado licitaciones	Variación Porcentual promedio de $Precio_t$ y $Precio_{t+1}$	Desviación Estándar
Adjudicada	-2,3%	0,81
Desierta	6,2%	0,46

Fuente: Unidad Inteligencia de Negocios (2024), CENABAST.

De la Tabla 1 se desprende una señal positiva en Mercado Público. Los establecimientos de salud experimentan al año siguiente una caída de 2,3% en los precios de los fármacos estudiados. Esto considerando que la Red Pública intermedie con CENABAST, o bien, que realice sus adquisiciones por su cuenta; los precios en Mercado Público sufren una caída que se traduce en ahorro del gasto público.

5.3 Resultado según grupos de productos (por quintiles de precios) el año móvil siguiente

Para analizar los precios según el estado de las licitaciones —ya sean adjudicadas o desiertas— se clasifica cada licitación en cinco categorías basadas en quintiles⁶⁸ de precios. Esta división permite segmentar los precios promedio ponderados en cinco grupos distintos.

5.3.1 Quintiles para licitaciones adjudicadas

Se visualiza en la Tabla 2, las licitaciones adjudicadas segmentadas por quintiles transcurrido un año móvil. Se observa que el primer quintil es aquel que presenta la mayor caída porcentual de la variación del precio promedio con un -16,7%, seguido del segundo quintil con un -7,4%.

⁶⁸ Los quintiles dividen a la distribución en 5 partes según $Precio_{t+1}$

Tabla 2: Promedio del $Precio_{t+1}$ para estado de las licitaciones adjudicadas según quintiles

Intervalo inferior	Intervalo Superior	Promedio $Precio_t$	Promedio $Precio_{t+1}$	Variación precio promedio
\$5	\$118	\$66	\$55	-16,7%
\$120	\$369	\$243	\$225	-7,4%
\$370	\$1.229	\$693	\$665	-4,0%
\$1.263	\$9.013	\$4.352	\$4.206	-3,4%
\$9.018	\$1.750.000 ⁶⁹	\$75.468	\$73.855	-2,1%
Promedio				-2,3%

Fuente: Unidad Inteligencia de Negocios (2024), CENABAST.

5.3.2 Quintiles para licitaciones desiertas

Se visualiza en la Tabla 3, las licitaciones desiertas segmentadas por quintiles transcurrido un año móvil. Se observa, que los quintiles que suben más de precio son el segundo quintil y el último quintil con un 6,4% y 6,3% respectivamente.

Tabla 3: Promedio del $Precio_{t+1}$ para estado de las licitaciones desiertas según quintiles

Intervalo inferior	Intervalo superior	Promedio $Precio_t$	Promedio $Precio_{t+1}$	Variación precio promedio
\$5	\$58	\$27	\$28	3,7%
\$60	\$277	\$140	\$149	6,4%
\$288	\$831	\$491	\$505	2,9%
\$839	\$5.494	\$2.429	\$2.506	3,2%
\$5.514	\$767.979 ⁷⁰	\$99.916	\$106.218	6,3%
Promedio				6,2%

Fuente: Unidad Inteligencia de Negocios (2024), CENABAST.

⁶⁹ A pesar de contar con un intervalo amplio, se observa que el 57% de los precios se sitúan entre \$5.000 y \$30.000, mientras que solo tres licitaciones presentan precios superiores a \$1.200.000 (corresponden a productos de uso terapéutico oncológicos).

⁷⁰ A pesar de contar con un intervalo amplio, se observa que el 74% de los precios se sitúan entre \$5.500 y \$6.000, mientras que solo tres licitaciones presentan precios superiores a \$700.000 (corresponden a productos de uso terapéutico trombolíticos).

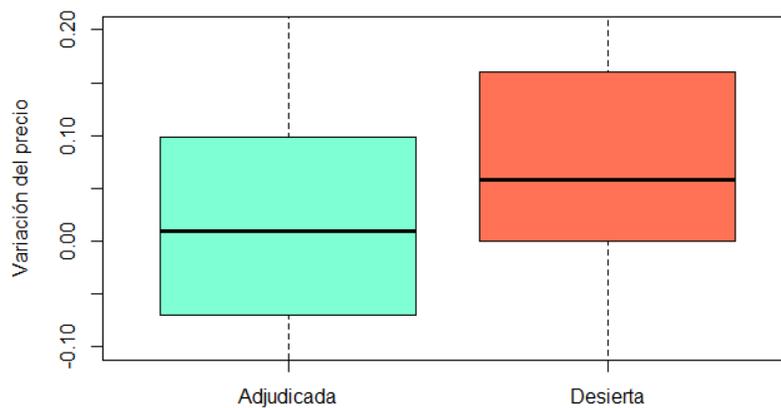
5.4 Variación porcentual del precio de licitaciones adjudicadas y desiertas.

El diagrama de cajas (boxplot) de la Figura 1 muestra un análisis descriptivo de la variación porcentual en el precio de las licitaciones adjudicadas y desiertas de CENABAST, considerando un periodo de un año móvil.

Respecto a las licitaciones adjudicadas, la caja se encuentra más cerca del eje inferior, indicando una menor variación en los precios de las licitaciones adjudicadas. La mediana para este grupo (1%) resalta una tendencia más estable y controlada en los precios.

En cuanto a las licitaciones desiertas, la caja se ubica en una posición superior, lo que indica que la variación en los precios de estas licitaciones es más amplia. La mediana (5%) sugiere un incremento más pronunciado en los precios, lo que podría reflejar retos en términos de condiciones del mercado.

Figura 1: Análisis descriptivo con Boxplot sobre estado de licitación según porcentaje de variación del precio.



Fuente: Unidad Inteligencia de Negocios (2024), CENABAST.

Este análisis resalta la efectividad de los esfuerzos de CENABAST para estabilizar los precios en las licitaciones adjudicadas, logrando un impacto tangible en la reducción del gasto en el sistema de salud. La menor variación en estas licitaciones es un reflejo de un control más riguroso y eficiente del proceso de adquisición.

6. Conclusiones

El análisis del efecto estabilizador, basado en una muestra de 2.175 licitaciones realizadas entre 2020 y 2023, confirma la existencia de un mecanismo estabilizador de precios en el mercado. Los resultados muestran que las licitaciones adjudicadas experimentan, en promedio, una

disminución del 2,3% en el precio durante el año siguiente, mientras que las licitaciones declaradas desiertas presentan un incremento promedio del 6,2% en el mismo periodo.

Estos hallazgos se validaron mediante análisis estadísticos. Se aplicaron pruebas de hipótesis no paramétricas, como la prueba de Wilcoxon, para evaluar diferencias en las medianas de las variaciones porcentuales de precios y los precios observados tras un año. Asimismo, el test de Kruskal-Wallis permitió clasificar los precios y las variaciones porcentuales, identificando diferencias significativas entre los tipos de licitación.

En particular, se evidencia que los precios de las licitaciones adjudicadas tienden a reducirse, en un horizonte de un año, marcando una tendencia estabilizadora en el mercado. Además, las diferencias significativas en las medianas de los precios entre licitaciones adjudicadas y desiertas refuerzan la conclusión de que el comportamiento de los precios está condicionado por el estado de resolución de una licitación de CENABAST. Este efecto diferencial pone de manifiesto la importancia de los procesos de adjudicación como herramienta reguladora y estabilizadora en la dinámica de los precios.

"Gracias a una gestión estratégica y centrada en el bienestar de la comunidad, CENABAST reafirma su compromiso de garantizar el acceso a medicamentos esenciales a precios competitivos, contribuyendo significativamente a la sostenibilidad del sistema de salud pública."

Todo lo relacionado con lo analizado en inferencia estadística se encuentra en Anexo en el siguiente link:

<https://docs.google.com/document/d/1ctzDo6uJ3GvbYRCZZIb3zEK6MdQKnXo9/edit>

7. Referencias Bibliográficas

Blair, R. D., & Harrison, J. L. (1991). Antitrust policy and monopsony. *Cornell Law Review/the Cornell Law Quarterly*, 76(2), 297–340.

<https://scholarship.law.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3487&context=clr>

Boing, A. C., Bertoldi, A. D., & Peres, K. G. (2011). Socioeconomic inequalities in expenditures and income committed to the purchase of medicines in Southern Brazil. *Revista De Saúde Pública*, 45(5), 897–905. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102011005000054>.

Borysiuk, I., Shevchenko, M., Tiutiunnyk, A., Kovalenco, P., & Surtaieva, N. (2024). Economic perspectives in pharmaceuticals: market dynamics and pricing of medications. *Review of Clinical Pharmacology and Pharmacokinetics - International Edition*, 38(2), 175–185. <https://doi.org/10.61873/zfor1179>

Chapman & Hall/CRC . Smeeton N.C, Sprent P. (2007). *Texts in Statistical Science*. Chapman & Hall/CRC. *Applied Nonparametric Statistical Methods* (4th edition)

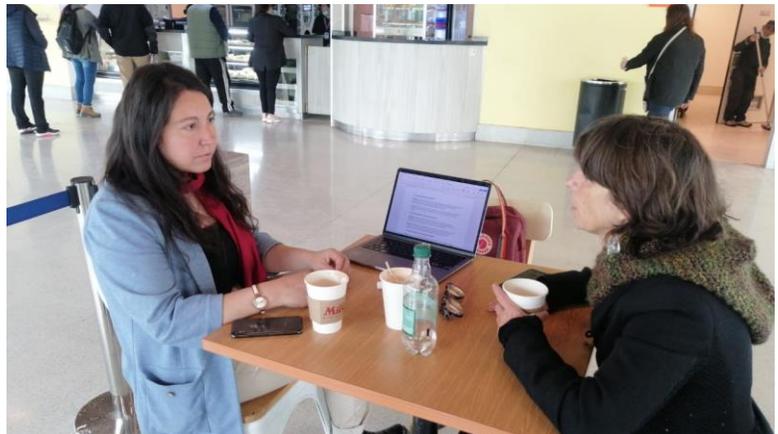
- De Elejalde, R. (2021). Precios de los medicamentos en Chile: ¿Falta competencia o falta información?. *Observatorio Económico*, (163), 2–4. <https://doi.org/10.11565/oe.vi163.437>
- Douglas Lind. William Marchal. The McGraw-Hill. Estadística Aplicada a los negocios y la Economía. 15 edición
- Farley, P. J. (1986). Theories of the price and quantity of physician services. *Journal of Health Economics*, 5(4), 315–333. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(86\)90007-x](https://doi.org/10.1016/0167-6296(86)90007-x)
- Harrigan, S. (2020). PNS79 MONOPSONY BUYER: A CRITIQUE OF THE NATIONAL PHARMACEUTICAL PROGRAM PROPOSED FOR CANADA. *Value in Health*, 23, S297. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.04.1082>
- Herndon, J. B. (2002). Health insurer monopsony power: the all-or-none model. *Journal of Health Economics*, 21(2), 197–206. [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(01\)00117-5](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(01)00117-5)
- Kaplinsky, H. (2019). *Globalization, poverty and inequality: Between a rock and a hard place*. Polity Press.
- Malaviya, S., Shajarizadeh, A., & Tremblay, G. (2023). HPR129 Is Cost-Effectiveness Analysis a Tool to Exercise Value-Based Pricing or Monopsony Power? Evidence from Canada and Other Countries. *Value in Health*, 26(6), S234. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2023.03.1275>
- Marshall, A. (1920). *Principles of economics* (8th ed.). London: Macmillan.
- Nathan, D. (2021). From monopoly to monopsony capitalism. *Indian Journal of Labour Economics*, 64(4), 843–866. <https://doi.org/10.1007/s41027-021-00350-w>
- Rikap, C. (2019). Asymmetric Power of the Core: Technological Cooperation and Technological Competition in the Transnational Innovation Networks of Big Pharma. *Review of International Political Economy*, 26(5), 987–1021. <https://doi.org/10.1080/09692290.2019.1620309>
- Robinson, J. (1987). *The economics of the new world*. London: Macmillan
- Robinson, J. (1969). *Economic philosophy*. Macmillan
- Robinson, J. (1987). *Economic philosophy*. Macmillan.
- Shove, G. F., & Robinson, J. (1933). The economics of imperfect competition. *The Economic Journal*, 43(172), 657. <https://doi.org/10.2307/2224510>
- Pigou, A. C. (1920). *The economics of welfare*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA06951880>
- Wills, A., & Mitha, A. (2023). Financial Characteristics of Outcomes-Based Agreements: What do Canadian Public Payers and Pharmaceutical Manufacturers Prefer? *Value in Health*, 27(3), 340–346. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2023.12.011>

CRISTINA GIRARDI: EL ROL DE LA MEDICINA CHINA EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO. Entrevista realizada por Loreto Espinoza T. (del Comité Editorial de la revista)

Visitamos a Cristina Girardi a la salida de su consulta en el Hospital Félix Bulnes en la comuna de Cerro Navia donde atiende pacientes derivados de otras especialidades en su área en medicina china título logrado luego de cuatro años de estudio.

Lore Espinoza: Sabemos que has tenido una larga trayectoria en la política, pero nos gustaría comenzar por entender tu viaje personal hacia la medicina china. ¿Qué te llevó a interesarte por esta disciplina y cómo ha impactado tu vida?

Cristina Girardi: Creo que siempre me ha interesado la medicina en general, como un viaje personal. Claro, a mí nunca se me ocurrió estudiar medicina. Transité por varios lados y siempre volví a la medicina. Cuando estudié antropología, por ejemplo, los temas que más me interesaban tenían que ver con el sistema de curación: cómo la gente conceptualiza el sistema de salud y el sistema de enfermedad. Todo lo que trabajé en la antropología tiene que ver con eso.



Cuando fui alcaldesa por Cerro Navia sucedió algo parecido. Fuimos la primera comuna en la Región Metropolitana en poner machi⁷¹ en los consultorios, algo que ya existía en Temuco, para vincularse con ese mundo. Para mí es un tema muy cercano.

A pesar de los conflictos o diferencias familiares, siempre me atrajo mucho la medicina, aunque no estaba dentro de mis opciones cuando era joven. Ya cuando tuve que cambiar de rumbo, al salir de la política, decidí estudiar medicina china, porque tampoco me interesaba el concepto de la medicina occidental actual, que fragmenta al individuo y pierde la posibilidad de una visión integral.

Creo que la medicina en Chile está muy cosificada, deshumanizada, y materialista. Por eso me acerqué a la medicina china (también por razones prácticas: a los 50 y tantos años, estudiar siete años de medicina occidental no era práctico). Entonces decidí estudiar medicina china. Se me abrió esa ventana y me fascinó completamente. Yo tenía alguna aproximación a los conceptos de yin y yang, pero siempre desde una perspectiva cartesiana, y fue un descubrimiento enorme, una apertura de mente incluso mayor que la antropología.

⁷¹ El machi es la figura central de la medicina mapuche, poseedor de sabiduría y poder curativo, además de ser el puente entre el mundo espiritual y material.

En la medicina china, tienes que tratar de pensar como el otro, dejar de lado tu modelo de pensamiento o adaptarlo. No sé si uno puede dejarlo de lado completamente, pero sí se te abre una forma distinta de mirar el mundo y al ser humano en su contexto. Las posibilidades de tratamiento de las patologías son exponenciales. La medicina china así como otras medicinas complementarias pueden tratar cosas que la medicina occidental no logra, porque ellas ofrecen una perspectiva muy amplia. Las posibilidades de asociación y vinculación en la medicina china son infinitas. Aunque es muy compleja, precisamente eso permite ver muchas más opciones y ampliar el pensamiento.

Lore Espinoza: *Super. Entonces, a partir de tu experiencia, ¿qué es lo que más te ha cautivado de la medicina china y por qué consideras que es importante promoverla en el contexto de la salud pública?*

Cristina Girardi: Como lo mencioné antes, la medicina en Chile está marcada por la división y la hiper especialización que no permite ver el contexto. Cuando dejas de ver el contexto, pierdes sentido y no logras entender ni abarcar la dimensión del problema. Además, la medicina en Chile está cruzada por el negocio. Al igual que la educación: el propósito no es sanar o educar, sino otro, relacionado con el lucro. Esto desvirtúa la posibilidad de dedicarse propiamente a la salud y lleva a altos niveles de medicación de la población, generando una sociedad más enferma de lo que era originalmente. El concepto de salud en Chile está muy distorsionado por el mismo sistema.

Desde cuando estaba en la política, he insistido en que es necesario cambiar el modelo y no lo vamos a cambiar de la forma en que lo estamos haciendo. La medicina china es un instrumento potente para demostrarle al sistema que existen otras posibilidades y que la gente efectivamente puede sanar. Por ejemplo, tengo una paciente en Macul con síndrome de Crest, una condición parecida al síndrome de Sjögren, donde las personas se van "secando" y tienen xerostomía (la lengua seca, la boca seca). El sistema le había dicho que no tenía cura, pero con la medicina china empezó a recuperarse lentamente. La medicina china no trata el síndrome como tal, sino las condiciones que manifiesta la persona, y la recuperación es sorprendente. Uno nunca trata a dos diabéticos de la misma manera; se debe ver a la persona con toda su fisiología y su contexto de vida.

Lo interesante es que la gente agradece mucho este enfoque, aquí en el hospital el discurso clásico de nuestros pacientes es "si no fuera por esto, no sé qué habría hecho". La gente se sorprende y agradece que haya una alternativa distinta, complementaria, que no elimina la medicina occidental, sino que la complementa. Las personas lentamente empiezan a integrar ambas medicinas. También hemos verificado que cuando el paciente regresa al médico tratante y le cuenta los logros obtenidos, se amplifica y difunde el programa, incluso aumentando la lista de espera porque lo hace cada vez más interesante para los médicos del sistema occidental.

Lore Espinoza: *Pensando más en el desarrollo del programa, tú tomaste la decisión de impulsar el programa que están realizando aquí en el hospital Félix Bulnes. ¿Qué te motivó a apostar por este proyecto? ¿Cuáles fueron los principales desafíos y logros en su implementación?*

Cristina Girardi: Insertar esta práctica en un hospital o un consultorio es muy difícil sin una conexión interna. Yo tenía la ventaja de haber sido diputada cuando planteé este programa, y por eso me recibieron de una manera distinta, pero para quienes no tienen contactos, es prácticamente imposible. Casi todas las experiencias de medicinas complementarias se impulsan e instalan desde dentro del sistema, y mientras más alto sea el rango de quien las impulsa, más posibilidades hay de que se instalen.

En Macul, por ejemplo, cuando empecé en el consultorio, quien me recibió fue una enfermera, ella ya hacía medicina complementaria, pero no recibía recursos. Cuando llegó este programa, tuvo que recibir apoyo, aunque lo hacía por su cuenta, y con el tiempo el sistema empezó a comprar los insumos. Si hubiera sido un médico formado en acupuntura, habría tenido más posibilidades de conseguir recursos, porque en Chile todo funciona con la lógica del poder. Cuando llegamos al hospital Félix Bulnes, no teníamos pacientes ni derivaciones, pero poco a poco el programa empezó a crecer, los propios pacientes son los mejores difusores, y eso ha sido clave para que se vaya instalando como una alternativa válida.

Hemos implementado encuestas para evaluar el impacto, hemos visto que en la sexta sesión, el 100% de los pacientes reporta alguna mejoría, y el 80% reporta una reducción del dolor a menos de la mitad. Además, el 70% de los pacientes disminuye o deja los medicamentos, lo cual tiene un impacto tanto en el costo para el sistema de salud como para el propio paciente. El próximo desafío es realizar estudios de impacto del programa, tanto en los pacientes como en el hospital.

Lore Espinoza: *Perfecto. ¿Qué diferencias han notado en la calidad de vida de las personas que se han atendido en este programa? ¿Cómo impacta esta atención no solo en el tratamiento del dolor, sino en el bienestar general?*

Cristina Girardi: Hacemos encuestas al final de las sesiones para evaluar cómo era el estado de salud antes y después de la terapia, y preguntamos sobre la calidad de vida. La mejora es sustantiva; la gente llega con un estado de salud bajo y luego evalúan su salud como mucho mejor. Además, les preguntamos qué otras cosas resolvió o ayudó a resolver la terapia, más allá del motivo inicial de la consulta. Por ejemplo, alguien que vino por dolor de rodilla puede mencionar que también mejoró la angustia, el sueño o la acidez. En la medicina china, tratamos al paciente como un todo, no solo el síntoma.

La parte emocional es parte del sistema físico y biológico. La emoción no es algo separado, se arraiga en el sistema biológico. Como dicen los chinos, el "shen" (la mente) reside en el corazón y se ancla en la sangre, así que tienes que ver cómo está la sangre. Si veo una lengua pálida, sé que la persona puede tener dificultades para dormir o crisis de pánico. La medicina china no trata solo la crisis de pánico, sino la raíz del problema.

Lore Espinoza: *Respecto a la expansión de este programa y a la integración en la red de salud pública, en un escenario ideal, ¿cómo te imaginas la integración de la medicina china en la red de salud pública en Chile?*

Cristina Girardi: Creo que las medicinas complementarias deberían estar en la atención primaria de salud (APS), porque es el primer eslabón y permite evitar que se desarrollen

problemas más graves. Además, estas medicinas cumplen un rol educativo muy importante, ya que el paciente tiene que ser consciente de su cuerpo y hacerse responsable. La medicina occidental te da una pastilla, pero no siempre es suficiente. La medicina china promueve el cambio de patrones de conducta, y el terapeuta juega un rol clave en ese proceso.

En Chile no se hace medicina preventiva; todos los consultorios están atendiendo urgencias. Con la medicina china, tienes la ventaja de pasar 45 minutos con el paciente, lo cual permite incorporar información valiosa que de otra manera no lograrías. También creo que debería haber medicinas complementarias en los hospitales. Muchos de nuestros pacientes han evitado cirugías gracias al tratamiento del dolor con medicina china, lo cual ayuda a reducir las listas de espera.

Lore Espinoza: *¿Es como darle una vuelta al sistema y repensarlo completamente respecto al sistema de salud pública?*

Cristina Girardi: Exactamente. Hay muchas posibilidades de integrar estas medicinas y contribuir a que el sistema funcione mejor. Lo importante no es solo tener infraestructura, sino resolver los problemas reales de la gente. Hoy día en la salud privada, mientras más plata tienes, más medicamentos y operaciones te asignan, pero eso no significa que tengas mejor calidad de vida.

Lore Espinoza: *...Claro, y eso no quiere decir que se sane completamente.*

Cristina Girardi: Exactamente. Hay muchas formas de resolver las patologías de manera distinta. Por eso es tan importante generar estudios sobre programas como este. La doctora Sole Gutiérrez, que está a cargo del programa de medicinas complementarias en el Sótero del Río, ha logrado sistematizar la información y demostrar el impacto positivo que tiene en los pacientes y en el sistema de salud.

Lore Espinoza: *¿Cómo visualizas un proceso de derivación de personas desde la APS o desde los mismos especialistas a estos programas?*

Cristina Girardi: Actualmente, los especialistas del hospital son quienes nos derivan los pacientes: neurología, reumatología, paliativos. También logramos que se aceptara la derivación desde los consultorios de Cerro Navia, ya que el hospital está inserto en esa comuna. Fui a hablar con el alcalde y le propuse que el hospital aceptara derivar pacientes con patología del dolor. Además, tuvimos una reunión con la directora del servicio de salud occidental, Daniella Greibe Kohn, y el acuerdo es armar un centro de medicinas complementarias en el hospital viejo Félix Bulnes para atender a toda la zona occidente. Sería espectacular si logramos concretarlo.

Lore Espinoza: *Qué lindo sería!*

Cristina Girardi: Sí, sería increíble. La mayor cantidad de pacientes que tenemos son derivados de oncología y paliativos, porque tienen un contacto más permanente con los pacientes y eso facilita la derivación. Fisiatría también nos deriva pacientes, especialmente cuando no logran resolver el dolor. Queremos seguir explorando y ampliando el programa cada vez más.

Lore Espinoza: *Reflexionando hacia el futuro, ¿qué barreras debemos superar para lograr una mayor aceptación y expansión de estos programas?*

Cristina Girardi: La primera barrera era la falta de una política clara sobre medicinas complementarias, que por fin se firmó recientemente. Ahora, la clave es que las autoridades implementen esa política y no quede guardada en un cajón. La urgencia en la salud pública hace que sea difícil mirar más allá de los problemas inmediatos, pero necesitamos que las autoridades se den cuenta del impacto que pueden tener estos programas y se comprometan a llevarlos adelante.

Además, necesitamos estudios que demuestren el impacto de estos programas no solo en los pacientes, sino en el sistema de salud en general. El costo-beneficio puede ser mucho mayor si se logra integrar la medicina complementaria adecuadamente. El desafío es mirar más allá de la urgencia y pensar en soluciones a largo plazo. También necesitamos apoyo en términos de formación y recursos. Hay experiencias valiosas en otros hospitales y consultorios, y necesitamos sistematizar y aprender de esas experiencias.



Lore Espinoza: *Claro, y creo que también mencionaste el aspecto educativo, no solo en el sistema de salud, sino también en el sistema educacional. ¿Podrías hablar un poco más sobre esa conexión?*

Cristina Girardi: Sí, exactamente. Nosotros organizamos un webinar a principios de este año donde invitamos a personas del Hospital Salvador, del Sótero del Río, y de otras experiencias para hablar de medicinas complementarias tanto en educación como en salud. La conclusión fue clara: no solo necesitamos implementar estas prácticas en salud, sino también en el ámbito educativo. Hoy día tenemos una crisis de salud mental en las escuelas, tanto en niños como en profesores, y nadie sabe cómo abordarla. El nivel de problemática en las escuelas es enorme, y creo que las medicinas complementarias pueden jugar un rol fundamental en abordar estos problemas.

Jaime Cataldo, ministro de Educación, conoce muy bien esta problemática porque trabajó en la ley que prohíbe que las escuelas obliguen a los niños a medicarse. Esa ley se aprobó cuando él era asesor, y conoce los impactos que puede tener en el sistema. Muchas veces se promueve la medicación en lugar de un tratamiento integral, y eso es un problema. Por eso es tan importante no solo integrar medicinas complementarias en el sistema de salud, sino también en el sistema educativo.

Lore Espinoza: *Es cierto, y creo que tiene mucho sentido en el contexto de lo que estamos viviendo hoy.*

Cristina Girardi: Sí, definitivamente. La situación en Chile con la medicación de niños es muy preocupante. Se les da medicación psiquiátrica a niños muy pequeños, y eso no solo vulnera sus derechos, sino que también tiene efectos adversos graves. En otros países, la guía clínica es muy clara: no se debe medicar a niños menores de seis años, y siempre debe haber acompañamiento terapéutico. En Chile, eso no se cumple. Es una situación muy crítica, y necesitamos cambiar la forma en que estamos abordando estos problemas.

Lore Espinoza: *Definitivamente. Muchas gracias, Cristina, por compartirnos tu experiencia y tu visión. Creo que hay mucho por hacer, pero es muy valioso escuchar de iniciativas como esta que realmente pueden hacer una diferencia.*

Cristina Girardi: Gracias a ustedes por el espacio. Creo que si no cambiamos la manera en que miramos la salud, nunca vamos a resolver los problemas que tenemos. La medicina china y otras medicinas complementarias nos ofrecen una oportunidad para dar ese giro necesario.

RESEÑA: Carlos Gúida, Nicole Lobos y Osvaldo Artaza (2024). SALUD Y COMUNICACIÓN: DIÁLOGOS DESDE LA COMUNIDAD HACIA LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL. Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de Universidad de Las Américas (UDLA). (346 páginas). Acceso libre en <https://www.udla.cl/descargas/salud-sociales/Libro-Salud-comunicacion.pdf>

Carlos Gúida, Nicole Lobos y Osvaldo Artaza son compiladores y autores del libro *Salud y comunicación: Diálogos desde la comunidad hacia la transformación social*, siendo la segunda obra que publican en conjunto. Y lo hacen desde el Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas (UDLA).

La obra integra en sus 346 páginas una serie de textos relacionados al campo de la salud y la comunicación comunitaria, siendo de las escasas producciones en la materia en el continente americano. La idea de publicar estos textos surge ante la diversidad y riqueza de las ponencias presentadas a fines del año 2022, posterior a las terceras jornadas de actualización en salud comunitaria, desarrolladas presencialmente en el campus Santiago Centro de la UDLA y de un conversatorio posterior, en modalidad virtual.

Situados los compiladores en un Chile que buscaba (y busca) cambios en el sistema de atención a la salud, así como en las modalidades de cuidado social orientadas a la población, ya en la fase final de la emergencia por pandemia.

Las ponencias revisadas por las propias personas autoras y en algunos casos por sus equipos de pertenencia, fueron editadas durante un período de un año por el equipo



**Salud y Comunicación:
Diálogos desde la Comunidad
hacia la Transformación Social**

Compiladores
CARLOS GÚIDA LESKEVICIUS
NICOLE LOBOS-VILLATORO
OSVALDO ARTAZA BARRIOS

equipos de pertenencia, fueron editadas durante un período de un año por el equipo

compilador. En definitiva, el libro reúne catorce capítulos que se ubican desde diferentes perspectivas de análisis: de espacios académicos, de la sociedad civil organizada, de la cooperación internacional, de equipos de salud. A su vez, tanto las palabras de apertura del decano Osvaldo Artaza, como los prólogos a cargo del director del Programa de Intervención Comunitaria de UDLA, Andrés Santana, y del director del Instituto de Salud Pública de la Universidad Federal Fluminense, Túlio Batista Franco nos invitan a una profunda reflexión sobre la comunicación comunitaria y la transformación social.

La Sección 1 aborda la comunicación comunitaria como herramienta de la construcción social de la salud, donde se debaten temas muy ricos en el mundo de las prácticas populares en salud, herramientas para el uso eficiente de la comunicación, y la integración de la comunicación intra e interpersonal para el buen vivir. Se trata de temas fundamentales para comprender las cuestiones involucradas en la comunicación en salud, especialmente para quienes están involucrados diariamente en proyectos de comunicación con las comunidades.

Juan Carlos Gómez Tobar nos plantea la relevancia de la comunicación comunitaria para la construcción de la salud, colocando énfasis en el papel de los activos en salud y en el cambio social. Por su parte, José Miguel Labrín Elgueta, reflexiona desde la comunicación estratégica para el cambio social, al ubicarse en la planificación efectiva de campañas de salud y analizando la multidireccionalidad de las campañas de comunicación en salud. Aporta Eva Débia Oyarzún desde su capítulo, para pensar en las claves para un buen vivir, al integrar la comunicación intrapersonal e interpersonal y apelando al concepto de inteligencia emocional.

Ya la Sección 2, reúne textos en torno a las interfaces entre la atención primaria en salud y las organizaciones sociales, en encuentros posibles entre la comunicación comunitaria, la promoción de la salud y el desarrollo sostenible.

María Begoña Yarza nos explica que el cambio en la relación persona-comunidad-instituciones de salud es el elemento más transformador de un sistema universal de salud, afirmando que el desarrollo de la comunicación social ha estado debilitado durante décadas, debido a una escasa reflexión práctica y teórica desde el campo de la salud pública y basada en un enfoque informativo tradicional de comunicación: vertical, unidireccional y muchas veces impositivo. De su parte, Sebastián Jirón aporta a comprender la participación social y comunicación comunitaria haciéndolo desde la experiencia en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Y sostiene que la comunicación comunitaria es, pues, causa y efecto para buscar recursos y oportunidades en el territorio, a la vez que nos induce a profundizar en la comunicación multicanal. Desde la Comuna de San Joaquín, Carla Nauto nos invita a conocer la experiencia del equipo de Promoción y Participación de la Salud del CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, el cual asumió tempranamente el desafío que suponía el uso de las TICs, en tiempos de pandemia. El teletriage desde la comunicación comunitaria resulta una estrategia en revisión, la que merece especial consideración para la estrategia de APS.

Oswaldo Artaza desde su capítulo Comunicación en Salud recorre diversos aspectos conceptuales en este campo, desde distintos escenarios y siempre vinculando las relaciones entre personas, comunidades y el sistema de atención en salud. Mientras, Carlos Güida se sumerge en las relaciones entre las posibilidades de generar resonancia comunitaria, de promover la búsqueda del reconocimiento individual y colectivo y de visualizar las necesidades humanas fundamentales en villa San Luis IV, en la comuna de Maipú de la Región Metropolitana de Santiago. Ello, desde una experiencia pedagógica territorial de la línea de intervención comunitaria que apunta al generar cine comunitario.

El libro "Salud y Comunicación: Diálogos desde la Comunidad hacia la Transformación Social" nos brinda a través de la Sección 3 una mirada latinoamericana de la comunicación comunitaria en salud. Desde la acción de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se cuenta con el aporte de Zulay Meléndez, Fabrizio Méndez y Santiago Soto. Los autores despliegan una síntesis de las acciones de comunicación en torno a las medidas no farmacológicas desarrolladas por distintos actores y sus comunidades, en particular en lo referente a la adaptación de las recomendaciones para grupos en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19 y los desafíos encontrados en seis países de América Latina. Entre ellos, la exclusión de importantes colectivos en las comunicaciones en salud durante la pandemia.

Desde Argentina, la Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM) desarrolla distintos aspectos de la trayectoria en la lucha contra el estigma y la discriminación en el campo de la salud mental. Las autoras Mercedes Cáceres y Guadalupe Granja actualizan las experiencias de comunicación vinculadas a la promoción de derechos en salud mental. Incluyen desde la organización de eventos públicos para la difusión de derechos hasta la elaboración de materiales de difusión, alcanzando finalmente conclusiones de interés para otras experiencias de los países de la comunidad americana.

Desde Venezuela, Iván Zambrano recoge el recorrido de la Asociación Nacional de Salas de Arte Cinematográfica Circuito Gran Cine. En su trabajo, enmarcado en el proyecto de OPS ya mencionado, nos acercan al uso del cine como herramienta de formación a partir de actividades de entretenimiento y del aprovechamiento de la potencialidad para mover las emociones, para acercar así a los espectadores a temas considerados difíciles de abordar. El proyecto "Comunicando medidas para cuidarnos" desarrollado en barrios de Caracas, estuvo basado en un proceso de diálogo en sintonía con los aportes de la comunicación para el desarrollo, a través de la cual se estimula y potencia la capacidad de la comunidad para el manejo y comprensión de las orientaciones de la guía de la Organización Panamericana de la Salud. El autor y miembro de Gran Cine nos deja una colección de proyectos que han realizado durante las últimas décadas, de lo cual hay mucho que aprender.

Desde Chile, el autor Marcelo Fagalde nos remite al período post estallido social del año 2019, y los procesos de "desmonumentalización". Recurre a importantes filósofos, al psicoanálisis y a los conceptos que colocan a la salud en relación con lo monumental.

Luiz Guilherme Vergara nos aporta desde Brasil, para colocar en primer plano las crisis sociales e institucionales, para realizar una lectura decolonial, apostando al pragmatismo utópico. Nos conduce a la genealogía del arte como instrumento de síntesis y transformación vital y social. Vergara aporta con la presentación de casos de grupos de investigación Y'nterfluxes contemporáneos actualizados de arte-comunidad-naturaleza, desde los Estudios Contemporáneos de las Artes de la Universidad Federal Fluminense.

Y nuevamente desde tierras chilenas, Nicole Lobos – Villatoro nos invita a pensar la comunicación comunitaria como emergente de lo popular y con el fin de promover la transformación social y el desarrollo comunitario, colocando en el centro *lo común* que emerge del diálogo colectivo, dejando planteado el desafío de pensar la comunicación comunitaria desde una perspectiva salutogénica, la que nos puede conducir a la formación de activos.

En definitiva, estamos ante una obra que conduce al análisis de la comunicación en las comunidades con toda la complejidad que se despliega en los capítulos que constituyen esta obra. La comunicación comunitaria en salud aún es un campo incipiente de reflexión académica, pero sin dudas es imprescindible si se proyectan cambios orientados al bienestar de personas, familias y colectivos. Este libro renueva la utopía de una construcción con las comunidades del bien común y de la imprescindible potencialidad de comunicarse.

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

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

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

2) La revista cuatrimestral, cuyo primer número apareció en septiembre 2023, 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. APROB dispone de una comisión evaluadora de textos con miembros de APROB y evaluadores externos, lo que permite evaluar de manera más objetiva las propuestas recibidas para decidir acerca de su publicación.

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

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

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 Urbina (editor general)

Magister en Economía Pública y Planificación. Universidad de Paris X, Francia. Ha sido jefe Departamento de Estudios Minsal; Director de Planeamiento Institucional Fonasa. Funcionario a contrata P-3 en Cepal División de Estadísticas Económicas y Sociales; Coordinador académico y profesor del Diplomado anual Economía y Salud (Flacso, Cepal, OPS) entre 2006 y 2016. Recientemente, Consultor Banco Mundial, Subsidios de Incapacidad Laboral (2024); Consultor: Purchasing instruments to strengthen quality health services for chronic illnesses; case study for Chile. OCDE Paris. (sept 2022-marzo 2023); Consultor OPS "estudio nacional de costos relacionados con tuberculosis en Chile" (2022).

Actualmente, Profesor en el diplomado de Gestión de Establecimientos de salud U. de Santiago de Chile; Consejero Cenabast ley No 21.198; Presidente de APROB.

Loreto Espinoza Tellería.

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

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

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

Carolina Guerra Fuentes

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

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

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

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

José Leandro Urbina

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

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

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

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

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

PUBLICACIONES Y ACTIVIDADES DE APROB



En octubre 2024 apareció la revista del Colegio Médico de Chile, Cuadernos Médico sociales Vol. 64 Núm. 3 (2024)

Este número conmemoró los 100 años de salubridad en Chile con la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, precursor del actual Ministerio de Salud

Enlace directo:

<https://cuadernosms.cl/index.php/cms/issue/current>

En este número se publica el artículo:

“Nuevo desafío del MINSAL a 100 Años de su creación: el sistema de cuidados de largo plazo para personas mayores”

de Rafael Urriola Urbina, presidente de APROB.



PROYECTO MEDICIÓN DE BIENESTAR SUBJETIVO

En noviembre 2024 el equipo APROB (Carolina Guerra, Loreto Espinoza y Rafael Urriola) se reunió con autoridades de la UAHC: de las facultades de ciencias sociales, de salud y de la vicerrectoría de investigaciones para preparar el proyecto de medición de bienestar que se presentó en un taller el 16 de diciembre (foto). En enero 2025 se examinarán los asuntos metodológicos y operativos en un segundo taller.



//////////

3.11.2024. APROB participó en la convocatoria de la Asociación Brasileña de la Salud auspiciada por la OPS para las asociaciones de economía de la salud (AES) de ALC.

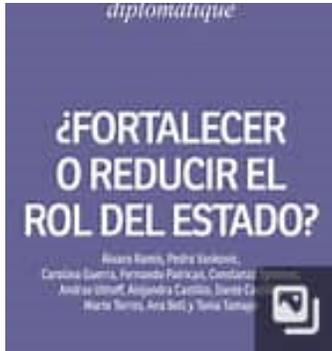
El objetivo de la reunión fue identificar los temas destacados en Economía de la Salud en la actualidad para debates posteriores, a través de los relatos de los participantes sobre las principales agendas de investigación y desafíos en sus respectivos países.

Cada Asociación dispuso de 10 minutos para su exposición. APROB fue aceptada, pese a no ser AES, porque se estimó que la perspectiva de bienestar es relevante.

Representaron a APROB en esta reunión, Rafael Urriola, Presidente y Germán González, miembro del equipo Personas Mayores y Bienestar.

//////////

Libro del mes (octubre 2024) de Le Monde Diplomatique: ¿FORTALECER O REDUCIR EL ROL DEL ESTADO?



Con textos de Álvaro Ramis, Pedro Vuskovic, **Carolina Guerra (APROB)**, Fernando Pairican, Constanza Symmes, Andras Uthoff, Alejandra Castillo, Dante Castillo, Mario Torres, Ana Bell y Tania Tamayo.

<https://editorialauncreemos.cl/producto/fortalecer-o-reducir-el-rol-del-estado-edicion-digital/>

CONVENIO CON PUBLICACIÓN DIGITAL DESENFQUE.CL



APROB, según convenio, ha entregado semanalmente a Desenfque.cl columnas de opinión

Además de las publicaciones institucionales, las cuales han sido reproducidas en la página institucional de Desenfque. Por esta vía se entregan opiniones coyunturales de los miembros, asociados y amigos de APROB.

Aprob: ¿Cuánto incidirá el alza de la electricidad en la inflación de enero?

© 07/12/2024

Si bien, se redujo la inflación con respecto a años anteriores en 2024 no se podrá alcanzar la meta de 4% alcanzando a un valor

//////////

CONTINÚA PUBLICÁNDOSE EL BOLETÍN MENSUAL DE PRECIOS Y COYUNTURA DE APROB



Boletín de precios y coyuntura
Diciembre 2024

Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB) www.aprobenestar.cl
mail: contacto@aprobenestar.cl

En esta entrega del Boletín de precios y coyuntura de APROB¹ se abordan sucintamente temas relacionados con la evolución de los precios y la coyuntura. Específicamente, se reporta: i) un resumen y comentarios de las cifras del IPC difundidas por el INE correspondientes al mes de noviembre 2024; ii) persisten dudas sobre el impacto de la coyuntura internacional sobre la economía chilena; iii) expectativas de inflación para Chile se reducen en 2025 y 2026; iv) nueva alza en las cuentas de la luz llegará a alrededor de 10% en enero del 2025; v) ¿cual será el impacto de la Reforma tributaria?.

Solicite suscripción gratuita a contacto@aprobenestar.cl