

SISTEMAS DE SALUD Y BIENESTAR COLECTIVO

ENERO - ABRIL 2026

Fuente imagen: Elaboración propia en base al número editorial, con uso de IA.

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y LA NECESIDAD DE POLÍTICAS CON ENFOQUE DE DERECHOS. Carolina Guerra Fuentes.

INDICADORES PARA EVALUAR LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CHILE DESDE UN MARCO DE BIENESTAR: UNA PROPUESTA PRELIMINAR. Rafael Urriola U. – Julio Sarmiento M.

EL AGRESTE CAMINO DEL DERECHO AL ABORTO EN CHILE Maité Albagly Giroux

INNOVACIÓN SOCIAL PARA LA ATENCIÓN
PRIMARIA: EXPERIENCIA DE LA
PLATAFORMA TERRITORIAL
DESARROLLADA POR UNA UNIVERSIDAD
PÚBLICA REGIONAL EN CHILE. V. García; P.
Reyes; A. Olivi; F. Serrano y A. Veloz.

DEL DISCURSO CIUDADANO A LA POLÍTICA PÚBLICA: LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA LEY INTEGRAL DE SALUD MENTAL Tatiana Puebla Núñez

REVISTA No 8 de enero-abril de 2026
Click en la página para ir al artículo

INDICE

PRESENTACIÓN	<u>p.1</u>
EDITORIAL	<u>p.3</u>
En este número colaboraron como autores	<u>p.5</u>
Comité editorial de esta Revista	<u>p.7</u>
INDICADORES PARA EVALUAR LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CHILE DESDE UN MARCO DE BIENESTAR: UNA PROPUESTA PRELIMINAR. R. Urriola–J. Sarmiento.	<u>p.9</u>
DEL DISCURSO CIUDADANO A LA POLÍTICA PÚBLICA: LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA LEY INTEGRAL DE SALUD MENTAL Tatiana Puebla Núñez	<u>p. 24</u>
INNOVACIÓN SOCIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA DE LA PLATAFORMA TERRITORIAL SISTAM DESARROLLADA POR UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA REGIONAL EN CHILE. V. García; P. Reyes; A. Olivi; F. Serrano y A Veloz.	<u>p. 33</u>
P ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y LA NECESIDAD DE POLÍTICAS CON ENFOQUE DE DERECHOS. Carolina Guerra	<u>p. 40</u>
EL AGRESTE CAMINO DEL DERECHO AL ABORTO EN CHILE Maité Albagly Giroux	<u>p. 53</u>
INFORME DE CHINA DE 2025 SOBRE SALUD Y CAMBIO CLIMÁTICO: EMPODERAR A LAS CIUDADES PARA UNA ACCIÓN SINÉRGICA. Prof. Wenjia Cai, Chi Zhang, Shihui Zhang, Yuqi Bai, Bin Chen, Jifei Chen, et al.	<u>p.62</u>
RESEÑA “SISTEMA DE SALUD Y UTILIZACIÓN HOSPITALARIA EN CHILE, 1952-2020” de Mauricio Matus-López	<u>p.70</u>
ACTIVIDADES DE APROB	<u>p.73</u>
INVITACIÓN A PARTICIPAR CON ARTÍCULOS	<u>p.75</u>
COMO APORTAR A APROB	<u>p.76</u>

PRESENTACIÓN

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

APROB es una Corporación chilena 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. Inscrita en el registro de receptores de fondos Públicos y donaciones. Puede comunicarse a través del mail contacto@aprobienestar.cl

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

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

La Revista catalogada como indizada es de completa independencia editorial y sigue los procedimientos y criterios académicos habituales, incluida la revisión de sus artículos por especialistas internos y externos. El objetivo de la publicación es exponer casos, experiencias, metodologías, conceptos o teorías que ayuden a identificar los ámbitos para mejorar la calidad y la eficiencia en las prestaciones de salud y, por tanto, mejorar el bienestar de los usuarios. En esta medida, se podrán identificar indicadores relevantes en la perspectiva de mediciones de bienestar que incluya otros sectores, desde luego, la economía y el medio ambiente.

La publicación se distribuye a profesionales y trabajadores de la salud, universidades, institutos de investigación y otras organizaciones vinculadas a consumidores y usuarios, especialmente las relacionadas con la salud. Asimismo, se distribuye a instituciones y profesionales vinculadas a la economía de la salud de diversos países.

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

El Director-editor de la Revista es Rafael Urriola U. complementado por un Comité Editorial compuesto, además, por Loreto Espinoza, Carolina Guerra, Julio Sarmiento y José Leandro Urbina. La portada fue diseñada por Loreto Espinoza.

El texto completo de esta Revista y los números anteriores puede obtenerse también en la página web de APROB: www.aprobienestar.cl en forma gratuita.

Esta publicación debe citarse como: Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB). Revista Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo No 8. Santiago, enero de 2026. (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 2026

EDITORIAL

Antes que nada, deseamos a todos nuestros amig@s y lectores lo mejor para 2026. Hemos llegado a este tercer año de APROB con renovadas energías. Nuestro objetivo de aportar con definiciones conceptuales, teóricas y de políticas públicas relacionadas con el **BIENESTAR** se están cumpliendo poco a poco. En el área economía hemos probado modelos que muy prontamente nos permitirán mostrar las variables centrales para un indicador general de Bienestar en este ámbito. Asimismo, en el transcurso del año mostraremos indicadores que relacionan bienestar con medio ambiente y disposición territorial. En este mismo número se entrega una propuesta de modelización para evaluar la APS en una perspectiva de Bienestar.

Los artículos de este número están dedicados totalmente a temas de salud que tienen su eje en la Atención Primaria de Salud (APS) alineándose de esta manera con las prioridades internacionales y con la reforma de salud en curso en Chile. Justamente, el artículo de Urriola y Sarmiento proponen un marco metodológico y conceptual para medir bienestar en salud ejemplificados con una propuesta preliminar para medir el desempeño en esta perspectiva en la APS. Dificultades relacionadas con la producción oportuna y confiable de estadísticas por parte del Estado retardan la posibilidad de medir el desempeño. Esto, seguramente, tendrá que mejorar en el futuro inmediato porque es parte fundamental de la eficiencia y gobernanza que permitirá medir el funcionamiento sectorial y así poder mejorar su eficiencia.

En efecto, sin oportunidad y sistematización periódica de las estadísticas sanitarias no se puede asegurar que las cosas estén mejorando o empeorando. De cualquier manera, APROB está desarrollando otras maneras de evaluar el desempeño sectorial. No basta con declarar que se quiere reducir, por ejemplo, las listas de espera. Hay que mostrar indicadores relevantes con estadísticas confiables. El gobierno que asumirá en marzo tiene una responsabilidad central en esta dirección.

Asimismo, el artículo del equipo de Gerópolis de la Universidad de Valparaíso entrega antecedentes y metodologías para mejorar la eficiencia en la gestión de listas de espera en la APS. De su parte, el artículo de Tatiana Puebla destaca la importancia de la participación en los desempeños de los sistemas de salud. La salud exige un aporte comunitario para potenciar eficiencia. Muchos de los problemas que se agravan - pudiendo evitarse- se refieren a la escasa promoción, participación y seguimiento de los problemas de la gente. Esto requiere una transformación en las maneras de “hacer salud”.

Un debate muy antiguo, que concierne especial -aunque no exclusivamente- a las mujeres, se refiere al derecho al aborto para quienes lo necesitan y desean. Como ha pasado desde siempre en Chile, como muestra el artículo de M. Albagly, posiciones profundamente ideologizadas tienden a buscar retrocesos importantes en estos derechos perjudicando especialmente a las mujeres.

Deberemos discutir en próximos números acerca de la baja de la tasa de natalidad en Chile a lo cual le hemos dedicado varios artículos en revistas anteriores. Hay múltiples razones para que los jóvenes posterguen sus decisiones de tener hijos. No cabe duda, que todo se resume en un sistema general muy desigual y que impide asegurar paternidades responsables. Incertidumbres laborales, precariedad en el apoyo a cuidados en guarderías y salas cunas, ingresos muy ajustados para pensar en contratar personal de apoyo en caso de enfermedad del hijo (a), insuficiencia de apoyos familiares por la reducción de los núcleos de hogar. Y ¿por qué no decirlo? Los jóvenes, especialmente las mujeres jóvenes que terminan asumiendo ese cuidado hogareño, también quieren desarrollarse socialmente, ejerciendo profesiones, participando socialmente y no sólo dedicarse a cuidar hijos.

Las familias pudientes les cuesta comprender esto porque les es difícil reconocer que en sus hogares suelen haber trabajadoras que les permiten cómodamente que otros hagan el trabajo de cuidado infantil.

Asimismo, relevar y discutir acerca de una sociedad de cuidados que debe incorporar diferentes aspectos de las políticas públicas para evitar la segregación y el edadismo contra las personas mayores como lo señala el artículo de C. Guerra será una prioridad de APROB en 2026.

El año que entramos (2026) es extremadamente crítico para la salud. Se ha centrado el foco más bien en reducir personal y gastos más que en precisiones acerca de cómo se resolverán los problemas, en particular, las listas de espera. APROB considera que la provisión pública o privada de servicios de salud no es un tema ideológico inmutable pero debe evaluarse los costos (y eficiencia de mediano plazo) de una u otra modalidad en cada caso. Esto deberá precisarse con claridad para evitar soluciones ideológicas que pueden resultar muy onerosas.

Comité Editorial

EN ESTE NUMERO 8 PARTICIPARON COMO AUTORES

Maite Albagly Giroux, Economista y jurista, ex secretaria general de Planning Familiar en Francia y experta género de la Comisión Europea. También es miembro de Comunidad Mujer, una organización que reúne a 200 mujeres líderes en Chile. Su área de especialización es la cuestión de género, especialmente las violencias de género y la salud sexual y reproductiva.

Viviana García Ubillo. Directora Ejecutiva Centro Gerópolis UV. Fonoaudióloga, Magíster en Gerontología Social, Universidad de Valparaíso. Académica Adjunta de la Escuela de Fonoaudiología y Directora Centro Colaborador OPS/OMS en Ecosistemas Amigables con las Personas Mayores.

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

Alessandra Olivi. Doctora en Antropología Social, Universidad de Sevilla. Académica Adjunta Escuela de Sociología Universidad de Valparaíso. Directora Centro Colaborador OPS/OMS en Ecosistemas Amigables con las Personas Mayores.

Tatiana Puebla Núñez. Socióloga | Magíster en Gestión y Políticas Públicas. Analista Ministerio de Salud (MINSAL), Depto. Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, DIPOL (División de Políticas Públicas Saludables y Promoción).

Pablo Reyes Cabrera Director Alterno Centro Gerópolis UV. Doctor en Informática, Universidad du Maine, Francia. Profesor adjunto Esc. de Ingeniería Civil Biomédica Universidad de Valparaíso

Julio Sarmiento Machado. Médico Cirujano y Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile. Ha sido: Jefe de Salud de la Comuna de la Pintana. Director de la Carrera de Medicina de la Universidad de Alba. Director CESFAM Quinta Bella comuna de Recoleta.

Francisco Serrano Meléndez. Ingeniero Comercial. M.B.A en Gestión de Organizaciones, Universidad de Valparaíso. Diplomado de Políticas Públicas, Pontificia Universidad Católica de Chile. Académico Esc. de Tecnología Médica Universidad de Valparaíso.

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

Alejandro Veloz Baeza-Ingeniero Biomédico, Doctor en Ingeniería Informática Universidad Técnica Federico Santa María. Magíster en Ciencias de la Ingeniería, mención Ingeniería Informática. Académico Esc. de Ing. Civil Biomédica Univ. De Valparaíso

APROB AGRADECE LA PARTICIPACIÓN DE REVISORES DE ARTICULOS EN LA REVISTA

Alvaro Erazo. Médico. Ex ministro de Salud. Isabel de Ferrari. Decana de la Facultad de salud y buen vivir Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Eduardo Toro L.. Economista y especialista en derechos humanos y al equipo editorial que realiza regularmente esta actividad así como a los lectores que los propios autores convocan para estas colaboraciones.

COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

Rafael Urriola Urbina (editor general)

Magister en Economía Pública y Planificación. Universidad de Paris X, Francia. Ha sido jefe Departamento de Estudios Minsal; Director de Planeamiento Institucional Fonasa. Funcionario a contrata P-3 en Cepal División de Estadísticas Económicas y Sociales; Coordinador académico y profesor del Diplomado anual Economía y Salud (Flacso, Cepal, OPS) entre 2006 y 2016. Recientemente, Consultor Banco Mundial, Subsidios de Incapacidad Laboral (2024); Consultor: Purchasing instruments to strengthen quality health services for chronic illnesses; case study for Chile. OCDE Paris. (sept 2022-marzo 2023); Consultor OPS "estudio nacional de costos relacionados con tuberculosis en Chile" (2022). Consejero Cenabast ley No 21.198; Presidente de APROB.

Loreto Espinoza Tellería.

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

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

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

Carolina Guerra Fuentes

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

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

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

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

Julio Sarmiento Machado

Médico Cirujano y Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile. Ha sido: Jefe de Salud de la Comuna de la Pintana. Director de la Carrera de Medicina de la Universidad de Alba. Director CESFAM Quinta Bella comuna de Recoleta. Médico de Urgencias Hospital San Juan de Dios. Jefe Departamento de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud. Consultor OPS/OMS en Chile en Respuesta a Emergencia Hidrometeorológica de Atacama. Publicaciones: "La formación médica en la encrucijada. Diseño de estudio longitudinal cualitativo de Estudiantes de medicina en Chile." Libro de actas del CUICID 2021 con ISBN 978-84-09 31464-5. 2021 • "Emergencia Hidrometeorológica Región de Atacama; Respuesta Sectorial: Sistematización y aprendizajes desde la Experiencia" Departamento de Gestión de Riesgos en Emergencias y Desastres. Ministerio de Salud. 2015

José Leandro Urbina

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

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

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

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

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

INDICADORES PARA EVALUAR LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CHILE DESDE UN MARCO DE BIENESTAR: UNA PROPUESTA PRELIMINAR.

Rafael Urriola U.¹ – Julio Sarmiento M.^{2 3}

Indicators for Evaluating Primary Health Care in Chile from a Well-being Framework: A Preliminary Proposal.

RESUMEN EJECUTIVO

Este artículo propone y aplica un marco metodológico para evaluar el desempeño de la Atención Primaria de Salud (APS) en Chile desde la perspectiva del bienestar poblacional. Partiendo de una revisión conceptual que integra las dimensiones de universalidad, calidad, derechos garantizados, satisfacción usuaria y protección financiera, se desarrolla un enfoque inductivo. Esta metodología construye un tablero de indicadores al mapear y reorganizar las métricas operativas existentes del sistema (como las del IAAPS, SIGGES y PRAPS) bajo el marco de bienestar, sin inventar nuevos datos. La aplicación del modelo con información de 2021 revela un desempeño heterogéneo: mientras la satisfacción usuaria con el GES alcanza un 81% y la calidad proxy un 89%, persisten desafíos críticos en la cobertura real (50%), la efectividad en derechos garantizados (55,8%) y la protección financiera (68%). Estos resultados evidencian una paradoja: los usuarios que acceden al sistema reportan buena experiencia, pero las barreras de acceso masivas y las bajas coberturas efectivas constituyen un cuello de botella estructural. Esto genera un círculo vicioso que impacta la eficiencia, reflejándose en un 11% de hospitalizaciones evitables. Se concluye que mejorar el acceso es la palanca fundamental para desbloquear mejoras sistémicas. La viabilidad de este avance depende de una gobernanza robusta que priorice la transparencia, la generación de información pública homogénea y la adopción de instrumentos como la encuesta PaRIS de la OCDE, los cuales permitirían complementar los indicadores administrativos con la perspectiva de los pacientes y orientar las políticas hacia la maximización del bienestar.

ABSTRACT

This article proposes and applies a methodological framework to evaluate the performance of Primary Health Care (PHC) in Chile from a population well-being

¹ Master en Economía Pública y Planificación U. de Paris. Presidente APROB.

² Médico. Magister en Salud Pública. U. d Chile,

³ Los autores agradecen los valiosos comentarios de Nicolás Larraín quien, en todo caso, no es responsable de los errores que pudiese tener este texto.

perspective. Based on a conceptual review integrating the dimensions of universality, quality, guaranteed rights, user satisfaction, and financial protection, an inductive approach is developed. This methodology builds an indicator dashboard by mapping and reorganizing the system's existing operational metrics (such as those from IAAPS, SIGGES, and PRAPS) under the well-being framework, without inventing new data. Applying the model with 2021 information reveals heterogeneous performance: while user satisfaction with the GES reaches 81% and proxy quality 89%, critical challenges persist in real coverage (50%), effectiveness in guaranteed rights (55.8%), and financial protection (68%). These results show a paradox: users who access the system report a good experience, but massive access barriers and low effective coverage constitute a structural bottleneck. This creates a vicious cycle impacting efficiency, reflected in an 11% rate of avoidable hospitalizations. It is concluded that improving access is the fundamental lever for unlocking systemic improvements. The feasibility of this progress depends on robust governance that prioritizes transparency, the generation of homogeneous public information, and the adoption of instruments such as the OECD's PaRIS survey, which would allow complementing administrative indicators with the patient's perspective and steering policies toward maximizing well-being.

I. INTRODUCCIÓN

Hace algunos años que se ha enfatizado la necesidad de evaluar el desempeño de los sistemas de salud en los países producto de las necesidades crecientes y recursos escasos; la destinación de un alto porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) para su financiamiento; exigencias para priorizar áreas o patologías en la asignación de recursos; así como mejorar la gestión general de los sistemas de salud locales o nacionales. Las metodologías propuestas para estas evaluaciones también han sido numerosas y, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tienen un historial de documentos que han contribuido a medir mejor los sistemas de saludⁱⁱ. Con el tiempo se han acumulado conocimientos y conceptos que hoy confluyen en una definición holística de calidad en la provisión de servicios de salud.

A las ideas ya generalizadas de universalidad definidas por acceso, protección financiera y completitud (el cubo difundido por OMS en 2010ⁱⁱⁱ), se agrega un énfasis para calcular cuánto de la carga de enfermedad cubre el sistema o la llamada cobertura vertical (Urriola 2007^{iv} 47-53), así como algunas dimensiones adicionales como satisfacción usuaria (Urriola 2016^v); derechos garantizados en la ley 19.966 de 2005 en Chile y más recientemente, de manera sistemática se ha incorporado un ampliado concepto de calidad.

En efecto, el concepto de calidad empleado en Chile en la reforma de 2005 se refería esencialmente a la acreditación y certificación de los proveedores (ley 19.966). Esto se sostenía en las definiciones que prevalecían en la época (por ejemplo, LAC RSS 1997)^{vi} pero actualmente, el propio concepto tiene una multidimensionalidad más

compleja. La OMS^{vii} en 2025 define la calidad de la atención sanitaria (CAS) como: “...el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual”. Asimismo, estableció siete principales factores de medida para la CAS: Efectividad; Seguridad; Centrada en las personas; Oportunidad; Equidad; Integralidad y Eficiencia^{viii}. Estos factores, en todo caso, están presentes en otras dimensiones de la evaluación de la APS.

En cuanto a bienestar si bien, no hay una definición única y simple se ha optado por usar la siguiente^{ix}: el bienestar se refiere al estado general de salud y felicidad física, mental y emocional experimentado por un individuo. Implica una interacción dinámica entre factores físicos, psicológicos y sociales, contribuyendo al sentido general de prosperidad y florecimiento de los individuos en tanto entes sociales. La métrica que relaciona bienestar con salud, entonces, se refiere a los determinantes que, de una parte, favorecen (entorpecen) o aceleran (retardan) el aumento de la esperanza de vida y, de otra parte, que hacen más (menos) saludables los años ganados por la (in) eficiencia en: atención, soporte financiero o social.

En consecuencia, si se especifica, además, la universalidad como el acceso para todos a [todos] los servicios de salud, el sistema “ideal” (de máximo bienestar, aunque restringido al ámbito de la salud) quedaría definido por: un sistema universal⁴, con provisiones de calidad, derechos garantizados⁵, satisfacción usuaria y protección financiera. Este sistema incluiría todas las variables para medir el impacto en bienestar en la población (figura 1). Esta definición es aplicable, tanto para el sistema general de salud como para los niveles que lo componen. En consecuencia, las dimensiones son válidas para examinar desempeño en la APS, en una perspectiva de bienestar. Vale destacar que el Programa de Garantías Explícitas de Salud de Chile (GES) que hasta 2025 cubriría -gratuitamente en el sector público- a 87 problemas de salud cumple con la mayoría de estas características⁶.

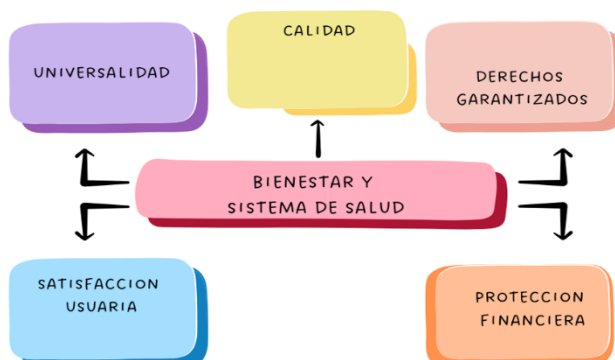
El objetivo de este trabajo es desarrollar y demostrar la aplicabilidad de un marco evaluativo basado en el bienestar para la APS en Chile, mediante la construcción inductiva de un tablero de indicadores que reorganice las métricas existentes en cinco dimensiones clave. El anclaje dimensional es el mayor valor de este trabajo porque permite leer la APS no solo por insumos y volúmenes, sino por su contribución concreta al bienestar de la población y a la garantía de los derechos. Todo esto queda explicitado en la figura 1 a continuación.

⁴ Que incluye promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

⁵ Los usuarios pueden exigir respuestas al poder público para satisfacer sus demandas de salud incluidas en las garantías explícitas.

⁶ Cabe, por cierto, precisar que cubre solo parcialmente incluso algunas de las 87 patologías.

Figura 1. Dimensiones para medir desempeño de los sistemas de salud en una perspectiva de bienestar.



Elaboración propia.

II) MARCO CONCEPTUAL Y DIMENSIONES DEL BIENESTAR EN LA APS

Realidad Operativa de la Atención Primaria de Salud en Chile

La APS no tiene un límite único y permanente de prestaciones de salud, sino constituye un “*perímetro incremental*” que depende tanto del progreso científico como de la estructura del sistema y los recursos disponibles en cada país o territorio. En los hechos, la APS comenzó organizándose como atención ambulatoria no quirúrgica basada en controles o atenciones generales, que fue ampliándose con atenciones quirúrgicas ambulatorias (por ejemplo, cataratas o cirugía dental). Prueba de ello es como los sistemas de salud de América Latina y el Caribe (ALC) en cuanto a universalidad han comenzado por priorizar la APS y, en particular (al interior de ésta), la salud reproductiva materno-infantil para luego continuar con la salud a través de todo el ciclo de vida que ha incluido, paulatina y persistentemente, a las personas mayores⁷ y sus demandas específicas de salud que aumentan por su creciente proporción en la población global de cada país.

La OPS (2024) ha creado un tablero de indicadores^x para los sistemas de salud basados en la APS subdivididos en capacidad, desempeño e impacto que, por lo demás, es compatible con el marco de Donabedian (1997)^{xi} que propone tres componentes para evaluar la CAS, a saber: el de estructuras (inputs); el de procesos y el de resultados (outcomes). Un ejercicio similar y complementario ha desarrollado la OCDE (2024)^{xii}. Más recientemente se ha conocido el WHO-5 Well-Being Index^{xiii} que es un cuestionario breve desarrollado por la OMS para evaluar el bienestar psicológico. (tiene 5 ítems o preguntas que miden aspectos positivos del estado de ánimo y el

⁷ Mayores de 60 años en ALC y mayores de 65 años en el marco OCDE. La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, fue declarada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre del 2020

bienestar en las últimas dos semanas los cuales se responden en una escala tipo Likert). Recordar la existencia de estos modelos tiene por propósito mostrar que los indicadores resultantes en este documento han sido cotejados con abundante bibliografía previa.

La principal vía de financiamiento público que sostiene el perímetro APS en Chile en una proporción del 75% aproximadamente, se basa en la canasta descrita en el Plan de Salud Familiar (PSF) que integra un conjunto de prestaciones y/o acciones de salud para diversas necesidades de las personas en el curso de sus vidas, las cuales pueden agruparse en los siguientes programas: salud de niñas/os, salud de adolescentes, salud de adultos/os, salud de adultos/os mayores, salud de la mujer, actividades con garantías explícitas en salud (GES) y, finalmente, un conjunto de exámenes y actividades generales. Estos programas, junto a los de reforzamiento, que aportan con un 25% adicional del financiamiento estatal, incluyen actividades diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, así como de promoción, educación y prevención en materia de salud. También puede atender ciertas urgencias. Por ejemplo, en 24 de los problemas GES de Chile, las garantías son de ejecución mayoritariamente en atención primaria. Los problemas de salud GES tratados en APS incluyen:

- 1. Enfermedades crónicas no transmisibles:** Diabetes Mellitus tipo 2 (control y seguimiento); Hipertensión arterial (diagnóstico y manejo)⁸; Epilepsia no refractaria (control en adultos y niños); Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (estabilización y seguimiento); asma bronquial.
- 2. Salud mental:** Depresión en personas de 15 años y más (detección y tratamiento); Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas (intervención breve y derivación); epilepsia no refractaria en menores de 15 años.
- 3. Salud infantil y adolescente:** Prematurez (seguimiento del recién nacido prematuro); Infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 5 años (manejo inicial); Obesidad infantil (prevención y tratamiento).
- 4. Salud de la mujer:** Cáncer de mama (detección precoz mediante mamografía en mujeres de 50 a 59 años); Cáncer cervicouterino (toma de PAP y seguimiento); Anticoncepción (incluida la anticoncepción de emergencia).
- 5. Infecciones y enfermedades transmisibles:** VIH/SIDA (diagnóstico, control y tratamiento antirretroviral); Tuberculosis (detección y tratamiento supervisado).
- 6. Problemas de visión y salud bucal:** Cataratas (detección y derivación); Urgencias odontológicas ambulatoria (alivio del dolor e infecciones).

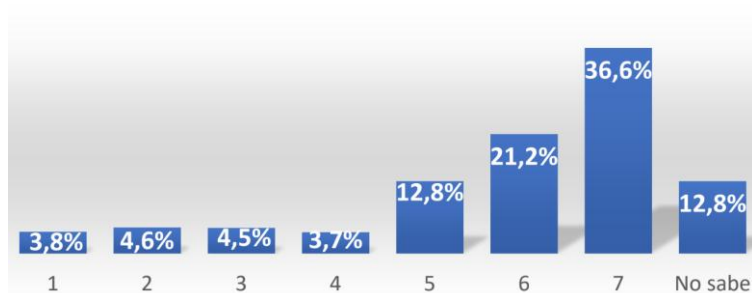
⁸ Como se verá en la sección siguiente, los indicadores IAPPS que se exigen en los establecimientos de APS distan bastante del 100% que exige el sistema de garantías GES.

La APS en estos casos concurre con: el diagnóstico inicial; el tratamiento farmacológico y no farmacológico (por ejemplo, en lo referente a hipertensión); seguimiento y control; y, cuando es necesario, con la derivación a especialistas de la atención hospitalaria. Sin embargo, el GES adolece de completitud en numerosas de sus patologías. Entonces, en cuanto a la universalidad formal en el sistema sanitario general, la cobertura en Chile se logra en: i) la atención materno infantil y en prevención de personas mayores (en el nivel APS); ii) en las patologías GES tal como son definidas legalmente (a lo cual habría que agregar la cobertura de la llamada Ley Ricarte Soto); y, iii) en las atenciones de urgencia. No obstante, la tasa de cobertura real en APS es de aproximadamente 50%. En 2022, por ejemplo, el 10% de la población (1,5 millones de personas) habita a más de 5 km distancia de un consultorio, tramo que toma una hora a pie, desincentivando la accesibilidad y continuidad en la atención del nivel. (CNEP 2022)^{xiv}.

En cuanto al gasto de bolsillo, la protección financiera ha quedado cubierta al 100% en el sector público luego de la promulgación de la decisión del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) de septiembre de 2022^{xv} aunque debe tomarse en cuenta la fracción de uso de prestaciones privadas por parte de beneficiarios del sistema público por no tener acceso oportuno en el sistema público.

La satisfacción usuaria con respecto al GES (gráfico 1) supera a la notación de satisfacción usuaria general que la población otorga al sistema de salud. De acuerdo con estos resultados la opinión favorable al GES (notas 5 a 7) alcanza al 70,6% de la población pudiendo aumentar a 81% si se excluye al 12,8% que no tiene opinión del Programa. Ahora bien, con la ley de derechos y deberes aprobada en 2012, los Centros de Salud Familiar (CESFAM) deben hacer una encuesta anual y analizar sus resultados. Esta tarea está incorporada en el programa de universalización. Además, existe la encuesta del trato al usuario que se asocia a incentivos monetarios (bonos). En todo caso no existe una encuesta única homogénea, nacional que permita evaluar al subsistema APS como un todo. Como sea, las críticas generales de la población al sistema de salud público se refieren esencialmente a las listas de espera que corresponden sobre todo a atenciones de especialidades y cirugías no cubiertas por el GES.

Gráfico 1. Notación de evaluación GES (siendo 1 muy malo y 7 muy bueno) (2025)



Fuente: Sygnos Analytics (2025). En Sandoval (2025)^{xvi}

Los indicadores en la APS en Chile

En el sistema sanitario chileno se construyen numerosos indicadores orientados principalmente a evaluar la actividad de la APS, no obstante, estos indicadores no son suficientes para evaluar desempeño y calidad en la APS. Entre las razones esgrimidas por el informe de la CNEP (2022) se explicitan: falta de claridad en la relación entre indicadores y resultados de salud y la poca transparencia en la publicación de los resultados.

Indicadores de la actividad de la APS:

- Desempeño Colectivo Ley N°19.813, referente a metas sanitarias y de mejoramiento de la
- atención.
- Índice de la Actividad de la Atención Primaria (IAAPS)
- Indicadores de los Programas de reforzamiento: monitoreo de prestaciones. (PRAPS)
- Registro REM: registro basado en las acciones que se realizan en atención primaria
- Registro SIGGES: registro basado en las prestaciones GES
- Reportes a Contraloría General de la República: balance de lo transferido versus lo ejecutado
- Indicadores de creación local^{xvii}

Asimismo, en cuanto a calidad, durante un tiempo se pensó que la falta de direccionalidad de los incentivos a los prestadores de salud ya sean individuales o institucionales, era motivo de ineficiencia en el sector. Estudios posteriores (WHO 20^{xviii}; Urriola y Larraín 20^{xix}) han mostrado que las llamadas compras estratégicas a proveedores, por sí solas, no son suficientes para mejorar la calidad del sistema. Incluso, ciertos incentivos de esta naturaleza influyen más bien sobre la cantidad, pero no sobre la calidad de la atención. Se ha verificado que los prestadores reaccionan frente a estos incentivos, en ciertos momentos, descartando o postergando la atención de los grupos vulnerables (con altas tasas de comorbilidades y de factores de riesgo sanitario asociados a los determinantes sociales) o de las zonas alejadas.

Dentro de los incentivos para mejorar la calidad y eficiencia se han considerado tanto los mecanismos de financiamiento de la APS (el per cápita basal; los Programas de Reforzamiento de la APS (PRAPS); los aportes desde los municipios; y, los indicadores de actividad en la APS (IAAPS)). Sin embargo, se ha demostrado que hay poca relación entre estos indicadores y los resultados de calidad o desempeño. Incluso, los incentivos de desempeño que se encuentran en los indicadores habituales son poco exigentes

en términos de cobertura. *“El exigir transparencia, evidencia y pertinencia en estos términos implica para MINSAL, tener que demostrar que realizan un ejercicio adecuado de identificación y priorización de los indicadores y fijación de metas. Este ejercicio rutinario induce a orientar de manera más eficiente los recursos disponibles”* (CNET 2022: 92)

III. METODOLOGIA

Partiendo del análisis de la sección II, que define la APS en Chile como un “perímetro incremental” dinámico compuesto por programas específicos a lo largo del ciclo de vida (salud infantil, adolescente, adulto, adulto mayor y de la mujer) y un conjunto de actividades que abarcan desde la promoción hasta el manejo de patologías GES, se propone una metodología inductiva para la construcción de indicadores de bienestar. Esta propuesta metodológica inicia con la identificación y desagregación de estos componentes operativos concretos de la APS descritos — como el control de hipertensión, la vacunación, la anticoncepción en adolescentes o el seguimiento de diabetes— para, a partir de ellos, rastrear y seleccionar los indicadores de proceso y resultado ya disponibles en los sistemas de información institucionales (como el IAAPS, los registros REM, SIGGES y los indicadores de los PRAPS).

El paso inductivo crucial consiste en mapear y agrupar sistemáticamente estos indicadores existentes bajo las cinco dimensiones analíticas del marco de bienestar previamente definido (universalidad, calidad, derechos garantizados, satisfacción usuaria y protección financiera). De este modo, se construye un tablero integral de evaluación que no inventa nuevas métricas, sino que reorganiza y da sentido de bienestar a los datos ya producidos por el sistema, permitiendo medir de forma concreta cómo las acciones específicas de la APS contribuyen, o no, al bienestar de la población. Esta aproximación asegura que la evaluación esté anclada en la realidad operativa de la APS chilena y utilice la información disponible, al tiempo que la interpreta a través de una lógica de resultados en bienestar.

IV. RESULTADOS

En esta sección se construye un resultado general con los indicadores disponibles que permiten medir impactos de bienestar por acción de la APS. Es necesario enfatizar que cada dimensión de los componentes de bienestar tendrá sus propios indicadores, a modo de ejemplo, se ilustran los resultados que fueron reportados por la CNEP (2022) referidos al año 2021 y otras fuentes de ese mismo año.

- i) **Universalidad (de acceso).** Proporción de personas que son cubiertas. Diferenciándose entre cobertura formal y real. Este sistema de indicadores y sus detalles puede verse en Urriola y Madrid (2009)^{xx}. En este ejemplo se usa el

valor de Fonasa⁹ explicitado en la CNEP (2022). “el 10% de la población (1,5 millones de personas) habita a más de 5 KM de distancia de un consultorio, tramo que toma una hora a pie, desincentivando la accesibilidad y continuidad en la atención del nivel. Este último desafío no es fácil de abordar en el corto plazo, dada la brecha existente”. Agregando “La tasa de cobertura de la APS en Chile es de aproximadamente 50%, mientras que los referentes internacionales sugieren tasas por sobre el 65%”.

- ii) **Derechos garantizados.** Una vez “descontadas” las personas que tienen dificultades de acceso es posible suponer que los derechos garantizados quedan explicitados en las metas relevantes de los indicadores IAPPS como se observa en la tabla siguiente.

Tabla 1. Metas de indicadores IAAPS en APS (2021)

Meta N° 11: Cumplimiento GES cuyas acciones son de ejecución en APS (100%)
Meta N° 12: Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso (80%)
Meta N°13: Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo (90%)
Meta N° 14: Cobertura de método anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad (25%)
Meta N° 15: Cobertura efectiva de Tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años (30%)
Meta N°16: Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial (54%)

Fuente: Minsal

Los objetivos en los IAPPS que no cubren a la totalidad de la población inscrita en APS representarían un indicador de cobertura de carga de enfermedad en las variables centrales inferior a 100%. El valor tomado para esta dimensión resulta del promedio de las coberturas explicitadas en las metas de la tabla, es decir, 55,8%. Este promedio bajo (55,8%) refleja que, incluso para quienes tienen acceso, las coberturas efectivas para condiciones clave como diabetes o uso de anticonceptivos en

⁹Solo se consideran los afiliados al seguro público de salud (Fonasa) porque el sistema privado (Isapres) no separa planes de las prestaciones por niveles. En todo caso, el sistema público cubre al 85% de la población.

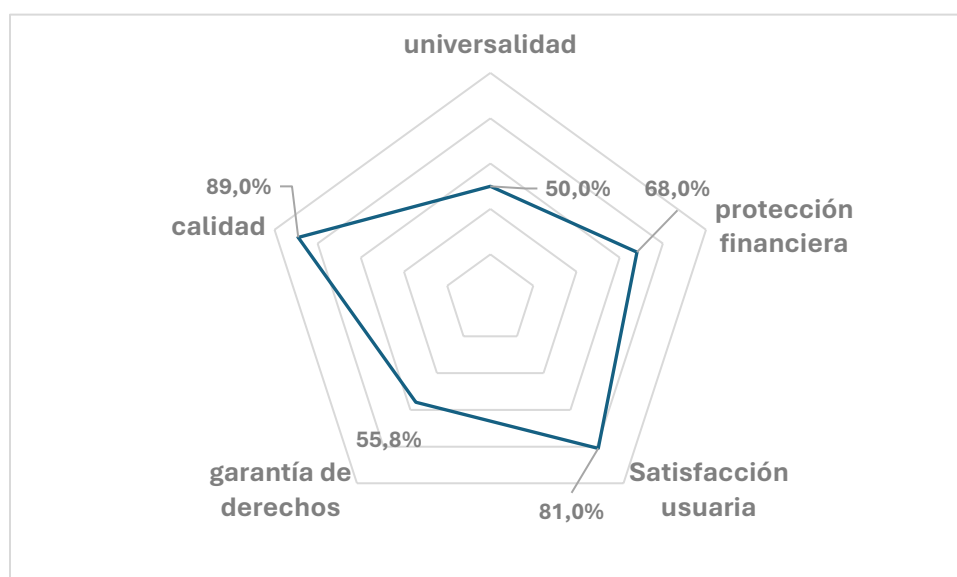
adolescentes son muy bajas. Esto indica una brecha importante en la capacidad del sistema para abordar la carga de enfermedad.

- iii) **Cobertura financiera.** La atención es gratuita en APS. No obstante, hay carencias, especialmente, en medicamentos y en urgencias no letales o atenciones no oportunas que obligan a los usuarios a buscar provisión privada pagada. En efecto, un estudio de la UDD^{xxi} recordaba que *"las personas que están en Fonasa pueden adquirir sus medicamentos en el consultorio u hospital. Sin embargo, no fue la conducta más practicada. En las personas beneficiarias en Fonasa, el 49% marcó que prefirió durante este año ir a la farmacia para conseguirlo más rápido. Sólo el 36% de ellos dijo que fue al consultorio a retirarlo e igual porcentaje (36%) afirmó también que lo consiguió en la feria"*. "Estos resultados van de la mano con lo que presentó Fonasa el año 2024 en una encuesta en donde 38% de beneficiarios Fonasa dijeron que no adquirieron sus medicamentos en el consultorio u hospital. El 32% de ellos dijo que optó en comprarlos para obtenerlos más rápido". Así, se adopta como valor proxy de cobertura financiera en este documento (1-32%) = 68%. Esto muestra una falla en la oportunidad de la provisión gratuita.
- iv) **Satisfacción usuaria.** No existen evaluaciones globales sobre satisfacción usuaria en APS. Requeriría algún sistema de encuestas sobre el tema. Como valor proxy se tomó la encuesta de Sygnos de 2025 sobre la satisfacción usuaria con el GES en 2025 (81%, ver supra).
- v) **Calidad.** Se ha considerado que el indicador proxy de calidad más representativo disponible es el de hospitalizaciones evitables. De acuerdo con CNET (2022) *"1 de 3 hospitalizaciones evitables termina con la persona fallecida y éstas en conjunto generan un gasto anual a nivel hospitalario equivalente al 10% del presupuesto APS para 2022 (alrededor de 300 millones de dólares). A nivel de egresos anuales, las hospitalizaciones evitables representan cerca del 11% de estos, y utilizan alrededor del 20% de los días-cama. A modo de ejemplo, el 20% de días-cama utilizados por estos casos equivale al uso promedio de días-cama de 69 mil egresos quirúrgicos programados, cercano al 25% de los casos en lista de espera quirúrgica a noviembre de 2021. A diferencia de otros miembros de la OCDE, en Chile no solo hay hospitalizaciones evitables por causa de enfermedades crónicas, sino también por situaciones agudas de baja complejidad (un 56% del total)"*. Esta dimensión reúne diferentes variables y, por lo tanto, indicadores específicos para cada variable lo que le otorga una mayor relevancia en términos de resultados y de bienestar. El indicador que se usará será 100 menos el porcentaje de hospitalizaciones evitables, o sea $100 - 11\% = 89\%$.

- vi) **Equidad:** la provisión de servicios no difiere en calidad por el género, raza, etnicidad, casta, ubicación geográfica o estatus socioeconómico de los pacientes. No obstante, las inequidades provienen de que en las comunas que viven personas de mayores ingresos la municipalidad hace aportes importantes a la salud generando amplias desigualdades en la atención según comuna. Se define el factor de inequidad como 1- % de aporte municipal a salud, es decir, 97%. Este indicador no se incluye en el modelo, aunque podría ampliarse a otros aspectos de inequidad en un análisis posterior más fino.

Con los indicadores de estas dimensiones se ha construido el gráfico 2 que establece las valoraciones útiles para evaluar el impacto en bienestar de las acciones en APS. Los indicadores fueron contruidos de tal manera que el cumplimiento del 100% implicaría un máximo de bienestar para los usuarios. La diferencia entre el valor detectado y el 100% da cuenta del espacio para mejorar en la gestión de los resultados de las actividades.

Gráfica 2. Resultados de desempeño de la APS en la perspectiva de bienestar (2021 o años próximos)



Elaboración propia

VI. DISCUSIÓN

Este trabajo, en las primeras secciones hizo una recopilación conceptual y metodológica que permite definir los indicadores relevantes para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud en la perspectiva del bienestar que ha desarrollado APROB en varios documentos. Las variables resultantes fueron: **universalidad, provisiones de calidad, derechos garantizados, satisfacción usuaria y**

protección financiera, sin perjuicio de otras agrupaciones y segmentaciones de variables que puedan hacerse en otras perspectivas.

El sistema de APS en Chile, según este análisis, puede usar los mismos indicadores, aunque presenta una paradoja: para los usuarios que logran superar las barreras de acceso y recibir sus prestaciones (especialmente las GES), la experiencia es de relativamente alta calidad y satisfacción (dimensiones 4 y 5). Sin embargo, el sistema presenta problemas estructurales profundos en sus dimensiones fundamentales: el acceso universal es bajo (50%) y la cobertura de servicios esenciales es deficiente (55,8%), lo que se traduce en una carga evitable para el sistema hospitalario y en incrementos en el gasto de bolsillo para los usuarios.

La baja cobertura real (dimensión i) es probablemente la causa raíz que afecta el desempeño en las otras dimensiones. Si solo la mitad de la población usa activamente la APS, es más difícil lograr altas coberturas en derechos garantizados (dimensión ii) y se subestima la presión por mejorar la oportunidad (que afecta la cobertura financiera, (dimensión iii) y la efectividad clínica para prevenir complicaciones (que impacta la calidad, (dimensión v).

Al momento de buscar los indicadores trazadores sobre las variables escogidas se encontró que: en la mayoría de los casos no existen series estadísticas oficiales; las bases de datos no son de acceso público; y, resulta difícil proyectar los valores para hacer un seguimiento. Este hallazgo coincide con la evaluación realizada por la Comisión Nacional de Productividad acerca de la APS en 2022. Esta Comisión entregó 56 recomendaciones de reformas en el marco de la gestión de la APS. El informe 2022 indicó *"La determinación del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud asociado al aporte estatal debe explicitar sus fundamentos. En este sentido, debe especificar, al menos, evidencia y pertinencia de indicadores y metas nacionales. La información que sustente el índice debe mantenerse a disposición del público de manera permanente, al menos, a través del sitio web del Ministerio de Salud y actualizarse, al menos, una vez al año"*.

En 2024 la CNEP realizó para el Congreso Nacional una evaluación de los cambios sugeridos por el Informe de 2022 a fin de que se tomara en consideración para el presupuesto de la Nación 2025. Los resultados fueron magros^{xxii}: *"Al evaluar el avance de las 56 medidas generadas por las 36 recomendaciones del estudio, se observa que el 52% no han sido abordadas, un 36% muestran un avance parcial y un 13% han sido acogidas completamente por el Ministerio de Salud"*.

Llama la atención que la mayoría de las sugerencias de la CNEP no implicaban recursos adicionales sino acciones relacionadas con la gestión del sistema lo que concierne al ámbito de la gobernanza (66%) y un 57% de ellas apuntan directamente a la eficiencia de la prestación de servicios, o sea a los resultados en el bienestar de la gente (Sugg 2024).

Chile en el próximo ciclo de PaRIS* presenta una oportunidad

La eventual participación de Chile en PaRIS sería un salto cualitativo: PaRIS mide PROMs y PREMIs en personas pacientes de APS, comparables internacionalmente, con foco en persona-centredness, coordinación y resultados percibidos.

Integrar PaRIS al marco de un informe sobre evaluación de desempeño en APS permitiría:

- Benchmarking internacional y validación externa del tablero chileno.
- Enriquecer la capa de experiencia y resultados reportados por pacientes
- Vincular (bajo estándares de gobernanza e interoperabilidad) PaRIS-PROMs/PREMs con registros administrativos (IAAPS/REM/SIGGES) para explicar brechas de bienestar.

**El Proyecto PaRIS (Patient Reported Indicator Surveys) es una iniciativa global liderada por la OCDE cuyo objetivo es medir los resultados y la experiencia en salud, especialmente en atención primaria desde la perspectiva del paciente con foco en personas con enfermedades crónicas.*

V. CONCLUSIONES

Con todo, en la sección III de este documento, se usaron datos de 2021 o próximos a esa fecha para construir lo que podría ser un modelo de indicadores de bienestar en APS en Chile. Se presentan los resultados con el objeto de destacar la importancia de disponer de este tipo de tableros a fin de precisar las políticas públicas de mayor relevancia para mejorar el bienestar de la población. De todo ello se concluye la urgencia de mejorar la gobernanza en el sector, pero sobre todo mejorar el acceso a las prestaciones, lo que podría incidir significativamente en la mejora de otras variables.

La aplicación del modelo propuesto, mediante el uso de datos proxy, revela una brecha crítica entre los derechos formales y su realización efectiva. La baja cobertura real de la APS, estimada en torno al 50%, actúa como un cuello de botella estructural que subyace a los desempeños deficientes en dimensiones clave como los derechos garantizados (55,8%) y la protección financiera (68%). Esta situación genera un círculo vicioso: la limitada accesibilidad desincentiva la demanda y la continuidad del cuidado, lo que a su vez repercute en la oportunidad de las intervenciones, aumenta la probabilidad de complicaciones (reflejada en el 11% de hospitalizaciones evitables) y desplaza el gasto hacia los bolsillos de los usuarios. Por tanto, mejorar el acceso no es solo una meta independiente, sino la palanca principal para desbloquear mejoras

sistémicas en calidad, eficiencia financiera y, en última instancia, en los resultados de bienestar.

La necesidad de una gobernanza robusta y transparente se hace ineludible para abordar este desafío. El modelo presentado, pese a sus limitaciones por el uso de datos proxy y la falta de series oficiales homogéneas, cumple una función diagnóstica esencial al hacer visible esta interrelación causal. Su verdadero potencial, sin embargo, solo se materializará con un compromiso institucional firme por generar, sistematizar y publicar información de calidad de manera regular y accesible. La adopción de iniciativas como la encuesta PaRIS de la OCDE, centrada en los resultados reportados por los pacientes (PROMs) y sus experiencias (PREMs), ofrecería una capa de evidencia fundamental para complementar los indicadores administrativos y calibrar las políticas públicas con una perspectiva centrada en las personas. Solo a través de una medición rigurosa, un monitoreo continuo y una rendición de cuentas clara se podrá orientar la gestión y la asignación de recursos hacia las intervenciones que efectivamente maximicen el bienestar de la población a través de una APS resolutive, oportuna y equitativa.

REFERENCIAS

- ⁱⁱ Organización Panamericana de la Salud. Tablero de indicadores para sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud. En [Tablero de indicadores para sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)
- ⁱⁱⁱ World Health Organization. The World Health Report 2010. Geneva: WHO; 2010.
- ^{iv} Urriola R, editor. Protección social en salud en Chile. Santiago: Fonasa; 2007. p. 47-53
- ^v Urriola R. El derecho a la salud: aspectos conceptuales y operacionales. Santiago: Colección Ideas, Chile 21; 2016.
- ^{vi} Knowles JC, Leighton C, Stinson W. Indicadores de medición del desempeño del sistema de salud. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (LAC RSS); 1997. Patrocinado por USAID y OPS.
- ^{vii} World Health Organization. Quality of care [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 May 7]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/quality-of-care>
- ^{viii} World Health Organization; World Bank; OECD. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: WHO; 2018.
- ^{ix} Urriola R. Salud y bienestar: ¿qué debemos medir? Rev Sistemas Salud Bienestar Colect. 2023;1(1)
- ^x Organización Panamericana de la Salud. Tablero de indicadores para sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Washington (DC): OPS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/tablero-indicadores-aps>

-
- ^{xi} Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? Archives of Pathology & Laboratory Medicine. 1997;121(11):1145–50.
- ^{xii} Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé: Un cadre renouvelé. Paris: OCDE; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/04e8cdb9-fr>
- ^{xiii} World Health Organization. The World Health Organization – Five Well-Being Index (WHO-5). Geneva: WHO; 2024.
- ^{xiv} Comisión Nacional de Evaluación y Productividad. Eficiencia en la gestión de atención primaria de salud (APS). Santiago: CNEP; 2022.
- ^{xv} Gobierno de Chile. Copago cero [Internet]. Available from: <https://www.gob.cl>
- ^{xvi} Sandoval H. A 20 años del “AUGE-GES”: evaluación de una política pública transformadora en salud en Chile. Rev Sistemas Salud Bienestar Colect. 2025;6. Available from: <https://aprobienestar.cl/revista-sistemas-de-salud-y-bienestar-colectivo-n6-mayo-de-2025/>
- ^{xvii} Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en red 2022. Santiago: MINSAL; 2021.
- ^{xviii} World Health Organization (2022). Exploring the role for strategic purchasing instruments to support improvements in the quality of care. World Health Organization. Exploring the role for strategic purchasing instruments to support improvements in the quality of care. Geneva: WHO; 2022.
- ^{xix} Urriola R, Larrain N. Effect of the payment mix for primary care services on the quality of chronic care in Chile: case study. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- ^{xx} Urriola R, Madrid S. Indicadores para evaluar la protección social de la salud (caso de Chile). Santiago: OPS/OMS; Fondo Nacional de Salud; 2009.
- ^{xxi} Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud. El 88% afirma que el desembolso en medicamentos ha sido un gasto importante durante 2022. Santiago; 2022.
- ^{xxii} Sugg D. Análisis de la implementación de las recomendaciones efectuadas por CNEP para la Atención Primaria en 2022. Informe final. 30 septiembre 2024.

DEL DISCURSO CIUDADANO A LA POLÍTICA PÚBLICA: LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA LEY INTEGRAL DE SALUD MENTAL

Tatiana Puebla Núñez¹⁰

Abstract

Este artículo analiza cómo los Diálogos Ciudadanos de Salud Mental 2024 contribuyen a la construcción de una política pública legítima en Chile, entendiendo la salud mental como un fenómeno social y relacional profundamente influido por los determinantes sociales y las condiciones de vida. Desde una perspectiva salutogénica, se examina cómo la ciudadanía construye sentido sobre el malestar, el bienestar y el rol del Estado. Metodológicamente, el estudio se basa en un análisis cualitativo de los registros de los diálogos utilizando Atlas.ti, aplicando codificación abierta, axial y selectiva.

Un aporte distintivo de este artículo es la evidencia del match entre las tramas discursivas ciudadanas y la propuesta del Gobierno para la Ley Integral de Salud Mental. Los hallazgos de co-ocurrencia no solo visibilizaron la arquitectura relacional del discurso ciudadano, sino que permitieron demostrar su alineación con los ejes centrales del proyecto de ley: acceso oportuno, enfoque de derechos, ciclo de vida, intersectorialidad y fortalecimiento comunitario. Esta convergencia otorga legitimidad a la iniciativa gubernamental y demuestra que la ciudadanía no solo entrega información, sino que participa en la co-construcción del Estado social.

Finalmente, la participación ciudadana opera como un acto político que aporta epistemologías colectivas para orientar la política pública, confirmando que el bienestar social se construye desde las relaciones, los territorios y la interacción entre comunidad y Estado.

Antecedentes: compromiso gubernamental y necesidad de perfeccionar el marco legal vigente

El compromiso gubernamental de avanzar hacia una Ley Integral de Salud Mental constituye el marco político que da origen a este artículo. El Programa de Gobierno del presidente Gabriel Boric establece la necesidad de contar con una legislación que complemente la Ley 21.331, fortaleciendo una red de atención basada en el modelo comunitario, asegurando financiamiento adecuado y estableciendo compromisos interministeriales efectivos. En coherencia con este mandato, el Ministerio de Salud

¹⁰ Socióloga. Magíster en Gestión y Políticas Públicas U. de Chile. Analista de Proceso de gestión institucional y de diseño y elaboración de la política de promoción en el Minsal-Chile. tatiana.puebla@gmail.com

impulsó los Diálogos Ciudadanos por la Salud Mental como mecanismo formal de participación, tal como exige la Ley 20.500 y la Norma de Participación Ciudadana del propio ministerio. Este proceso buscó recoger expectativas, necesidades y percepciones de la sociedad civil para orientar la formulación del Proyecto de Ley Integral de Salud Mental que presentó al Congreso en 2025. En consecuencia, las reflexiones desarrolladas en este artículo se inscriben en dicho contexto político y participativo, utilizando las percepciones ciudadanas sistematizadas por el Ministerio de Salud como insumo legítimo y necesario para comprender las tensiones de la legislación vigente y fundamentar la necesidad de su perfeccionamiento.

Introducción: salud mental y bienestar social

La salud mental se ha convertido en una prioridad impostergable en Chile. No se trata únicamente de la ausencia de enfermedad o trastorno, sino de la posibilidad de llevar una vida digna, con vínculos sociales, redes de apoyo, acceso a servicios y oportunidades para participar en la vida comunitaria. En este artículo entendemos el bienestar social como una condición integral que articula dimensiones materiales (vivienda, trabajo, educación), relacionales (familia, comunidad, participación) y simbólicas (dignidad, reconocimiento). Desde esta perspectiva, la salud mental es inseparable del bienestar social, ambos forman parte de la construcción de un Estado social y democrático de derecho.

La promulgación de la Ley 21.331¹¹ en 2021 representó un avance, pero no logró responder a los desafíos estructurales de la salud mental en el país. La propuesta actual de una Ley Integral de Salud Mental surge como respuesta a estas limitaciones, situando la salud mental como parte de un Estado social y democrático de derecho en construcción. Esta perspectiva reconoce que el bienestar no puede entenderse sin políticas públicas que aborden las dimensiones sociales, económicas y culturales del malestar psíquico.

En los últimos años, la salud mental ha adquirido una visibilidad inédita en Chile. Este fenómeno no se explica únicamente por los efectos de la pandemia que actuó como un acelerador y amplificador de problemáticas ya presentes sino por la confluencia de múltiples factores como las desigualdades estructurales, precariedad laboral y habitacional, sobrecarga de cuidados, debilitamiento de redes comunitarias y la persistente ausencia de estrategias integrales, tanto clínicas como territoriales, para promover el bienestar. Desde una perspectiva salutogénica, este escenario nos invita a observar no solo el déficit o la enfermedad, sino los recursos disponibles, las

¹¹ La Ley 21.331, promulgada en 2021, establece el derecho a la protección de la salud mental en Chile, regulando las garantías de atención y la protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental en el contexto de los servicios sanitarios. Busca asegurar un trato digno, no discriminación y acceso oportuno, complementando la red de cuidados con un enfoque comunitario

capacidades comunitarias, los vínculos, las condiciones sociales y los entornos que permiten a las personas sostener una vida digna y significativa.

En este marco, la salud mental se consolida como un problema público y político de relevancia, no solo por el aumento del sufrimiento psíquico, sino porque tensiona las capacidades del Estado y los territorios para generar condiciones protectoras, redes de apoyo y oportunidades de participación. Los desafíos actuales hacen evidente que el bienestar no depende exclusivamente de la oferta clínica, sino de la articulación entre lo social, lo comunitario y lo institucional.

¿Cómo contribuye el discurso ciudadano a la construcción de una política pública legítima en salud mental? Esta pregunta orienta el análisis del proceso de Diálogos Ciudadanos 2023, entendido como un espacio donde la ciudadanía no solo expresa demandas, sino que produce interpretaciones colectivas sobre el bienestar, la protección social y la relación con el Estado.

Para responder a esta pregunta, el artículo se basa metodológicamente en el análisis cualitativo de los registros de los diálogos, codificados y examinados mediante Atlas.ti. El objetivo es mostrar cómo las categorías emergentes y los patrones de co-ocurrencia permiten comprender la salud mental desde un enfoque salutogénico y territorial, y cómo este conocimiento colectivo fortalece la legitimidad de la propuesta de Ley Integral de Salud Mental.

La hipótesis central sostiene que estos diálogos no constituyen solo una consulta técnica, sino un acto político de co-construcción del Estado social. La ciudadanía, al relacionar problemas, priorizar necesidades y vincular dimensiones clínicas con sociales y comunitarias, configura una epistemología relacional que desafía la fragmentación institucional y habilita un enfoque integrador de la salud mental.

El proceso de Diálogos Ciudadanos 2023, con más de 2.200 participantes y 836 organizaciones en 16 regiones, se transformó en un laboratorio social y político donde se recogió la voz viva de la comunidad. Este artículo examina cómo esas voces se estructuraron en categorías analíticas, cómo el análisis de co-ocurrencia¹² permitió identificar tramas discursivas más complejas y cómo este proceso fortaleció la legitimidad de la propuesta de Ley Integral de Salud Mental. Más que un insumo técnico, se trata de un ejercicio de democracia sanitaria y de construcción de bienestar social.

¹² El análisis de co-ocurrencia en Atlas.ti permite identificar qué códigos aparecen juntos en los mismos fragmentos de texto o en fragmentos cercanos, mostrando asociaciones y patrones comunes que ayudan a explicar un fenómeno.

Metodología: de los diálogos a las categorías analíticas

Los datos analizados en este artículo provienen del Informe de Resultados de los Diálogos Ciudadanos por la Salud Mental 2024, elaborado por la Subsecretaría de Salud Pública a través del Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana (Ministerio de Salud, 2024). Dicho informe sistematiza 18 diálogos realizados entre el 18 de agosto y el 13 de septiembre de 2023, con la participación de 2.222 personas y 836 organizaciones de la sociedad civil. Esta información es de carácter institucional y se utiliza aquí con el propósito de profundizar en los patrones discursivos ciudadanos que nutrieron la propuesta de Ley Integral de Salud Mental presentada por el Gobierno de Chile en 2024.

El análisis cualitativo desarrollado para este artículo fue realizado íntegramente por el equipo investigador, empleando Atlas.ti 24, versión que incorpora funciones de inteligencia artificial utilizadas exclusivamente en la transcripción y en la fase preliminar de organización de datos. Las etapas sustantivas del proceso codificación abierta, axial y selectiva, así como la interpretación sociológica de los patrones de co-ocurrencia son responsabilidad exclusiva de la autora de este trabajo.

Los registros completos de los diálogos fueron analizados en Atlas.ti 24, software que permitió organizar y explorar el corpus, identificar patrones discursivos y visibilizar asociaciones relevantes entre códigos. El proceso derivó en 27 códigos agrupados en siete categorías analíticas (acceso y recursos, ciclo de vida, coordinación intersectorial, dignidad y derechos, determinantes sociales, entre otras), las cuales condensan las demandas, tensiones y sentidos que la ciudadanía atribuye a la salud mental como fenómeno social atravesado por desigualdades estructurales, fragilidad de redes comunitarias y ausencia de una oferta integral de bienestar.

Para garantizar rigurosidad metodológica, el proceso analítico se desarrolló en varias etapas propias de la investigación cualitativa con enfoque *grounded*:

- **Codificación abierta:** lectura línea por línea para identificar unidades de significado emergentes desde la voz ciudadana, sin imponer categorías previas.
- **Codificación axial:** agrupamiento de códigos en dimensiones más amplias, identificando relaciones, tensiones y conexiones entre ellos (por ejemplo, entre "familia", "red", "acceso", "trato").
- **Codificación selectiva:** integración final de las categorías centrales que explican la estructura del discurso ciudadano en torno a la salud mental.

El criterio de saturación guió la definición final de las categorías: se consideró que una categoría estaba saturada cuando nuevas citas dejaban de aportar elementos sustantivamente distintos o ampliaciones interpretativas.

Además, se realizó un proceso de validación interna, revisando consistencia de códigos, densidad de citas y coherencia entre los distintos territorios, asegurando que las categorías representaran tanto recurrencias como matices regionales.

Un elemento metodológico clave fue el análisis de co-ocurrencia, que permitió identificar cómo ciertos códigos aparecen de manera simultánea en las narrativas ciudadanas (por ejemplo, “familia-red”, “acceso-trato digno”, “participación-acompañamiento comunitario”). Esta técnica no se utilizó solo como una operación técnica o cuantitativa, sino como un recurso interpretativo y político:

- **Interpretativo**, porque muestra cómo las personas construyen sentido de manera relacional, articulando experiencias, recursos y expectativas en un mismo marco.
- **Político**, porque evidencia los desplazamientos entre Estado, comunidad y familia, revelando dónde la ciudadanía percibe vacíos institucionales y dónde identifica potenciales protectores del bienestar.

En este sentido, la co-ocurrencia permite comprender no solo “qué se dice”, sino cómo se piensa colectivamente la salud mental: como un fenómeno interdependiente que requiere redes, coordinación y presencia estatal significativa. Esta dimensión relacional confirma que la salud mental no es solo un problema individual, sino un campo donde se juegan formas de reconocimiento, protección y legitimidad pública.

El discurso ciudadano en categorías

- Acceso y recursos: críticas a las listas de espera, falta de especialistas y desigualdades territoriales.
- Ciclo de vida: exigencia de intervenciones diferenciadas según etapas vitales, con énfasis en infancia y adolescencia.
- Coordinación intersectorial: reclamo de articular salud con educación, vivienda, justicia y trabajo.
- Derechos y dignidad: demandas de trato humanizado, inclusión, equidad y no discriminación.
- Determinantes sociales: visibilización de la pobreza, el desempleo y la vivienda precaria como causas de sufrimiento psíquico.

Estas categorías muestran que el discurso ciudadano no se limita a la atención en salud, sino que aborda la salud mental como un campo social y político.

La comunidad toma la palabra

Los diálogos ciudadanos de 2024 constituyeron un ejercicio de deliberación democrática y de construcción colectiva de sentido. Los testimonios recogidos visibilizan realidades que no aparecen en las estadísticas como la sobrecarga de las

familias cuidadoras, las barreras económicas, la falta de profesionales y el trato indigno en algunos servicios. Estas voces expresan una narrativa ciudadana que interpela directamente al Estado y demanda transformaciones profundas: *“Es muy estresante tener que estar pendiente de cuatro niños autistas... y el problema viene ahora con los medicamentos”.* *“Y dónde está el apoyo de familia, si yo tengo un problema y le cuento a mi familia, que yo creo que es lo fundamental... si no tengo el apoyo de mi familia voy a empezar a buscar amigos... los jóvenes se quedan solos porque los papás trabajan... entonces se van aislando y pueden ser fácilmente presas de las drogas, alcohol, etc.”.* *“Es importante capacitar líderes también porque cuando las personas no tienen el dinero para una universidad o una orientación carísima y consultas, ¿a dónde van? A la iglesia, van a buscar a su pastora, a poder desahogarse... si uno no está bien capacitado con este tema, ¿cómo lo hace? ¿cómo lo contiene? ¿cómo lo escucha?”.* *“Lo que necesitamos es participación, que la gente se conozca, en la medida que yo conozca a mis vecinos yo voy a poder ayudar, ellos me van a poder ayudar, no me voy a sentir tan solo, tan vacío, tan triste, tan aislado en este mundo, y eso me va a permitir no tener tantas depresiones, no tener tantas crisis de ansiedad, crisis de pánico”.* *“Y lo otro es lo comunitario, la participación social. Porque muchos problemas de salud mental son problemáticas sociales... ¿Cómo fortalecer sistemas de cuidados comunitarios? O desde salud, desde las instituciones. O incluso desde las organizaciones comunitarias como la iglesia. Y entrar ahí en una sintonía en los distintos territorios”* (Informe de salud Mental 2024)

Estas voces expresan una narrativa ciudadana que interpela directamente al Estado y demanda transformaciones profundas:

- La necesidad de fortalecer los sistemas de cuidados comunitarios y la asociatividad vecinal.
- La demanda por trato digno e inclusión en los servicios de salud.
- La exigencia de articulación intersectorial entre salud, educación, vivienda, justicia y trabajo.

En conjunto, estos testimonios muestran que el malestar en salud mental no se limita solo a la falta de médicos o medicamentos, sino que está profundamente atravesado por la fragilidad de las redes de apoyo, la falta de asociatividad y la ausencia de espacios comunitarios sólidos. La comunidad reclamó que la salud mental se aborde de manera integral, incorporando la escuela, el trabajo, la vivienda, las iglesias y las organizaciones barriales. La demanda por asociatividad y participación no es un detalle secundario, sino la afirmación de que el bienestar mental depende del fortalecimiento del tejido social y de una institucionalidad capaz de sostenerlo.

Lo que se evidencia en este conjunto de voces es que la ciudadanía no describe la salud mental en términos individuales o clínicos, sino desde la interdependencia. La recurrencia de narrativas que unen familia, comunidad, escuela, iglesia, organizaciones sociales y redes de apoyo muestra una epistemología relacional

capturada mediante técnicas de co-ocurrencia, convirtiéndose en un insumo político importante.

Convergencia entre discurso ciudadano e institucionalidad

Uno de los hallazgos importantes del proceso de diálogos fue la convergencia entre el discurso comunitario y el discurso institucional. Por primera vez en mucho tiempo, la narrativa ciudadana no quedó relegada al espacio consultivo, sino que fue recogida, organizada y proyectada en la propuesta de Ley Integral de Salud Mental. El Ministerio de Salud incorporó los énfasis en acceso oportuno, trato digno, enfoque de ciclo de vida y coordinación intersectorial, evidenciando que es posible traducir las demandas sociales en orientaciones concretas de política pública.

Este “match” no es un simple alineamiento discursivo, constituye un acto político de reconocimiento y validación. Implica que el Estado asume la voz de la comunidad no como un insumo secundario, sino como un fundamento para el diseño institucional. En un contexto de creciente desafección hacia la política, esta sintonía devuelve legitimidad a la acción pública, demostrando que la institucionalidad puede escuchar, interpretar y actuar en coherencia con las prioridades ciudadanas.

La convergencia, además, fortalece la gobernanza democrática. El hecho de que los lineamientos institucionales coincidan con las preocupaciones expresadas en el nivel local refuerza la idea de que el bienestar social y la salud mental no son definidos únicamente desde arriba, sino co-construidos a partir del diálogo y la colaboración. De este modo, la Ley Integral de Salud Mental adquiere mayor fuerza y legitimidad, pues no solo responde a diagnósticos técnicos, sino que se sustenta en un consenso social que le otorga estabilidad y respaldo político.

En síntesis, lo que se observa en este proceso es la posibilidad de articular Estado y comunidad en un mismo horizonte, donde la política pública se legitima en la medida que reconoce la experiencia, la subjetividad y las demandas colectivas como motores del cambio.

El análisis de co-ocurrencia como hallazgo metodológico y político

La co-ocurrencia debe entenderse no solo como un resultado técnico, sino como una clave epistemológica y política. El hecho de que categorías como “familia” y “red” aparezcan juntas de manera sistemática no es anecdótico, revela una forma ciudadana de interpretar el mundo social desde relaciones y no desde instituciones aisladas. Esta trama relacional expresa un desplazamiento del eje de cuidado desde el Estado hacia lo comunitario, y la búsqueda de sostén afectivo en un contexto de institucionalidad fragmentada. Desde esta perspectiva, la co-ocurrencia opera como una forma de inteligencia colectiva o epistemología ciudadana.

Es en este sentido que el análisis de co-ocurrencia reveló que los discursos de la comunidad no son fragmentados, sino que entrelazan múltiples dimensiones. Esta técnica permitió identificar asociaciones significativas como, por ejemplo, “apoyos

familiares" y "articulación de la red" aparecieron juntos 519 veces, "coordinación de la red" y "recursos humanos" se vincularon en 658 ocasiones. Estas recurrencias muestran que la ciudadanía entiende la salud mental como un fenómeno relacional y complejo. Aquí no se trata solo de coordinación técnica, sino de la exigencia de un Estado que actúe en red, reflejando la experiencia de la ciudadanía que ya vive esas interdependencias.

El análisis también visibilizó cómo la ciudadanía conecta la salud mental con la construcción de redes y la participación comunitaria. En muchos testimonios, los apoyos familiares y comunitarios se mencionan junto a la necesidad de mayor articulación intersectorial. Esta co-ocurrencia muestra que la salud mental se vive como un proceso colectivo, que requiere redes de apoyo sólidas y una institucionalidad capaz de potenciarlas.

Este hallazgo tiene un profundo valor político, muestra que el bienestar no depende únicamente del sistema de salud, sino de la capacidad de la sociedad en su conjunto para construir redes de cuidado y solidaridad.

La coincidencia entre discurso comunitario e institucionalidad es más que un dato, constituye una forma de democracia sanitaria. La política pública se legitima cuando el Estado reconoce a la ciudadanía como un actor político que aporta sentido, prioridades y legitimidad. Este proceso marca un cambio de paradigma en la construcción de políticas públicas en Chile.

Conclusiones: comunidad, política y bienestar social

Los Diálogos Ciudadanos de Salud Mental 2024 confirman que la participación no es un acto accesorio ni un requisito formal, sino un dispositivo de bienestar social que permite visibilizar y estructurar la experiencia colectiva. El análisis categorial mostró con claridad que los ejes de acceso, dignidad, ciclo de vida, familia, redes y determinantes sociales son prioritarios para la ciudadanía, el análisis de co-ocurrencia reveló, además, que la subjetividad ciudadana no separa lo clínico de lo social, ni el acceso del trato digno, estos aspectos co-ocurren en el habla de las personas y se refuerzan mutuamente.

En este sentido, la co-ocurrencia adquiere un valor adicional, revela que la ciudadanía no piensa en categorías aisladas, sino en constelaciones de sentido. Esta forma de articular experiencias constituye una epistemología política del territorio donde el conocimiento emerge de la interacción entre vivencias, necesidades y expectativas colectivas.

Al reconocer esta trama compleja, la política pública gana en pertinencia, legitimidad y eficacia. El match entre el discurso comunitario y el del MINSAL no solo dotó de fuerza técnica al Proyecto de Ley Integral de Salud Mental, sino que le otorgó fuerza narrativa y social. Más allá de apoyar una propuesta legislativa, este proceso demuestra que es posible hacer políticas con raíces sociales profundas, donde la evidencia se construye dialogando con quienes viven el problema.

Este modelo es replicable y necesario para otros campos, la educación, la vivienda, la seguridad social. Implica reconocer que las políticas públicas no se imponen desde arriba, sino que se construyen desde el encuentro entre comunidad y Estado. La co-ocurrencia, como hallazgo metodológico, es también un hallazgo político, muestra que la ciudadanía piensa en relaciones, y que las respuestas deben ser integradas.

En términos de bienestar social, la experiencia chilena reafirma que la salud mental no es un tema individual ni clínico, sino un derecho colectivo y una condición para la vida digna. La construcción de redes de apoyo, la participación comunitaria y la convergencia institucional son elementos centrales para avanzar hacia un Estado social capaz de garantizar el bienestar de su población.

En definitiva, este proceso demuestra que la democracia se fortalece cuando el Estado escucha, reconoce y traduce la voz ciudadana en políticas públicas. La salud mental, al situarse en el centro de este proceso, se convierte en un pilar del bienestar social y en un ejemplo de cómo la comunidad y la institucionalidad pueden construir juntas un futuro más justo, digno y solidario.

Desafíos de política pública

Este aprendizaje deja proyectados tres desafíos políticos y de gestión:

- Consolidar mecanismos permanentes de participación con retroalimentación vinculante, para evitar que los diálogos sean episódicos y asegurar que la ciudadanía sepa cómo su voz transforma la política.
- Institucionalizar indicadores que capturen efectos relacionales, es decir, métricas que midan no solo resultados individuales, sino también la calidad de las redes, la cooperación intersectorial y la capacidad de generar confianza en los territorios.
- Resguardar financiamiento y formación profesional que permitan sostener esta promesa de una salud mental digna, intersectorial y territorialmente justa, donde el Estado acompañe y potencie las redes comunitarias en lugar de reemplazarlas.
- En definitiva, los diálogos demostraron que el bienestar social no se construye desde arriba, sino en el encuentro entre comunidad y Estado. La salud mental, situada en el corazón de esta experiencia, se convierte así en un pilar de la democracia sanitaria y en una vía para avanzar hacia un futuro más justo, digno y solidario.



INNOVACIÓN SOCIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA DE LA PLATAFORMA TERRITORIAL SISTAM DESARROLLADA POR UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA REGIONAL EN CHILE

Viviana García Ubillo 1,5¹³

Pablo Reyes Cabrera 3, 5

Alessandra Olivi 2,5

Francisco Serrano Meléndez 4, 5

Alejandro Veloz Baeza 1, 5

Resumen

Es sabido que el sistema público de salud chileno ha incrementado su gasto y producción en la última década, pero con poca eficiencia, obligando a optimizar la gestión de recursos, especialmente en la atención primaria de salud (APS). La evidencia internacional muestra que los sistemas de recordatorios de citas y agendamiento automatizado reducen significativamente las inasistencias y contribuyen a una mejor gestión de las horas y del personal de salud.

En respuesta a estos desafíos, la plataforma de salud territorial SISTAM surge como una innovación social desarrollada por una universidad pública regional chilena, en colaboración con servicios de salud y municipalidades. Su objetivo es apoyar la gestión de la demanda en APS mediante la integración de información clínica y territorial, la georreferenciación de personas usuarias, la automatización de la gestión de citas y la contactabilidad. SISTAM cuenta con reconocimiento nacional, respaldo institucional y

-
1. ¹³ Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso – Chile
 2. Escuela de Sociología, Universidad de Valparaíso - Chile
 3. Escuela de Ingeniería Civil Biomédica, Universidad de Valparaíso – Chile
 4. Escuela de Tecnología Médica, Universidad de Valparaíso – Chile
 5. Centro Gerópolis, Universidad de Valparaíso – Chile

experiencia difundida, respaldada por convenios con el Ministerio de Salud, servicios y municipios.

Estudios realizados en países de renta media y baja dan cuenta de que innovaciones sociales con enfoque territorial y creadas de abajo hacia arriba, pueden mejorar la contactabilidad, disminuir inasistencias y aumentar la participación de las personas usuarias en actividades de tipo preventivas.

Palabras clave: innovación, atención primaria de salud, servicios de salud, instituciones de enseñanza superior.

Introducción

La salud pública en Chile enfrenta un desafío significativo: el 82% de la población depende del Fondo Nacional de Salud (FONASA), y el sistema observa un crecimiento marcado de beneficiarios mayores de 60 años. Un porcentaje importante de estas personas accede a la Atención Primaria de Salud (APS), eje del modelo sanitario, la cual hoy se encuentra presionada por el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y la urgente necesidad de mejorar la gestión y calidad de la atención.

La salud digital ofrece herramientas concretas para enfrentar tanto las inasistencias a controles de salud y tiempos de espera prolongados como también la gestión fragmentada y el escaso uso de sistemas de información (Rusotto, A., Ricciardi, W., y Ferré, F. 2025). Algunos estudios muestran que los recordatorios utilizando servicios de mensajería (SMS) y otros mecanismos de contacto mejoran la asistencia de las personas a consultas de salud, exámenes y programas preventivos y ello tiene efectos considerables en la disminución de las inasistencias (Schwebel FJ, Larimer ME., 2018). En esta misma línea, una experiencia chilena de recordatorios de citas mediante mensajes de texto mostró que los sistemas de agendamiento con recordatorios automáticos permiten a los centros de salud atender a más personas gracias a que se pueden gestionar mejor las cancelaciones de citas y hacer una reasignación eficiente de esos cupos (Boone, CE., Celhay, P., Gertler, P., Gracner, T. y Rodríguez, J. 2022).

Frente a este escenario, emerge el concepto de innovación social en salud, el que pone énfasis en la generación de soluciones que son co-creadas entre diferentes actores y que están dirigidas a resolver problemas prioritarios buscando transformar las relaciones y capacidades locales (Van Niekerk L, Bautista-Gomez MM, Msiska y otros,

2023). Este enfoque se hace particularmente relevante en contextos de recursos limitados, donde la sostenibilidad de las innovaciones depende fuertemente de la participación de estos actores. Es así que las instituciones de educación, especialmente las universidades públicas y regionales, pueden desempeñar un rol estratégico como entes articuladores de conocimiento, tecnología y redes territoriales, generando innovaciones sociales digitales que fortalezcan la APS desde los territorios y que estén alineadas con las políticas públicas nacionales. La plataforma de Salud Territorial SISTAM del Centro Gerópolis de la Universidad de Valparaíso es un ejemplo de ello. SISTAM es una plataforma digital que busca reforzar la gestión de la APS mediante herramientas de información y contactabilidad centradas en las personas y el territorio.

Plataforma de salud territorial SISTAM

SISTAM es una plataforma de gestión territorial de salud que integra registros clínicos, información territorial y herramientas de comunicación para la gestión de establecimientos de APS. Utiliza herramientas de comunicación multicanal destinadas a cada una de las distintas necesidades de la gestión de citas: uso de SMS para recordatorio o cancelaciones de citas, whatsapp para la confirmación y VMS (voice message service) para los operativos. Ha sido creada para interoperar con otras plataformas por lo que se adapta con facilidad a cada tipo de registro.

Dentro de sus cualidades está:

Georreferenciación de personas usuarias y territorios. A partir de la dirección registrada y de datos territoriales, la plataforma genera mapas que identifican la concentración de personas según el programa al que pertenece. Esta georreferenciación facilita planificar acciones de prevención, promoción y contacto en las comunidades, incluso para generar operativos o las rutas de atención.

Gestión automatizada de contactos y citas. SISTAM permite generar y gestionar envíos de mensajes para recordar citas, convocar a operativos de salud o reforzar actividades comunitarias. Incluye funcionalidades de confirmación o rechazo de citas mediante mensajería.

Integración. SISTAM se articula con los registros clínicos electrónicos y sistemas de gestión locales para consolidar información sobre diagnósticos, controles programados, exámenes pendientes, entre otros.

Módulo de gestión y análisis de datos. La plataforma ofrece un módulo específico asociado a datos de gestión permitiendo hacer un seguimiento del cumplimiento de metas además de la generación de estadísticas. Esta información puede permitir a los equipos de APS proponer acciones de manera más estratégica.

Durante el año 2024, SISTAM se implementó en tres CESFAM de Valparaíso y Maipú, obteniendo los siguientes resultados:

Módulo	Resultados
Programa de Salud de la Mujer	La utilización de la herramienta permitió: - Identificar, mediante la georreferenciación, zonas con mayor concentración de usuarias y condiciones demográficas - realizar acciones para recordar citas y organizar actividades de prevención y promoción relacionadas al programa. Como resultado, el programa vio reducida la inasistencia al programa desde un 25% a sólo 10%. Cuadruplicó la asistencia a las actividades de prevención y promoción, pasando de un promedio de 11 personas a 45. Además, permitió reducir el tiempo dedicado a la gestión de estas actividades, pues mediante la plataforma se facilita la selección de los usuarios, la comunicación con ellos y el análisis de las condiciones territoriales.
Gestión de citas	El uso de la herramienta permitió - aumentar la asistencia a operativos de salud en un 14%, llegando incluso a tener un 91% de asistencia a estas convocatorias. - Reducir la cantidad de horas perdidas por inasistencia mediante la aplicación de dos estrategias: 1. Mensajería de recordatorio de citas, reduciendo en un 15,7% la inasistencia a exámenes de EKG. 2) Confirmación oportuna de las citas de manera automatizada con chatbot, logrando una reasignación del 94% de las citas rechazadas.

Fuente: Elaboración propia datos SISTAM 2024

Estos resultados, demuestran que la aplicación de herramientas que apoyen la gestión de los centros de APS beneficia tanto al personal clínico, quienes ven mejorada y respaldada su gestión, como a los usuarios, quienes mejoran su percepción hacia el centro, fortaleciendo así el vínculo entre ellos. También inciden directamente en la satisfacción de las personas que se atienden y en la mejora de la calidad de servicio del centro. Por otra parte, están alineados con la evidencia internacional sobre el efecto de los recordatorios y sistemas de agendamiento digital en la reducción de inasistencias a las atenciones y controles de salud, especialmente de las personas con condiciones crónicas. Introduciendo un componente territorial y de innovación aporta a la reducción de brechas de acceso y a la consolidación de la APS como el gran eje del sistema de salud en Chile.

Innovación social en salud

La innovación social en salud es definida como el desarrollo e implementación de soluciones nuevas o mejoradas que responden a necesidades de salud prioritarias y que se realiza mediante procesos participativos, dando un nuevo sentido a las relaciones entre los diferentes actores y generando valor social sostenible (Van Niekerk L, Bautista-Gomez MM, Msiska y otros, 2023). Estas innovaciones sociales buscan articular los saberes locales y las organizaciones comunitarias con gobiernos locales y, por supuesto, la academia.

Estudios de casos en países de ingresos bajos y medios han mostrado que las innovaciones sociales en salud pueden ampliar el acceso de grupos en situación de vulnerabilidad, mejorar la calidad percibida, reforzar sistemas comunitarios y contribuir al avance hacia la cobertura universal de salud (Van Niekerk L, Bautista-Gomez MM, Msiska y otros, 2023). Los elementos que les caracterizan consideran: identificación de las problemáticas desde las experiencias comunitarias y los equipos locales; acciones y talleres de co-diseño de las soluciones; el uso de tecnologías contextualizadas y un análisis y evaluación constante.

La literatura sobre recordatorios de citas y sistemas de agendamiento digital muestra, de forma consistente, que estas herramientas pueden reducir las inasistencias y mejorar el uso de la capacidad instalada. Investigaciones que se han realizado para evaluar los recordatorios por SMS reportan mejoras en la asistencia a citas y en la adherencia, destacando además su bajo costo y la automatización de procesos (Schwebel FJ, Larimer ME, 2018). Se ha documentado, por una parte, que los sistemas de

recordatorios automatizados incrementan la capacidad para atender a más personas sin, necesariamente, aumentar recursos; y que, por otra, los recordatorios reducen de manera eficiente las inasistencias o “no-shows” (Boone, C.E., Celhay, P. , Gertler P, Gracner T, Rodriguez J. , 2022) las que tienen una tasa promedio de 20–25% del total de citas implicando un alto volumen de horas perdidas (Dantas, L., Fleck, J., Cyrino, Hamacher, S., 2018).

Sobre los aportes de las instituciones públicas de educación superior

La experiencia de SISTAM da cuenta de cómo una universidad pública y regional puede ocupar un rol central en la generación de innovaciones que fortalecen la APS. Ello gracias a que:

- El diseño y desarrollo de SISTAM responde a una lógica de “abajo hacia arriba”. La plataforma surge de necesidades identificadas por los propios equipos de salud y las personas usuarias: inasistencias a controles y exámenes, dificultades para contactar a las personas usuarias, entre otros. Los talleres y encuentros de co-creación permiten que las funcionalidades de la plataforma se vayan desarrollando con las personas y se ajusten a sus propios procesos.
- La capa de información territorial permite la georreferenciación de las personas usuarias de los programas como también de los dispositivos y recursos territoriales, permitiendo orientar los esfuerzos de los equipos a llevar las atenciones y servicios hacia sectores con mayores brechas de acceso.
- Existe una mejora de la eficiencia de la APS a través de la innovación social digital, ya que disminuye las inasistencias a los controles de salud y permite reasignar horas de manera oportuna además de difundir las actividades preventivas y operativas.
- Pertenecer a una universidad pública y regional permite integrar sus capacidades de vinculación con el medio con las académicas (formulación de proyectos, generación de evidencia, ajuste a estándares éticos) y las técnicas (asociadas al uso de tecnología digital y la generación y análisis de datos).

La plataforma SISTAM es el mejor ejemplo de que las universidades públicas pueden liderar innovaciones con sentido de lo público, que respondan a necesidades concretas del medio y que no tengan un fin de lucro. Este tipo de trayectoria genera condiciones para que las soluciones sean consideradas bienes públicos, susceptibles de ser escalados y adaptados a otros territorios sin perder su orientación al interés de lo público.

Conclusiones

La plataforma de salud territorial SISTAM constituye un ejemplo concreto de cómo una innovación social digital, gestada en una universidad pública regional y co-creada con equipos de APS y usuarios, puede contribuir a fortalecer la atención primaria. Al integrar información clínica y territorial, automatizar la contactabilidad con las personas usuarias y la gestión de citas, y ofrecer módulos que permiten el monitoreo de datos para una mejor toma de decisiones, aborda de manera directa problemas críticos relacionados a la gestión.

Los resultados de implementación de SISTAM 2024 se relacionan con la evidencia internacional existente respecto al efecto de los recordatorios de citas y los sistemas de agendamiento digital en la reducción de inasistencias a las atenciones y controles de salud. Es así como, incorporando el componente territorial y de innovación ha aportado a la reducción de brechas de acceso y consolidación de la APS.

Cada uno de los reconocimientos de los que SISTAM se ha hecho merecedor viene a reforzar la idea de que las universidades públicas pueden liderar el desarrollo de bienes públicos con un alto potencial de impacto sanitario y social. Ello permite a estas instituciones de educación superior cumplir con su ethos indicado en el artículo cuatro de la ley 21.094.

Referencias

1. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2018). *Ley N.º 21.094 sobre universidades estatales*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1119253>
2. Boone, C. E., Celhay, P., Gertler, P., Gracner, T., & Rodríguez, J. (2022). How scheduling systems with automated appointment reminders improve health clinic efficiency. *Journal of Health Economics*, 82, 102598. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102598>
3. Capurro, D., Echeverry, A., Figueroa, R., Guiñez, S., Taramasco, C., Galindo, C., Avendaño, A., García, A., & Härtel, S. (2017). Chile's National Center for Health Information Systems: A public-private partnership to foster health care information interoperability. *Studies in Health Technology and Informatics*, 245, 693–695. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-830-3-693>
4. Dantas, L. F., Fleck, J. L., Cyrino Oliveira, F. L., & Hamacher, S. (2018). No-shows in appointment scheduling – A systematic literature review. *Health Policy*, 122(4), 412–421. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.002>
5. Lenz-Alcayaga, R., & Páez-Pizarro, L. (2023). Efficiency and productivity of the Chilean public health system between 2010 and 2019. *Medwave*, 23(6), e2682. <https://doi.org/10.5867/medwave.2023.06.2682>

6. Rusotto, A., Ricciardi, W., & Ferré, F. (2025). Understanding no-show patterns in healthcare: A retrospective study from Northern Italy. *Healthcare*, 13(15), 1869. <https://doi.org/10.3390/healthcare13151869>
7. Schwebel, F. J., & Larimer, M. E. (2018). Using text message reminders in health care services: A narrative literature review. *Internet Interventions*, 13, 82–104. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.06.002>
8. Ulloa-Pérez, E., Blasi, P. R., Westbrook, E. O., Lozano, P., Coleman, K. F., & Coley, R. Y. (2022). Pragmatic randomized study of targeted text message reminders to reduce missed clinic visits. *The Permanente Journal*, 26(1), 64–72. <https://doi.org/10.7812/TPP/21.078>
9. Van Niekerk, L., Bautista-Gómez, M. M., Msiska, B. K., Mier-Alpaño, J. D. B., Ongkeko, A. M., & Manderson, L. (2023). Social innovation in health: Strengthening community systems for universal health coverage in rural areas. *BMC Public Health*, 23(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14451-8>
10. Vann, J. C. J., Jacobson, R. M., Coyne-Beasley, T., Asafu-Adjei, J. K., & Szilagyi, P. G. (2018). Patient reminder and recall interventions to improve immunization rates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD003941. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003941.pub3>
11. Zhao, P., Yoo, I., Lavoie, J., Lavoie, B. J., & Simoes, E. (2017). Web-based medical appointment systems: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(4), e134. <https://doi.org/10.2196/jmir.6747>

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y LA NECESIDAD DE POLÍTICAS CON ENFOQUE DE DERECHOS: El ejercicio pleno de los derechos de las personas mayores en el Chile actual

Carolina Guerra F.

I. Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más significativos del siglo XXI, transformando las estructuras sociales, económicas y políticas de las sociedades contemporáneas. Chile no es ajeno a esta realidad, y los datos más recientes del Censo 2024 confirman la aceleración de este proceso, posicionando al país en una etapa de "envejecimiento avanzado" que demanda respuestas urgentes y comprehensivas desde las políticas públicas (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2024).

Este artículo examina el fenómeno del envejecimiento poblacional en Chile y el mundo, con especial énfasis en la necesidad imperiosa de implementar políticas públicas con enfoque de derechos humanos que garanticen el ejercicio pleno de los derechos de las personas mayores. A partir de datos actualizados y el análisis de marcos normativos internacionales y regionales, se busca evidenciar que el envejecimiento no representa una amenaza sino una oportunidad para replantear los pilares de nuestra sociedad bajo el prisma de la dignidad humana, la participación y la justicia social.

El presente trabajo sostiene que sólo mediante la adopción de un enfoque basado en derechos humanos —que sitúe a las personas mayores en el centro de las acciones y reconozca su agencia, autonomía y contribución social— será posible construir una sociedad verdaderamente inclusiva e intergeneracional, capaz de garantizar el bienestar y la realización personal de todos sus miembros, independientemente de su edad.

II. La realidad demográfica: Chile y el mundo frente al envejecimiento poblacional

El mundo experimenta una transformación demográfica sin precedentes. Según las Perspectivas de la Población Mundial 2024, la población mundial alcanzó los 8.200 millones de personas en 2024 y se proyecta que llegará a un máximo de aproximadamente 10.300 millones hacia 2085, antes de disminuir gradualmente (Naciones Unidas, 2024). Sin embargo, más allá del crecimiento poblacional, el cambio más significativo radica en la estructura etaria de las sociedades: el mundo está

envejeciendo a un ritmo sin precedentes. La esperanza de vida al nacer alcanzó los 73,3 años en 2024, lo que representa un aumento de 8,4 años desde 1995, y se prevé que llegará a 77,4 años en 2054 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). El número de personas de 60 años o más pasó de 1.100 millones en 2023 a proyecciones de 1.400 millones en 2030. Entre 2024 y 2074, la proporción de personas mayores de 65 años se duplicará, pasando del 10% al 20,7% de la población mundial (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2024).

Para 2080, se anticipa que el número de personas de 65 años o más superará al de menores de 18 años por primera vez en la historia moderna, un hito que refleja la profundidad de esta transición demográfica (Naciones Unidas, 2024). Este envejecimiento poblacional no es uniforme. Mientras que en 2020 el número de personas de 60 años o más superó al de niños menores de cinco años globalmente, los países en desarrollo están experimentando este proceso a una velocidad considerablemente mayor que la registrada históricamente en los países desarrollados. En efecto, muchos países importantes de Asia Oriental, incluyendo China, Taiwán, Singapur y ambas Coreas, alcanzarán el 30% de población mayor de 65 años hacia 2050, apenas 20 años después que las naciones desarrolladas —una diferencia temporal considerablemente pequeña dada la enorme brecha en niveles de desarrollo económico y social (UNFPA, 2024).

América Latina y el Caribe se encuentran en medio de esta acelerada transición. La región experimenta una velocidad de envejecimiento del 3,5% proyectada para el período 2020-2025, tres veces superior al índice de crecimiento de la población total. Para el año 2050, se proyecta una proporción de adultos mayores superior al 15% en todos los países de la región, y superior al 30% en varios de ellos, incluyendo Cuba, Uruguay, Chile y varios países del Caribe (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [CELADE], 2024).

Los resultados del Censo 2024 confirman de manera contundente que Chile se consolida como una de las poblaciones más envejecidas del Cono Sur y de América Latina. El censo contabilizó 18.480.432 personas, y las cifras demográficas son elocuentes: el 14% de la población tiene 65 años o más, un aumento significativo respecto al 11,4% registrado en 2017 y al 6,6% de 1992 (INE, 2024). Simultáneamente, el porcentaje de personas de 14 años o menos disminuyó de 29,4% en 1992 a 17,7% en 2024. El Índice de Envejecimiento —que mide la cantidad de personas de 65 años o más por cada 100 menores de 15 años— alcanzó 79 en 2024, un aumento exponencial respecto a los 56,9 de 2017, 31,3 de 2002 y 22,3 de 1992 (INE, 2024). Esta progresión

acelerada evidencia que el país ha duplicado su índice de envejecimiento en menos de una década.

Las proyecciones indican que Chile pasará del 14% al 21% de población mayor en apenas 17 años, mientras que a Uruguay le tomó 48 años alcanzar la misma transición —una aceleración que plantea desafíos urgentes para la adaptación de sistemas e instituciones (Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo, 2024). Según este mismo observatorio, la población de 60 años o más alcanzó el 19,8% en 2024, casi el doble de su proporción respecto de 1992, cuando representaba el 9,8%. Entre 2017 y 2024, la población mayor creció un 28,6%, correspondiente a un aumento promedio anual del 3,7%, muy por encima del crecimiento de la población total del país, que fue solo del 0,7% en el mismo periodo. Las proyecciones de organismos internacionales indican que en 2044 el grupo de 60 años y más será el más numeroso en el país, con alrededor de 6,2 millones de personas, superando los 7 millones después del 2050 (Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo, 2024).

El envejecimiento en Chile presenta características distintivas que merecen atención. Se observa una feminización del envejecimiento: el índice de feminidad para personas de 80 años y más alcanzó 166,7 en 2024, lo que significa que por cada 100 hombres en este grupo etario hay casi 167 mujeres (Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo, 2024). Esta mayor presencia femenina en edades avanzadas, sumada al incremento de la longevidad, subraya la necesidad de políticas públicas con enfoque de género. Asimismo, el envejecimiento no es geográficamente homogéneo. Las regiones de Valparaíso con un índice de 98,6 y Ñuble con 97,6 presentan los mayores índices de envejecimiento, mientras que las regiones del norte del país, como Tarapacá con 43,9 y Antofagasta con 49,3, mantienen poblaciones relativamente más jóvenes debido a procesos migratorios (INE, 2024). A nivel comunal, 114 comunas, equivalentes al 33% del total, presentan un índice de envejecimiento igual o superior a 100, es decir, ya hay más personas mayores que niños, niñas y adolescentes.

La composición de los hogares refleja también el envejecimiento poblacional: el 11,6% de los hogares a nivel nacional están conformados solo por personas de 65 años o más, cifra que era de apenas 4,3% en 1992 (INE, 2024). Adicionalmente, el porcentaje de hogares unipersonales aumentó de 8,3% en 1992 a 21,8% en 2024, fenómeno asociado al envejecimiento, la viudez y los cambios en las estructuras familiares. Esta transformación demográfica obedece fundamentalmente a dos factores interrelacionados: el descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida. En Chile, la Tasa Global de Fecundidad cayó dramáticamente de 6 hijos por mujer en el quinquenio 1955-1960 a 1,16 hijos por mujer en 2024, situándose muy por debajo del

nivel de reemplazo poblacional de 2,1 hijos (INE, 2024). Esta reducción se asocia a múltiples factores: la masificación de métodos anticonceptivos, la incorporación de la mujer al mercado laboral, el aumento de la escolaridad femenina, la postergación de la maternidad, y transformaciones culturales relacionadas con los proyectos de vida y la autonomía de las mujeres.

III. El enfoque de derechos humanos: un imperativo ético y político

El enfoque basado en derechos humanos representa un cambio de paradigma fundamental en la conceptualización y diseño de políticas públicas. A diferencia de enfoques asistencialistas o caritativos que conciben a las personas mayores como objeto de protección o beneficiarias pasivas de servicios, el enfoque de derechos las reconoce como sujetos plenos de derecho, con agencia, autonomía y capacidad de decisión sobre sus propias vidas (CELADE, 2024). Este enfoque se sustenta en tres principios fundamentales recogidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos: la universalidad, que implica que todos los derechos humanos corresponden a todas las personas por el solo hecho de serlo, sin discriminación alguna; la inalienabilidad, que establece que los derechos no pueden ser enajenados ni renunciados; y la indivisibilidad e interdependencia, que reconoce que todos los derechos —civiles, políticos, económicos, sociales y culturales— están interrelacionados y son igualmente importantes.

Las políticas públicas con enfoque de derechos humanos se caracterizan por situar a las personas mayores en el centro de las acciones, reconociendo su diversidad y las múltiples discriminaciones que pueden enfrentar. Implica considerar la perspectiva de género, la interseccionalidad —reconociendo que factores como la etnia, la condición socioeconómica, la discapacidad, la orientación sexual o la ubicación geográfica generan vulnerabilidades específicas—, la participación activa de las personas mayores en el diseño, implementación y evaluación de políticas, y la rendición de cuentas de los Estados como garantes de derechos (CELADE, 2024).

Si bien los derechos de las personas mayores están implícitos en los principales tratados internacionales de derechos humanos —como la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 y los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966— durante décadas la comunidad internacional no prestó suficiente atención específica a los obstáculos que dificultan el pleno disfrute de sus derechos. Un primer hito fue la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Viena en 1982, que elaboró un Plan de Acción con 62 puntos sobre temas como salud, vivienda, familia, bienestar social, seguridad de

ingresos, empleo y educación. La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en 2002, aprobó el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que establece tres direcciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez; y la creación de un entorno propicio y favorable (Naciones Unidas, 2024).

A nivel regional, América Latina dio un paso histórico con la aprobación en 2015 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, el primer instrumento jurídicamente vinculante del mundo dedicado específicamente a los derechos de este grupo poblacional (Organización de Estados Americanos [OEA], 2015). Chile ratificó esta Convención, comprometiéndose así a promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores. La Convención define a la persona mayor como aquella de 60 años o más, salvo que la legislación nacional establezca una edad base menor o mayor, no superior a 65 años, y prohíbe explícitamente la discriminación por edad en la vejez (OEA, 2015).

Establece derechos específicos en múltiples áreas: igualdad y no discriminación; vida y dignidad en la vejez; independencia y autonomía; participación e integración comunitaria; seguridad y vida sin ningún tipo de violencia; derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud; derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo; derecho a la libertad personal; derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información; derecho a la seguridad social; derecho al trabajo; derecho a la salud; derecho a la educación; derecho a la cultura; derecho a la recreación, esparcimiento y deporte; derecho a la vivienda; derecho a un medio ambiente sano; derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal; derechos políticos; derecho de reunión y de asociación; y situaciones de riesgo y emergencias humanitarias (OEA, 2015).

Adicionalmente, la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, declarada por la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas, enfatiza cuatro áreas de acción: cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos con respecto a la edad y el envejecimiento, combatiendo el edadismo; asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores, creando entornos favorables; ofrecer una atención integrada y centrada en la persona, y servicios de salud primarios que respondan a las necesidades de las personas mayores; y proporcionar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesitan (OMS, 2024). Este

marco normativo internacional y regional constituye la base sobre la cual deben construirse las políticas públicas nacionales con enfoque de derechos.

IV. Desafíos y propuestas para el ejercicio pleno de los derechos de las personas mayores en Chile

A pesar de los avances normativos, las personas mayores en Chile enfrentan múltiples barreras para el ejercicio pleno de sus derechos. La pobreza y la inseguridad económica constituyen uno de los principales obstáculos que demandan una respuesta urgente desde las políticas públicas. El sistema de pensiones chileno, basado en la capitalización individual, ha generado pensiones insuficientes para garantizar un nivel de vida digno. De acuerdo al estudio sobre buenas prácticas en el ámbito de las políticas públicas para las personas mayores con un enfoque de derechos humanos, existe una proporción significativa de personas mayores en situación de vulnerabilidad económica que dependen de transferencias estatales como la Pensión Garantizada Universal y el Aporte Previsional Solidario, las cuales, si bien representan un avance, resultan insuficientes para cubrir las necesidades básicas (CELADE, 2024).

La desigualdad de género se agudiza en la vejez. Las mujeres mayores presentan tasas de pobreza superiores a los hombres debido a historiales laborales más discontinuos — producto de responsabilidades de cuidado no remunerado—, menores salarios durante su vida activa, y mayor longevidad. La feminización del envejecimiento, sumada a estas desventajas acumuladas, genera una situación de particular vulnerabilidad que requiere atención específica con enfoque de género (Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo, 2024). Frente a este panorama, resulta fundamental avanzar hacia un sistema de pensiones reformado integralmente que garantice pensiones suficientes para un nivel de vida digno. Esto implica fortalecer el pilar solidario, reconocer y compensar las labores de cuidado no remuneradas especialmente de mujeres, y asegurar que ninguna persona mayor viva en pobreza. La Pensión Garantizada Universal debe aumentar progresivamente hasta alcanzar al menos el valor de la línea de pobreza por ingresos, complementándose con programas de apoyo para el acceso a vivienda digna, servicios básicos, alimentación y otros elementos esenciales del derecho a un nivel de vida adecuado.

El envejecimiento trae consigo un aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, dependencia funcional y necesidades de cuidados de largo plazo. El sistema de salud chileno, aunque ha incorporado programas específicos como el Programa de Salud del Adulto Mayor, enfrenta desafíos de accesibilidad, oportunidad y calidad. Las listas de espera para atenciones especializadas, la fragmentación entre

el sistema público y privado, y la insuficiente formación en geriatría y gerontología del personal de salud limitan el acceso a una atención integral y de calidad (OMS, 2024). Los cuidados de largo plazo constituyen un área crítica que requiere atención prioritaria. Como señala el estudio sobre cuidados de largo plazo para personas mayores, Chile requiere transitar desde un modelo de cuidado principalmente familiar y feminizado hacia un sistema integral de cuidados que reconozca esta función como una responsabilidad compartida entre familias, Estado, mercado y comunidad (Huenchuan, 2024).

La reciente aprobación de la Ley de Cuidados representa un avance, pero su implementación efectiva requiere recursos, institucionalidad y un cambio cultural profundo. Es imperativo desarrollar un modelo de atención de salud integral, centrado en la persona, que aborde no sólo la enfermedad sino la promoción de la salud y la prevención. Esto incluye la formación especializada en geriatría y gerontología, la eliminación de barreras de acceso, y la garantía de atención oportuna y de calidad. El sistema de cuidados de largo plazo debe institucionalizarse con financiamiento adecuado, reconociendo el derecho al cuidado tanto de quienes lo requieren como de quienes lo brindan. Debe incluir servicios comunitarios, apoyo domiciliario, centros de día, residencias de larga estadía cuando sea necesario, y apoyo a las familias cuidadoras (Huenchuan, 2024). La profesionalización y dignificación del trabajo de cuidados, así como la corresponsabilidad social en esta función, son elementos centrales de un sistema de cuidados con enfoque de derechos.

El edadismo —los estereotipos, prejuicios y discriminación hacia las personas por su edad— constituye una barrera invisible pero perversa que atraviesa todos los ámbitos de la vida social. La sociedad chilena mantiene concepciones negativas sobre el envejecimiento, asociándolo exclusivamente a declive, dependencia y pérdida de capacidades. Estos estereotipos se traducen en discriminación laboral, donde las personas mayores enfrentan mayores dificultades para encontrar empleo o mantener su participación laboral; exclusión de espacios de toma de decisiones; infantilización; y negación de su autonomía y capacidad de decisión (OMS, 2024). La participación social, política y comunitaria de las personas mayores es limitada. Si bien existen organizaciones de personas mayores, su incidencia en políticas públicas es insuficiente. Los mecanismos de consulta y participación son escasos, y la representación de personas mayores en espacios de decisión política es marginal. El diseño de políticas públicas frecuentemente se realiza "para" las personas mayores pero no "con" ellas, contraviniendo el principio de participación del enfoque de derechos (CELADE, 2024).

Para combatir el edadismo y promover la participación efectiva, se requieren campañas sostenidas de sensibilización que transformen las representaciones sociales sobre el envejecimiento, destacando las contribuciones de las personas mayores, su diversidad, y los aportes que realizan a sus familias y comunidades. La educación desde edades tempranas sobre el envejecimiento como proceso natural y sobre los derechos de las personas mayores puede contribuir a sociedades más inclusivas. La participación debe garantizarse mediante la creación de consejos consultivos con poder vinculante, la inclusión de personas mayores en comités de diseño de políticas, y el fortalecimiento de sus organizaciones. Las políticas de empleo deben combatir la discriminación etaria y facilitar la continuidad laboral de quienes deseen y puedan continuar trabajando, con flexibilidad y adaptaciones según sus necesidades (CELADE, 2024).

La pandemia de COVID-19 evidenció de manera dramática la brecha digital que afecta a las personas mayores. La digitalización acelerada de servicios públicos y privados, sin consideración de las capacidades y conocimientos tecnológicos de todos los grupos etarios, generó exclusión y vulneración de derechos. El acceso a servicios de salud, beneficios sociales, trámites bancarios y hasta el ejercicio de la ciudadanía requieren cada vez más competencias digitales que muchas personas mayores no poseen, sin que existan programas sistemáticos y de cobertura universal para la alfabetización digital. Deben implementarse programas masivos y gratuitos de alfabetización digital específicamente diseñados para personas mayores, considerando sus ritmos de aprendizaje y necesidades. Los servicios públicos digitales deben mantener alternativas presenciales y telefónicas, asegurando que la digitalización no se convierta en una nueva forma de exclusión. La accesibilidad web de los sitios gubernamentales y el diseño de interfaces amigables son esenciales para garantizar el derecho de acceso a la información y servicios (OMS, 2024).

El maltrato hacia las personas mayores —físico, psicológico, económico o por negligencia— constituye una grave vulneración de derechos que permanece frecuentemente invisibilizada. La dependencia funcional y económica, el aislamiento social, y la falta de mecanismos efectivos de denuncia y protección perpetúan situaciones de abuso. La pandemia agravó esta situación al aumentar el confinamiento y reducir las redes de apoyo. Se requieren protocolos de detección y atención del maltrato en todos los servicios que atienden personas mayores, capacitación de profesionales, campañas de prevención, y un sistema judicial ágil y especializado. Los mecanismos de denuncia deben ser accesibles y confidenciales, garantizando protección efectiva a las víctimas (OEA, 2015).

Las ciudades chilenas no están diseñadas para la diversidad etaria. La falta de accesibilidad universal en el transporte público, las barreras arquitectónicas en veredas y edificios, la insuficiencia de espacios públicos adaptados, y la inseguridad urbana limitan la movilidad e independencia de las personas mayores. En términos de entornos físicos, la accesibilidad universal debe ser obligatoria en espacios públicos y transporte. Las políticas de desarrollo urbano deben incorporar el concepto de ciudades amigables con las personas mayores, promovido por la Organización Mundial de la Salud, con espacios públicos seguros, iluminados, con bancas y servicios, transporte accesible y frecuente, y viviendas adaptables (OMS, 2024). La creación de estos entornos favorables requiere inversión en infraestructura, planificación urbana inclusiva y políticas de vivienda que permitan el envejecimiento en el lugar.

Resulta fundamental fortalecer el marco normativo e institucional para garantizar el ejercicio efectivo de derechos. Es esencial avanzar hacia una Ley Integral de Derechos de las Personas Mayores que, en línea con la Convención Interamericana, garantice de manera comprehensiva y vinculante todos los derechos de este grupo poblacional (OEA, 2015). Esta ley debería establecer mecanismos de exigibilidad, órganos de supervisión, presupuestos garantizados, y sanciones frente a su incumplimiento. A nivel institucional, se requiere fortalecer el Servicio Nacional del Adulto Mayor, dotándolo de mayores atribuciones, recursos y capacidad de coordinación intersectorial. La creación de un Defensor de las Personas Mayores, como existe en otros países, podría contribuir a la protección de sus derechos y la fiscalización de su cumplimiento.

Las políticas deben reconocer que las personas mayores no constituyen un grupo homogéneo. Las mujeres mayores, las personas mayores con discapacidad, las personas mayores indígenas, las personas mayores de diversidades sexuales, las personas mayores en situación de pobreza o ruralidad, enfrentan discriminaciones múltiples que requieren respuestas específicas (CELADE, 2024). La interseccionalidad y la interculturalidad deben permear el diseño, implementación y evaluación de todas las políticas. Las políticas para personas mayores requieren financiamiento adecuado y sostenido. Los presupuestos públicos deben reflejar la prioridad política asignada a este grupo poblacional, cuya proporción en la población se incrementa aceleradamente. Es fundamental establecer sistemas robustos de monitoreo y evaluación, con indicadores específicos por edad, género y otras variables relevantes, que permitan medir el progreso en la garantía de derechos y ajustar las políticas según la evidencia. La rendición de cuentas debe incluir la participación de las propias personas mayores y de la sociedad civil (CELADE, 2024).

V. Conclusiones

El envejecimiento poblacional representa uno de los mayores desafíos y oportunidades del siglo XXI para Chile y el mundo. Los datos actualizados demuestran que este fenómeno se acelera y profundiza, transformando la estructura demográfica de nuestras sociedades de manera irreversible (INE, 2024; Naciones Unidas, 2024). Chile, con un 14% de su población mayor de 65 años en 2024 y proyecciones que indican que los mayores de 60 años serán el grupo etario más numeroso en 2044, se encuentra en un momento crítico que demanda respuestas urgentes y transformadoras (Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo, 2024).

Este artículo ha argumentado que el envejecimiento no debe conceptualizarse como una amenaza o carga social, sino como un logro del desarrollo y una oportunidad para repensar y fortalecer los pilares de nuestra sociedad. Sin embargo, para que este potencial se materialice, resulta imperativo adoptar un enfoque basado en derechos humanos que sitúe a las personas mayores en el centro de las políticas públicas, reconociéndolas como sujetos plenos de derecho con autonomía, dignidad y capacidad de contribución social (CELADE, 2024; OEA, 2015).

El marco normativo internacional y regional, especialmente la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores ratificada por Chile, establece estándares claros sobre los derechos que deben garantizarse y las obligaciones del Estado (OEA, 2015). No obstante, la distancia entre el reconocimiento formal de derechos y su ejercicio efectivo permanece considerable. La pobreza, la discriminación etaria, las barreras de acceso a salud y cuidados, la exclusión digital y social, y la falta de participación efectiva constituyen obstáculos que vulneran cotidianamente los derechos de miles de personas mayores en nuestro país.

Transitar desde un enfoque asistencialista hacia uno basado en derechos requiere transformaciones profundas en las políticas públicas, las instituciones, la asignación presupuestaria, pero también en las representaciones sociales y las prácticas culturales. Implica reconocer que los derechos no caducan con la edad, que la dignidad humana es inherente e inviolable independientemente de la funcionalidad o productividad económica, y que una sociedad justa se mide por cómo trata a sus miembros más vulnerables. Las políticas con enfoque de derechos deben caracterizarse por la universalidad, la integralidad, la participación, la interseccionalidad, la sostenibilidad financiera y la rendición de cuentas (CELADE, 2024). Deben abordar no sólo las necesidades inmediatas sino también las causas estructurales de la desigualdad y la exclusión. Deben construirse "con" las personas mayores, reconociendo su diversidad, su experiencia y su agencia.

La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 representa una oportunidad para la acción concertada (OMS, 2024). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, con su principio rector de "no dejar a nadie atrás", interpelan directamente a garantizar la inclusión de las personas mayores. Las lecciones de la pandemia de COVID-19, que afectó desproporcionadamente a este grupo, deben traducirse en políticas que fortalezcan la resiliencia y la protección. El envejecimiento nos convoca a todas y todos, porque todas las personas —si tenemos la fortuna de vivir lo suficiente— envejeceremos. Construir una sociedad que honre, respete y garantice los derechos de las personas mayores es, en última instancia, construir una sociedad más justa, más solidaria y más humana para todas las generaciones. Es una tarea que no admite postergación y que requiere el compromiso de los Estados, la sociedad civil, el sector privado, las familias y las propias personas mayores.

Chile tiene la oportunidad de convertirse en referente regional en la garantía de los derechos de las personas mayores. Para ello, debe traducir los compromisos internacionales asumidos en políticas públicas concretas, financiadas adecuadamente, implementadas efectivamente, y evaluadas rigurosamente. Debe combatir el edadismo y promover una cultura de respeto y valoración de la vejez. Debe garantizar que todas las personas mayores puedan ejercer plenamente sus derechos, vivir con dignidad, participar activamente en la sociedad, y envejecer en condiciones de seguridad, inclusión y bienestar. El envejecimiento poblacional es una realidad inexorable. La pregunta no es si envejeceremos como sociedad, sino cómo lo haremos. La respuesta a esta interrogante definirá el tipo de sociedad que somos y que queremos legar a las futuras generaciones. Este artículo ha buscado contribuir a esa reflexión, argumentando que sólo mediante la adopción de políticas públicas con enfoque de derechos humanos podremos garantizar que el envejecimiento sea una experiencia de plenitud, dignidad y realización personal para todas y todos. El desafío es colectivo, la urgencia es evidente, y el imperativo ético es ineludible.

Referencias

1. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (2024). *Buenas prácticas en el ámbito de las políticas públicas para las personas mayores con un enfoque de derechos humanos*. CEPAL.
2. Huenchuan, S. (2024). *Cuidados de largo plazo para personas mayores: perspectivas demográficas y sociales en el Caribe hispano, Centroamérica y México*. CEPAL.
3. Instituto Nacional de Estadísticas. (2024). *Primeros resultados del Censo 2024*. INE.

4. Naciones Unidas. (2024). *Perspectivas de la población mundial 2024*. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
5. Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo. (2024). *Informe sobre envejecimiento poblacional en Chile*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
6. Organización de Estados Americanos. (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. OEA.
7. Organización Mundial de la Salud. (2024). *Envejecimiento y salud*. OMS.
8. Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2024). *Envejecimiento de la población*. UNFPA.

EL AGRESTE CAMINO DEL DERECHO AL ABORTO EN CHILE

Maité Albagly Giroux¹⁴

INTRODUCCIÓN

El debate sobre el aborto en Chile viene de lejos. Comenzó hace más de un siglo y medio, en 1874, y sigue ocupando todavía hoy en 2025 un lugar importante en la política chilena. Este texto presentará el estado actual del problema, insistiendo sobre los avances alcanzados después de 1990 y de la reconstrucción de la democracia. En un segundo tiempo, ubicará el debate en perspectiva histórica, insistiendo en las paradojas que han ido apareciendo con el tiempo. Para concluir, analizará las principales amenazas que se ciernen hoy sobre la defensa de los derechos de las mujeres.

El primer debate público sobre el aborto tuvo lugar en Chile en 1874. Durante cincuenta años el problema fue discutido en medios judiciales y médicos, en torno al derecho del médico a practicar un aborto en determinados casos. Por lo tanto, cuando el aborto fue parcialmente legalizado, en 1931, la decisión era el resultado de debates que habían estado abiertos durante varias décadas.

Paradoja n°1: 2025 versus 1931.

Chile fue uno de los primeros países de América Latina que introdujo en su legislación, a partir de 1931, la posibilidad de poder recurrir en determinados casos al aborto terapéutico. Esta regla, vigente durante casi 60 años, fue derogada por Pinochet en 1989, hacia el fin de la dictadura y justo antes del retorno a la democracia. La ley de 1931 había sido adoptada al terminar la primera presidencia de Carlos Ibáñez del Campo (1927-1931), presidencia bajo un régimen autoritario, casi dictatorial, pero que realizó importantes reformas institucionales. La ley de 1931 autorizaba el aborto terapéutico cuando la vida o la salud de la mujer embarazada se encontraba amenazada, y fue integrada en el Código Sanitario: el artículo 119 permitía a los

¹⁴ economista y jurista, ex secretaria general de Planning Familiar en Francia y experta en género de la Comisión Europea

médicos interrumpir un embarazo, con el consentimiento de la mujer (o de su representante legal) "cuando su continuación implica un peligro para la vida o la salud de la madre". Legislación que posicionó a Chile entre los países de América Latina más progresistas en la materia.

Esta es la regla que se mantuvo vigente durante casi seis décadas, hasta su derogación en 1989 bajo el gobierno de Pinochet.

Paradoja n°2: mantención del aborto terapéutico durante los 17 años de dictadura

La ley de 1931 que permitía la interrupción voluntaria del embarazo se mantuvo entonces vigente durante las cuatro décadas que siguieron a la primera presidencia de Ibáñez (1932-1973) y, paradójicamente, durante casi toda la dictadura militar (1973-1990). Derogar el aborto terapéutico y modificar el Código Sanitario fueron las últimas decisiones del régimen de Pinochet, en 1989, en condiciones que el país ya había, en los hechos, iniciado su proceso de transición a la democracia. Decisión adoptada a instancias del almirante Merino, comandante en jefe de la Marina y miembro de la junta militar, y por presión de los sectores más conservadores de la derecha chilena. Desde entonces el aborto estuvo totalmente prohibido bajo todas sus formas, incluso si se encontraba en peligro la vida de la madre.

Vale la pena recordar que el divorcio recién fue legalizado en Chile en 2004; antes de esa fecha no existía y Chile era uno de los últimos países del mundo que carecía de legislación en esta materia. Sólo se aplicaba una anulación pura y simple del matrimonio, lo que dejaba a mujeres e hijos sin protección, lo que dice mucho sobre la sociedad patriarcal que era el país en esos años. La responsabilidad principal en este retraso recae en la Democracia Cristiana, partido que tenía un papel importante en la *Concertación de Partidos por la Democracia* (coalición que gobernó el país desde el fin de la dictadura hasta el final de la primera presidencia de Michele Bachelet).

Avances importantes, pero limitados.

Fue sólo después de superar muchas dificultades que la legislación chilena autorizó la « píldora del día después » y, más adelante, el aborto « *en tres causales* » (en tres casos: riesgo mortal para la madre, embarazo producto de una violación y feto inviable).

El debate sobre el aborto desde finales de la dictadura (1990) y la cuestión de la píldora del día después.

La contracepción de urgencia hormonal, llamada « píldora del día después », fue un tema que desató fuertes controversias en Chile. Fueron necesarios muchos años antes de que fuera legalizada y distribuida en farmacias, integrándola al sistema de salud pública.

Recién en 2001 el Ministerio de Salud autorizó el levonorgestrel y sólo para los casos de violación. De inmediato se presentaron acciones judiciales contra el Instituto de Salud Pública, destinadas a asimilar la píldora del día después a un medicamento abortivo. En 2006 la decisión del gobierno de Michelle Bachelet de permitir su distribución gratuita en dispensarios y hospitales públicos provocó una resistencia de los sectores de la derecha conservadora, de los movimientos «pro-vida» y de las iglesias, las que impugnaron judicialmente la decisión.

El resultado de esta guerrilla jurídica fue la decisión del Tribunal Constitucional que llevó a prohibir en 2008 la distribución gratuita de la píldora del día después, asimilándola a una píldora abortiva que atentaba con el «derecho a la vida de aquel que va a nacer».

La ley n°20.418, promulgada el 18 de enero de 2010, tomó en cuenta esta decisión judicial, precisando las normas relativas a la información y a las prestaciones en materia de control de los nacimientos. Esta ley permite la entrega gratuita de la píldora del día después por el servicio de salud pública, asegurando al mismo tiempo el derecho a la « objeción de conciencia » de los establecimientos hospitalarios y del personal de salud. En cuanto a los menores de 14 años, el personal de salud debe, después de haber entregado el medicamento, informar a los padres o al adulto responsable del menor de edad.

En 2011, el decreto que se refiere a la aplicación de esta ley del 18 de enero de 2010 (decreto n°49) precisa el proceso de entrega de la píldora del día después, así como las obligaciones del personal de salud frente a determinados casos (como por ejemplo la sospecha de delito sexual).

En 2015 se autoriza la venta sin receta en farmacia de la píldora del día después y entra en vigencia, aunque de manera desigual. En los territorios rurales y en regiones conservadoras los obstáculos culturales y administrativos no han desaparecido, al mismo tiempo que el debate sobre educación sexual afecta la aplicación de la medida.

En esta difícil conquista del derecho a la píldora del día después ha sido esencial el papel de los movimientos feministas a través de la movilización social, los combates judiciales, la educación y la presión sobre las autoridades del país, para poder superar los obstáculos culturales, políticos y legales que reducen la autonomía reproductiva de las mujeres. Esa movilización no sólo ha contribuido a lograr avances en la legislación vigente, sino que también a una modificación profunda del debate al interior de la sociedad en torno a los derechos sexuales y reproductivos.

El aborto « por tres causales ».

La mayor transformación tuvo lugar en 2017, durante el segundo mandato de Michelle Bachelet, cuando se aprobó la ley n°31.030 que despenaliza el aborto en tres casos: 1/ si la vida de la madre está en peligro; 2/ si el feto no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir; 3/ si el embarazo es producto de una violación que ha tenido lugar hasta doce semanas antes (catorce si la víctima es menor de 14 años).

Al terminar un prolongado recorrido parlamentario y un intenso debate al interior de la sociedad, esta ley fue finalmente aprobada por el Senado el 19 de julio de 2017, antes de ser examinada por el Tribunal Constitucional. Este aprobó su constitucionalidad en decisión del 21 de agosto; el 14 de septiembre fue promulgada y el 23 de septiembre de 2017 publicada en el Diario Oficial.

Durante dos décadas, 1990-2010, habían sido presentadas al parlamento varias propuestas de ley. En la mayoría de los casos fueron ingresadas sin el apoyo explícito del gobierno de turno, ya provinieran de la Concertación o de la presión de grupos de la sociedad civil. El movimiento feminista ha hecho de la reivindicación del derecho al aborto una de sus principales banderas de lucha, tanto en el Foro por la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos como en la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe, coordinada desde Chile.

Las razones del bloqueo han residido fundamentalmente en la fuerte influencia de la Iglesia Católica y de las iglesias evangélicas, que siguen estando muy presentes en la vida política chilena. Pero hay también que reconocer que los sucesivos gobiernos de la Concertación han sido reticentes a abrir el debate, por temor a que quedaran en evidencia divisiones internas dentro de la mayoría gubernamental o a la reacción de las fuerzas de la oposición de derecha.

En 2013 apareció el primer proyecto de ley sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres casos, preparado por la ONG MILES (Movimiento para la Interrupción Legal del Embarazo en Chile), apoyado por varios diputados. El 21 de mayo de 2014, la presidente Michelle Bachelet, en un discurso que marcará la memoria nacional, anunció este proyecto de ley sobre el aborto terapéutico, que modificaba el artículo 119 del Código Sanitario. Esas tres posibilidades de aborto son por lo tanto hoy legales, aunque su aplicación ha conocido obstáculos vinculados a la objeción de conciencia de algunos médicos y hospitales, a la falta de medios en algunas regiones y a las presiones sociales.

La amenaza de la objeción de conciencia ha impedido que el Estado aporte los cuidados anuales previstos durante el debate parlamentario en base a las estadísticas ministeriales de salud. Lo que ha llevado a que todavía muchas mujeres privilegien el aborto clandestino, utilizando mayoritariamente el misoprostol y la mifepristona posibles de adquirir vía internet.

El proyecto de reforma surgido de la segunda Asamblea Constituyente (la primera había sido rechazada por una importante mayoría) contenía un artículo que precisaba que « la ley protege la vida de quien está por nacer ». Este cambio de término, desde « el que » utilizado en la legislación vigente, ha sido interpretado como una manera oblicua de otorgar al embrión una personalidad jurídica, y así poner en peligro los avances de la ley de 2017 sobre el aborto « *por tres causales* ».

El término no es anodino: al utilizar la palabra « quien » se reafirma el principio según el cual todo ser humano es una persona, abriendo así el camino para una invalidación constitucional de la ley sobre el aborto « *en tres causales* ». Felizmente la manipulación fracasó cuando el conjunto del texto de reforma constitucional fue rechazado durante un referéndum el 17 de diciembre de 2023.

Paralelamente se desarrolló un movimiento para exigir un aborto legal, libre, seguro y gratuito, que avanzaría más allá de las « tres causales ». Es esto lo que incluye en Chile la reivindicación por un « aborto legal ». El 28 de mayo de 2025, el presidente Gabriel Boric presentó un proyecto de ley destinado a permitir la interrupción voluntaria del embarazo sin motivación particular hasta las 14 semanas de gestación. Se trataba de una de sus promesas de campaña. El proyecto incluye mecanismos para introducir el « aborto legal » en el sistema público de salud, con garantías financieras para acceder a medicamentos y para las intervenciones quirúrgicas. Pero esta propuesta es

fundamentalmente simbólica y no tiene ninguna posibilidad de ser aprobada, dado el contexto parlamentario actual en Chile.

Amenaza n°1: el contexto internacional.

La contracepción representa sin duda una de las principales revoluciones del siglo XX. Más allá de los aspectos de salud pública, ha sido un elemento fundamental en la aceleración del largo camino de emancipación de las mujeres y en la desaparición de muchas prácticas patriarcales. Ha traído también consigo profundas transformaciones sociales.

No es por lo tanto una coincidencia que los regímenes autoritarios hayan convertido siempre la lucha contra esos derechos adquiridos en una de sus primeas obsesiones, y han utilizado todas las herramientas posibles para reducir el acceso a la contracepción y al aborto. La paradoja es evidente: estas políticas restrictivas son aplicadas por aquellos que se dicen promotores entusiastas de la natalidad... pero sólo de la natalidad de las mujeres blancas y, desde luego, no de los inmigrantes, por los cuales temen ser engullidos.

Durante su primer mandato, la administración Trump adoptó varias medidas que permitían captar la amplitud del proyecto conservador. A partir de enero de 2017 suspendió el financiamiento federal asignado a organizaciones internacionales que practicaban o promovían el aborto. Esta medida redujo el acceso a los servicios de salud de género en varios países en desarrollo. En Estados Unidos mismo fueron reducidas o eliminadas las subvenciones a los centros de salud que practicaban la interrupción voluntaria del embarazo, mientras que los jueces conservadores de la Corte Suprema anularon en 2022 el fallo (Rode versus Wade) que tenía como efecto proteger el acceso al aborto de las mujeres en Estados Unidos.

Las consecuencias de estas medidas fueron un aumento de los nacimientos no planificados y de los embarazos no deseados, lo que mecánicamente exacerbó las desigualdades socioeconómicas y perpetuó el ciclo de la pobreza.

Desde la llegada al poder de la administración Trump 2, nuevas medidas han venido a reforzar esta tendencia: el 24 de enero de 2025, Trump firmó la *Executive Order 14182*, llamada "*Enforcing the Hyde Amendment*" (Haciendo cumplir la Enmienda Hyde) que pone fin al financiamiento federal de los abortos no terapéuticos y deroga los decretos que amplían el acceso a los servicios de salud de género.

En el mismo sentido, fue restablecida la "Mexico City Policy" con el fin de prohibir el financiamiento de las ONG internacionales que prestan servicios vinculados con el aborto, aunque sean sólo jurídicos, incluso cuando esas ONG utilicen fondos no estadounidenses en todas las acciones vinculadas al aborto. Esta medida ha llevado a reducir significativamente el acceso a los cuidados contraceptivos y a aumentar en el mundo los riesgos de embarazos no deseados y de mortalidad materna.

Por último, congelar el financiamiento de USAID es una amenaza para la salud reproductiva mundial, provocando el cierre de varias clínicas que prestan servicios esenciales, tales como los exámenes de cáncer del cuello uterino, tratamiento del VIH y acceso a los contraceptivos. Esta interrupción de los servicios de salud de género ha traído un aumento de los embarazos no deseados y de los abortos no seguros, poniendo en peligro la salud y la vida de millones de mujeres y niñas.

Una confusión intencional: el derecho al aborto y la baja de la natalidad

Chile conoce una baja particularmente rápida de la tasa de natalidad (1,16), una de las más bajas del mundo. Aunque determinadas leyes que restringen el derecho al aborto puedan ser justificadas por sus promotores en nombre de objetivos demográficos (como aumento de la tasa de natalidad o protección de la « familia tradicional »). varios estudios muestran que sus efectos reales distan a menudo de esas finalidades declaradas. En la práctica, estas restricciones no implican siempre un alza significativa a largo plazo de los nacimientos, y en cambio agravan sobre todo las desigualdades sociales, ponen en peligro la salud de las mujeres y refuerzan mecanismos de control sobre sus cuerpos y sobre sus decisiones reproductivas.

Una prueba concreta de la desigualdad en el acceso a la educación sexual y a métodos anticonceptivos en Chile:

Según el nivel socioeconómico, es que la edad de inicio de las relaciones sexuales no presenta diferencias significativas entre comunas de altos y bajos ingresos. Sin embargo, sí existe una marcada brecha en la frecuencia de embarazos adolescentes, siendo notoriamente más alta en las comunas de menores recursos. Esto sugiere que, aunque los adolescentes de distintos sectores comienzan su vida sexual a edades similares, las condiciones de información, prevención y acceso a anticonceptivos son profundamente desiguales. Como consecuencia, los embarazos adolescentes tienden a perpetuar el ciclo de pobreza, limitando las oportunidades educativas y laborales de las jóvenes madres, y afectando también a sus hijos.

- Un estudio a nivel nacional señala que la edad promedio de inicio sexual en Chile es de 17,4 años, sin diferencias claras según nivel socioeconómico
- En encuestas con jóvenes universitarios, aquellos de nivel socioeconómico medio-bajo reportaron que la mayoría inició relaciones alrededor de los 16 años, sin marcas de diferencia con otros estratos.
-

Brecha en uso de anticoncepción y embarazo adolescente:

- Según datos del MINSAL entre los adolescentes de 15 a 17 años, el uso de métodos anticonceptivos modernos es de aproximadamente 40 % en el quintil más pobre, versus cerca del 75 % en el quintil más rico.
- Ese mismo informe destaca que las tasas de embarazo en niñas menores de 14 años son 35,6 veces más altas en Cerrillos que en Vitacura, y en adolescentes (15–19 años) son 25,7 veces más altas en La Pintana comparado con Vitacura
- Un informe de 2014 muestra que en comunas como La Pintana, Cerro Navia y San Ramón las tasas de embarazo adolescente superan el 20 %, mientras que en Las Condes, Providencia y Vitacura rondan entre 1–2 %
- En las comunas de mayor ingreso (Vitacura, Las Condes, Providencia) tienen tasas de 6,8 a 14,4 por mil (15–19 años), versus 70–80 por mil en comunas como La Pintana, Alto Hospicio y San Ramón

Como lo vemos, esas políticas pueden no responder tanto a una lógica demográfica como a una lógica ideológica o autoritaria, dentro de la cual el aborto se convierte en una herramienta simbólica de poder más que en una herramienta eficaz de gestión demográfica. Estas leyes contienen un sesgo social muy marcado, por cuanto las mujeres más afectadas por las restricciones al aborto y a la contracepción son a menudo las que presentan ingresos más bajos o las que provienen de minorías nacionales, religiosas o étnicas, por cuanto no tienen los medios para viajar a un país extranjero donde el aborto sea legal.

La administración Trump pretende aumentar la tasa de natalidad para que "América sea grande de nuevo": pero ese objetivo corre el riesgo de fracasar si se trata de la tasa de natalidad de las mujeres provenientes de las clases medias o acomodadas. La paradoja aquí estriba en que aumenta la natalidad en las categorías modestas y pobres y, dentro de éstas, entre muchas migrantes.

En otras palabras, esta política no puede sino fracasar en sus objetivos con respecto a la política de natalidad, agravar las desigualdades y fragilizar a las comunidades más modestas.

Amenaza n° 2: El retorno del conservadurismo en Chile

Este artículo se escribió antes de la segunda vuelta de la elección presidencial en Chile. Los candidatos de la extrema derecha se precian en sus programas de rediscutir el derecho al aborto « *en tres causales* » y de eliminar el Ministerio de la Mujer.

El Partido Republicano, al cual pertenece el candidato J. A. Kast se ha opuesto drásticamente al aborto bajo cualquier forma. En numerosas ocasiones ha manifestado su intención de derogar la ley de 2017, considerándola una “mala ley que atenta contra la vida del que está por nacer”. Este debate fue eludido por razones electorales ya que su campaña se concentró en proponer un “gobierno de emergencia” concentrado en otras prioridades. Expresamente dejó de lado toda referencia a la “guerra cultural” en la cual se incluyen los derechos reproductivos. Está por verse lo que harán estos partidos sean o no gobierno en los próximos años. Como sea, una clara mayoría de mujeres han apoyado la libertad en lo que concierne a los derechos reproductivos y un retroceso podrá crear muy serios problemas de gobernabilidad en el futuro.

INFORME DE CHINA DE 2025 SOBRE SALUD Y CAMBIO CLIMÁTICO: EMPODERAR A LAS CIUDADES PARA UNA ACCIÓN SINÉRGICA.

Prof. Wenjia Cai, PhD,

Prof. Chi Zhang, PhD Shihui Zhang Prof. Yuqi Bai, PhD Bin Chen, PhD Jifei Chen, MPhil et al.

APROB reproduce este informe **China 2025 sobre salud y cambio climático** porque ofrece evidencias y metodologías aplicables a un país igualmente vulnerable al calentamiento global. El documento muestra cómo el aumento de olas de calor, incendios, inundaciones y enfermedades sensibles al clima afecta directamente la salud, la economía y la planificación urbana. Para Chile, que enfrenta sequías prolongadas, incendios extremos y crecientes riesgos costeros, estos análisis permiten anticipar escenarios similares y fortalecer políticas públicas. La experiencia china en sistemas de alerta temprana, adaptación urbana, monitoreo de indicadores y transición energética puede orientar estrategias locales, especialmente en ciudades densas como Santiago, Valparaíso o Concepción. Además, el enfoque en desigualdades territoriales y acceso a espacios verdes aporta claves para reducir brechas socioambientales. En síntesis, el informe ofrece un marco comparativo útil para acelerar la acción climática, mejorar la resiliencia sanitaria y guiar decisiones basadas en evidencia.

Texto completo en [The 2025 China report of the Lancet Countdown on health and climate change: empowering cities for synergistic action](#) [click aquí](#)

Resumen ejecutivo¹⁵

Según la Organización Meteorológica Mundial (OMM), 2024 fue el año más caluroso registrado. China tuvo un calor y unas fuertes precipitaciones sin precedentes, con una temperatura media nacional de 10,9 °C, 1,01 °C más alta que la media histórica (1991-2020), y una precipitación anual de 697,7 mm, un 9,0% más alta que la media. Dado que 2025 marca el 10º aniversario del Acuerdo de París y una coyuntura clave para presentar nuevas contribuciones, es imperativo acelerar la acción climática global, especialmente en las ciudades, que representan el 58% de la población mundial y el 70% de las emisiones totales de carbono.

¹⁵ Publicado por the Lancet el 30 de octubre de 2025. Esta traducción se apoyó en la IA pero fue revisada por los editores de APROB.

El sexto informe anual de *Lancet Countdown China* sobre salud y cambio climático, dirigido por el Centro *Lancet Countdown Asia* de la Universidad de Tsinghua y coescrito por 80 expertos de 27 instituciones, rastrea 33 indicadores en cinco dominios. El informe de este año presenta varias actualizaciones clave. Metodológicamente, Countdown utilizó un nuevo análisis global de superficie terrestre (CRA40) de la Administración Meteorológica de China para reemplazar los datos de quinta generación del ERA5, (*European Centre for Medium-Range Weather Forecasts*) para mejorar la precisión. El informe amplió 17 indicadores del nivel provincial al de la ciudad para apoyar la formulación de políticas locales específicas. Además, introdujo tres nuevos indicadores: pérdida de sueño (indicador 1.1.4), olas de calor compuestas (indicador 1.1.5) y el Índice de Desigualdad de Exposición a Espacios Verdes (indicador 2.2.3), junto con dos nuevos paneles sobre investigación a nivel de ciudad. Al igual que en años anteriores, siempre que ha sido posible, todos los indicadores se han actualizado con los últimos datos y mejoras metodológicas.

Ocho de los 13 indicadores alcanzan máximos históricos, lo que indica alertas rojas por riesgos para la salud relacionados con el clima.

En 2024, los riesgos para la salud relacionados con el clima en China se intensificaron, y ocho de los 13 riesgos explorados (algunos indicadores rastrean más de un tipo de riesgo, como el indicador 1.2.2, sequía y lluvias extremas) alcanzaron máximos históricos. Otros cambios notables incluyeron la posible pérdida de capacidad laboral (indicador 1.1.2), la reducción de la actividad física (indicador 1.1.3), la interrupción del sueño (indicador 1.1.4) y el aumento de las amenazas para la salud relacionadas con la sequía, las lluvias extremas (indicador 1.2.2) y las enfermedades sensibles al clima (indicador 1.3).

La mortalidad relacionada con la ola de calor alcanzó las 20.100 muertes, 1,7 veces mayor que el promedio histórico de 1986-2005, aunque esto fue una disminución con respecto a 2023, posiblemente debido al cambio de las zonas de altas temperaturas hacia regiones occidentales y septentrionales menos pobladas (indicador 1.1.1). Se ha demostrado que la exposición a olas de calor diurnas y nocturnas separadamente son menos peligrosas que las olas de calor compuestas diurnas y nocturnas que alcanzaron as 6,35 eventos por ciudad, lo que supone un aumento del 197,9% con respecto a los niveles históricos y casi el doble con respecto a 2023 (indicador 1.1.5). Los efectos del calor extremo se extendieron más allá de la mortalidad asociada con las personas mayores. La exposición al calor extremo superó los umbrales de seguridad de las actividades al aire libre durante un promedio de 2,52 horas al día en toda China, lo que representa un aumento del 85% con respecto a los niveles históricos entre 1986 y 2005 (indicador 1.1.3). Las temperaturas nocturnas más cálidas causaron una interrupción considerable del sueño, con una pérdida total de 1383 min por persona, lo que representa un aumento del 14,9% con respecto al promedio de referencia de 1986-2005 (indicador 1.1.4).

Además, aunque la exposición a los incendios forestales en 2024 disminuyó en comparación con 2023, todavía fue un 61,8% más alta que la línea de base de 2001-05, con 26 provincias mostrando una tendencia creciente (indicador 1.2.1). Las lluvias extremas y la sequía también contribuyeron al aumento de los riesgos para la salud, con un exceso de riesgo de diarrea infecciosa que aumentó un 3,0% en la última década, particularmente en el norte y el oeste de China, mientras que los riesgos relacionados con la sequía aumentaron un 1,9%, sobre todo en el oeste (indicador 1.2.2).

El costo económico del cambio climático en la salud en China ha sido sustancial. En 2024, la mortalidad relacionada con la ola de calor entre las personas en edad de trabajar resultó en pérdidas económicas de 42,7 millones de dólares (indicador 4.1.1). La productividad laboral inducida por el calor causó pérdidas de 282,6 mil millones de dólares, o el 1,77% de la pérdida del producto interno bruto (PIB) de China, un aumento del 23% con respecto a 2023 (indicador 4.1.2). Además, los fenómenos meteorológicos extremos causaron fuertes aumentos de los daños económicos, lo que ejerció aún más presión sobre la economía nacional (indicador 4.1.4).

Si bien China es líder en energía renovable, se necesita hacer más contra los crecientes riesgos climáticos y de salud

A pesar de la urgente necesidad de mitigación, las emisiones totales de dióxido de carbono de China aumentaron un 0,5% en 2024, lo que pone de manifiesto el desafío crucial de revertir esta tendencia para que China cumpla sus objetivos de doble carbono y apoye el objetivo global de 1,5 °C (indicador 3.1). Evitar un bloqueo de alto carbono debido a la continua expansión del carbón requiere un cambio decisivo en la inversión así como reformas estructurales urgentes. La transición energética muestra tanto avances como retrocesos. La participación del carbón en la combinación energética disminuyó al 64,9% (indicador 3.2), y la generación renovable creció fuertemente, con un aumento del 28,7% y el 5,5%, respectivamente (indicador 4.2.1). Sin embargo, la susceptibilidad del sector energético al cambio climático se puso de relieve a medida que las sequías severas redujeron la generación de energía hidroeléctrica (indicador 4.1.4). La inversión refleja esta complejidad: mientras que la inversión en energías renovables creció un 11% hasta los 117.300 millones de dólares, la inversión en energía a carbón también aumentó un 52,4% (indicador 4.2.1). Esta transición está remodelando el mercado laboral, con un aumento del empleo en el sector renovable del 34% hasta los 7,39 millones de trabajadores, mientras que el empleo relacionado con los combustibles fósiles disminuyó ligeramente hasta los 3,135 millones (indicador 4.2.2). Los incentivos económicos positivos se están fortaleciendo, ya que las subvenciones a los combustibles fósiles se redujeron un 40 % en 2023 y el precio nacional del carbono aumentó un 43,4 % (indicador 4.2.3). Estos esfuerzos producen considerables beneficios para la salud al reducir la mortalidad prematura por un menor nivel de PM_{2.5} (indicador 3.3), pero también conllevan riesgos

económicos, ya que se prevé que los activos de carbón varados alcancen los 8.570 millones de dólares en 2030 (indicador 4.2.5).

La capacidad de adaptación climática de China mejoró el año pasado, y las disparidades regionales comenzaron a reducirse. La puntuación nacional de respuesta a emergencias sanitarias aumentó a 78,81 en 2023 (indicador 2.2.1), y la colaboración intersectorial entre las agencias meteorológicas y de salud se amplió para mejorar los sistemas de alerta temprana (indicador 2.4). Tras la publicación del primer Plan Nacional de Adaptación en Salud (HNAP) en septiembre de 2024, el número de provincias con planes locales de adaptación en salud aumentó de cinco a 19 (indicador 2.1). Las medidas concretas de adaptación están dando resultados: el uso del aire acondicionado evitó aproximadamente 51 mil muertes relacionadas con el calor (indicador 2.2.2), mientras que los esfuerzos de ecologización urbana evitaron alrededor de 76 mil muertes (indicador 2.2.3). A pesar de este progreso, las desigualdades en el acceso a los espacios verdes y la capacidad general de adaptación siguen siendo un desafío clave, especialmente en las áreas menos desarrolladas.

Ciudades: un reto y una solución

Las ciudades, como amplificadores de los riesgos climáticos y centros de acción climática, requieren estrategias urbanas específicas para abordar las amenazas a la salud. El Informe Countdown de este año explora este nexo con 17 indicadores a nivel de ciudad, proporcionando información crucial para los desafíos y respuestas urbanos de clima y salud.

El análisis a nivel de ciudad revela puntos críticos de riesgo a menudo oscurecidos por los datos provinciales. Entre 375 ciudades, 107 mostraron mayores aumentos en la exposición a incendios forestales en comparación con sus promedios provinciales (indicador 1.2.1), lo que enfatiza la necesidad de una planificación de adaptación específica para cada ciudad.

Muchos riesgos para la salud relacionados con el clima están muy concentrados a nivel de ciudad, lo que genera preocupación por la desigualdad. Las muertes relacionadas con las olas de calor son localizadas, y las cinco ciudades principales representan el 14,7% de todas las muertes (indicador 1.1.1). Del mismo modo, en cuanto a la exposición a incendios forestales, el 20% superior de las ciudades contiene el 60% de la población total expuesta (indicador 1.2.1). Los costos económicos también están concentrados en 39 ciudades, principalmente en la llanura media y baja del río Yangtze, con un aumento de más del 100% en los costos directos de la mortalidad por ola de calor (indicador 4.1.1) y con Changsha, Wuhan y Yichang registrando las cargas más altas. Mientras tanto, las ciudades del sur de bajos ingresos, como Qinzhou, Beihai y Zhanjiang, tuvieron los costos relativos más altos, superando el 4,9% de su PIB local (indicador 4.1.1).

Las ciudades costeras son otro punto de acceso importante. Los riesgos de mortalidad por olas de calor (indicador 1.1.1), horas perdidas de actividad al aire libre (indicador 1.1.3), pérdida de sueño por calor nocturno (indicador 1.1.4) y olas de calor compuestas (indicador 1.1.5) a menudo se concentran en las ciudades costeras dentro de las provincias costeras. De 2004 a 2023, la idoneidad para la transmisión del dengue aumentó en 204 ciudades, con el mayor potencial en las ciudades costeras del sur, como Yulin y Sanya (indicador 1.3). Las proyecciones para Taizhou, la ciudad en que se prevé el mayor aumento relativo del nivel del mar, indican que entre el 62% y el 77% de su población podría verse afectada para 2100 (indicador 1.4).

En respuesta, las ciudades de China están avanzando en los esfuerzos localizados de mitigación y adaptación. En 2024, ciudades como Chongqing, Tianjin y Shanghái lideraron la expansión de la capacidad de energía renovable (indicador 4.2.1) y experimentaron un crecimiento sustancial en la fijación del precio del carbono (indicador 4.2.3). Sin embargo, persisten los desafíos. Las ciudades, como Ordos, Bijie y Xuchang, enfrentan altos riesgos de activos de carbón varados con la trayectoria de 1,5 ° C (indicador 4.2.5). Además, los patrones de emisión difieren, ya que las ciudades impulsadas por los servicios, como Pekín, contribuyen más a través de las emisiones basadas en el consumo, mientras que los centros industriales, como Tangshan, son fuentes dominantes de emisiones basadas en la producción (indicador 4.2.4). En el frente de la adaptación, los espacios verdes urbanos son cada vez más accesibles, con el 68% de las ciudades mejorando la vegetación, lo que ha reducido las brechas de equidad dentro de la ciudad, lo que se refleja en el Índice Nacional de Desigualdad de Exposición a Espacios Verdes que disminuyó de 0,635 en 2021 a 0,608 en 2024 (indicador 2.2.3).

Avanzar en la acción climática y de salud a nivel de ciudad es urgente y está justificado económicamente. Si bien los análisis muestran que muchas medidas climáticas urbanas pueden generar beneficios colaterales sustanciales para la salud, existe un desajuste persistente entre los puntos críticos de investigación y los puntos críticos de riesgo reales sobre el terreno. Esta falta de alineación limita la eficacia y la equidad de las respuestas actuales. Para garantizar que las acciones climáticas sean específicas e impactantes, es esencial fortalecer la evidencia a nivel de ciudad, alinear la investigación con las susceptibilidades locales y empoderar a las ciudades con estrategias personalizadas y basadas en evidencia para acelerar una transición climática justa.

Lograr un progreso integral y aprovechar el poder de las ciudades

El fortalecimiento de la resiliencia climática urbana será esencial para proteger la salud pública y sostener el crecimiento. Las siguientes recomendaciones destacan las prioridades clave para acelerar la mitigación y la adaptación a nivel de la ciudad:

1. Priorizar la acción basada en evidencia específica de la ciudad

Las ciudades varían mucho en términos de riesgos climáticos y sanitarios, gobernanza y capacidad económica. Los promedios provinciales ocultan diferencias locales cruciales. Exigir perfiles de riesgo climático-salud a nivel de ciudad, respaldados por una tipología urbana que clasifique las ciudades por patrones y capacidades de riesgo, proporcionaría una base científica para intervenciones personalizadas y equitativas.

2. Ampliar la investigación y estandarizar el análisis de costo-beneficio

Se debe exigir a todas las principales iniciativas climáticas urbanas que apliquen un marco estandarizado de análisis de costo-beneficio (ACB) que incorpore métodos de valoración específicos de China, cuantifique los beneficios colaterales para la salud y aborde la equidad. La investigación prioritaria debe desarrollar modelos de ACB + capaces de evaluar las compensaciones en condiciones de profunda incertidumbre y ponerlos a prueba en ciudades que representen distintos perfiles climáticos y de salud. Una plantilla nacional de agrupación de ciudades, que agrupe a los municipios por exposición a peligros, estructura económica y combinación energética, permitiría un aprendizaje eficiente entre pares, agilizaría la transferencia de políticas y garantizaría la inclusión de ciudades más pequeñas y desatendidas.

3. Evitar los riesgos de bloqueo y transición de combustibles fósiles

China debería introducir una moratoria sobre nuevas plantas de carbón para evitar activos varados por valor de cientos de miles de millones. China debería eliminar gradualmente los subsidios a los combustibles fósiles y redirigir los fondos para apoyar la transición justa para las regiones dependientes del carbón. China debe establecer programas de jubilación para plantas ineficientes y fortalecer el mercado de carbono para acelerar los cierres impulsados por el mercado, al tiempo que apoya la capacitación de los trabajadores y la diversificación económica.

4. Implementar sistemas de alerta temprana integrados y centrados en las personas

La adopción a nivel nacional del marco de Alertas Tempranas para Todos de la ONU podría generar un retorno de la inversión nueve veces mayor. Estos sistemas deben integrar datos meteorológicos y de salud pública, con protocolos claros de comunicación de última generación para poblaciones susceptibles. La investigación debe centrarse en comprender los impulsores socio conductuales de las respuestas a las advertencias para permitir una comunicación de riesgos más efectiva y una acción que salve vidas.

5. Fomentar la cooperación interurbana y la coordinación regional

China debe crear plataformas regionales para compartir recursos, desarrollar infraestructura conjunta e intercambiar experiencias. Las ciudades con uso intensivo de energía pueden asociarse con áreas ricas en energías renovables, mientras que las regiones susceptibles al clima pueden aprender de los líderes de adaptación. China debe establecer alianzas de acción climática en zonas económicas clave, con el apoyo de fondos de coinversión, para superar el proteccionismo local y permitir una descarbonización coordinada. Las redes de intercambio de conocimientos inspiradas en el C40 o en la Misión de Ciudades de la UE pueden acelerar la transferencia de tecnologías e innovaciones políticas en todo el país.

Los indicadores del Informe Countdown de China 2025



Panel 1: The 2025 China Lancet Countdown report indicators

Climate change impacts, exposures, and vulnerability

- 1.1: health and heat
 - 1.1.1: heatwave-related mortality*
 - 1.1.2: change in labour capacity*
 - 1.1.3: heat and physical activity*
 - 1.1.4: sleep loss from higher nighttime temperatures*†
 - 1.1.5: compound heatwave exposure*†
- 1.2: health and extreme weather events
 - 1.2.1: wildfires*
 - 1.2.2: extreme rainfall and drought*
- 1.3: climate-sensitive infectious diseases*
- 1.4: population exposure to regional sea level rise*

Adaptation, planning, and resilience for health

- 2.1: adaptation planning and assessment
- 2.2: adaptation delivery and implementation
 - 2.2.1: detection, preparedness, and response to health emergencies
 - 2.2.2: air conditioning—benefits and harms
 - 2.2.3: urban greenspace*
- 2.3: climate information services for health
- 2.4: health risk early warning service

Mitigation actions and health co-benefits

- 3.1: energy system and health
- 3.2: clean household energy
- 3.3: air pollution, transport, and energy*
- 3.4: carbon emissions from health care

Economics and finance

- 4.1: health and economic costs of climate change and its mitigation

- 4.1.1: economic costs of heatwave-related mortality*
- 4.1.2: economic costs of heat-related labour productivity loss*
- 4.1.3: economic costs of air pollution-related premature deaths*
- 4.1.4: economic costs due to climate-related extreme events*
- 4.2: the economics of the transition to zero-carbon economies
 - 4.2.1: investment in new coal and low-carbon energy and energy efficiency
 - 4.2.2: employment in low-carbon and high-carbon industries
 - 4.2.3: net value of fossil fuel subsidies and carbon prices
 - 4.2.4: production-based and consumption-based attribution of carbon dioxide and PM_{2.5} emissions
 - 4.2.5: stranded coal assets from the low-carbon transition*

Public and political engagement

- 5.1: media coverage of health and climate change
 - 5.1.1: coverage of health and climate change on social media
 - 5.1.2: newspaper coverage of health and climate change
- 5.2: individual engagement in health and climate change*
- 5.3: coverage of health and climate change in scientific journals
- 5.4: government engagement in health and climate change response

*Indicators with city-level results. †Newly added indicators.

Reseña del artículo “SISTEMA DE SALUD Y UTILIZACIÓN HOSPITALARIA EN CHILE, 1952-2020: TENDENCIAS, REFORMAS Y PUNTOS DE INFLEXIÓN” de Mauricio Matus-López

Este artículo fue publicado por. *Rev Panam Salud Publica*. 2025;49:e84. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.84>

El artículo de Mauricio Matus-López constituye una de las contribuciones más completas y metodológicamente rigurosas para comprender la evolución de la producción hospitalaria en Chile durante casi siete décadas. Su principal aporte radica en integrar la perspectiva histórica, institucional y cuantitativa a partir de una **serie inédita de egresos hospitalarios (1952–2020)**, lo que permite observar patrones de largo plazo y contrastarlos con los principales hitos reformistas del sistema de salud.

La falta de series históricas había sido una limitación reconocida en la investigación sobre salud en Chile; este artículo abre la puerta a estudios comparativos tanto nacionales como internacionales.

El artículo permite una **relectura empírica de las** tres últimas grandes reformas —1968, 1979 y 2005—aportando evidencia cuantitativa para confirmar o matizar otras interpretaciones sobre el período. Destacan tres hallazgos:

- **La reforma de 1968** (medicina curativa) **no generó cambios significativos** en la producción hospitalaria pública ni total, a pesar de su reputación como promotora del sector privado.
- **La reforma de 1979**, con la creación del SNSS, produjo una **inflexión negativa clara en la producción hospitalaria pública**, coincidiendo con la transición hacia un modelo dual.
- **La reforma AUGE- GES de 2005**, pese a sus objetivos de equidad, se asocia a un **aumento posterior de la participación privada**, sugiriendo un posible efecto no previsto de derivación hacia prestadores privados.

Este tipo de matices —basadas en evidencia longitudinal y no solo institucional— constituye uno de los elementos que más llaman la atención del trabajo.

Identificación de dos períodos de expansión privada

El estudio identifica dos períodos de expansión de la oferta privada o crecimiento extrasistema (1982–1987 y 2006–2019). Estas fases no solo documentan la consolidación

del sector privado, sino que también permiten observar cómo las dinámicas del aseguramiento y los incentivos económicos influyen en la oferta hospitalaria.

Líneas de investigación que se abren a partir de este estudio

El artículo, al generar las series y detectar cambios estructurales, deja abiertas preguntas clave que pueden orientar nuevas investigaciones, entre ellas:

1. Causas específicas del crecimiento de la oferta/resolución privada

Los resultados muestran aumentos importantes del sector privado en los 80 y desde 2006, pero no explican los mecanismos. Futuros estudios podrían explorar:

- incentivos económicos para médicos (doble práctica pública–privada),
- mecanismos de derivación desde el sistema público,
- perfil socioeconómico de los usuarios de prestadores privados.

2. Relación entre producción hospitalaria y atención primaria

El descenso en egresos públicos podría estar parcialmente asociado al desarrollo de la APS en ciertos períodos. Sin embargo, faltan series históricas largas y detalles en las series existentes para contrastarlo.

3. Cambios demográficos y epidemiológicos

El envejecimiento poblacional, la caída de la natalidad y transformaciones en causas de hospitalización pueden explicar parte de la tendencia descendente reciente en la tasa de natalidad. Esta evidencia ayuda a proponer estudios clínicos y epidemiológicos que ayudarían a identificar especializaciones y presiones de demanda que influirán especialmente en evaluar la formación y cantidad de recursos humanos que necesitará el área de la salud en un futuro próximo.

4. Impacto real del AUGE/GES en la utilización hospitalaria

Aunque el artículo identifica un quiebre, sería relevante estudiar:

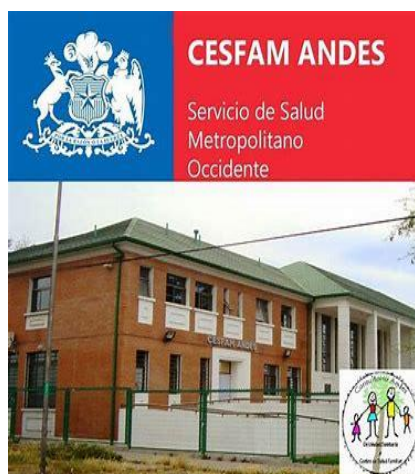
- si las garantías generaron mayor presión sobre prestadores privados,
- si las listas de espera influyen en la derivación,
- cómo cambian los perfiles de egreso según problema GES.

5. Explorar otros tipos de quiebres en las series

Si bien, la regresión segmentada es metodológicamente válida y adecuada para el objetivo del artículo, otros métodos podrían complementar o refinar las conclusiones, especialmente para detectar quiebres no asociados explícitamente a reformas o para construir contrafactuales sólidos.

ACTIVIDADES DE APROB

EN EL MARCO DEL CICLO DE COLABORACIÓN INICIADO EN 2024 ENTRE APROB Y LA UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO (UAHC), AVANZA LA INVESTIGACIÓN “DIMENSIONES FUNDAMENTALES DEL BUEN VIVIR EN COMUNIDADES URBANAS”, CENTRADA EN EL BARRIO ANDES DE SANTIAGO.



En esta segunda etapa, la Facultad de Salud y Buen Vivir de la UAHC desplegó un trabajo en terreno que incluyó entrevistas semiestructuradas en profundidad, focus groups y encuestas aplicadas a usuarios y usuarias del CESFAM Andes, en la comuna de Quinta Normal.

El objetivo fue recoger experiencias, percepciones y propuestas desde la comunidad. El estudio culminará con un documento final que será entregado al CESFAM Andes, como insumo para fortalecer la Atención Primaria de Salud y conocimiento para la Facultad universitaria.

APROB CON FIDEL CASTRO SMIRNOV (4.9.2025)



Exposición "Ciencia para la vida: Investigación científica, creación y cambio social en América Latina y el Tercer Mundo".

Dr. Fidel Castro Smirnov. Universidad de La Habana. Físico nuclear, Biofísico molecular, Investigador en nanobiotecnología, nanomedicina, radionanomedicina.

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
4 de septiembre de 2025

APROB en Acción: Resumen de Octubre 2025

En octubre de 2025, la Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB) se centró en explorar la conexión crítica entre las decisiones económicas, el acceso a la salud y el bienestar de las personas. La organización promovió la reflexión y el diálogo a través de foros y publicaciones especializadas.

22 de octubre: Foro Internacional

Se debatió cómo las decisiones económicas determinan el acceso a la salud.



8 de octubre: Publicación del Boletín Mensual

Se compartió el Boletín de precios y coyuntura de APROB.



29 de octubre: Foro sobre Economía, Salud y Buen Vivir

Organizado con la U. Academia de Humanismo Cristiano para aportar a la reflexión.

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

1) El área de Sistemas de Salud y Bienestar de APROB, acorde con los fines estatutarios, incluye en sus ámbitos de interés contribuir a generar una cultura de evaluación en el conjunto de los sistemas de salud, haciendo énfasis en el impacto de los resultados en el bienestar de la población; potenciar la formación y la investigación en temas de salud vinculados con el bienestar, por ejemplo, la investigación en servicios sanitarios, la evaluación de las tecnologías y de la calidad de los servicios y el análisis de políticas. Asimismo, es su intención colaborar en la construcción de indicadores del bienestar, para lo cual se requieren aportes teóricos, conceptuales y metodológicos que permitan identificar los mejores indicadores sectoriales en una perspectiva de bienestar humano.

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

Los documentos, que serán considerados para publicación y difusión -de acuerdo a las temáticas señaladas- podrán tener una extensión de entre 3 a 12 páginas. (sin incluir tablas y gráficos que se sugiere que no debiesen ir mas allá de 5). Se podrán publicar trabajos originales de las y los socios de APROB y de personas externas. APROB dispone de una comisión revisora de textos con miembros de APROB y lectores externos, lo que permite evaluar de manera más objetiva las propuestas recibidas para decidir acerca de su publicación.

3) Los trabajos para el próximo número que aparecerá en abril de 2026 tienen como plazo máximo de entrega el 5 de marzo de 2026.

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

5) APROB está siguiendo las reglas de las revistas indizadas lo que exige que cada artículo tenga un resumen de no más de 300 palabras. En cuanto a palabras claves que identifican el artículo la revista insta a utilizar el tesoro de la OCDE

<https://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/oecd-macroth/es/index.htm>

colocando el numero ID y el tema. No colocar mas de 4 temas.

6) APROB informa que somete los artículos recibidos a revisión por parte de la IA para asegurar que no se trata de plagios que podrían ocasionar perjuicios institucionales. Los autores deben velar por evitar problemas de este tipo.

7) Finalmente, un pequeño cv como autor de no más de 4 líneas se incorporará a la identificación de autores.

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

Con atentos saludos,

Comité Editorial

Revista Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo (APROB)

COMO APORTAR A APROB

Si aprecias el esfuerzo que significa producir opiniones independientes como las que ofrecemos en esta publicación agradecemos nos ayudes con:

- i) enviarnos mails de personas que crees puedan interesarse en esta publicación;
- ii) reenviar la publicación a sus amistades y/o,
- iii) hacernos un aporte a la cuenta institucional.

Muchas gracias.

Cada aporte fortalece una voz técnica y ética que promueve el bienestar como un derecho colectivo.

***“El bienestar no se decreta: se construye con conocimiento y colaboración.
Tu apoyo nos permite seguir haciéndolo posible.”***

Asociación Para La Promoción Del Bienestar

Rut: 651394155

Banco Estado

Cuenta Vista N° 34771424734

Mail: contacto@aprobienestar.cl

(como sea un ✓ es también motivo de satisfacción para nosotr@s).