



SISTEMAS DE SALUD Y BIENESTAR COLECTIVO

MAYO - AGOSTO 2026



Fuente: Elaboración propia en base al número editorial, con apoyo de inteligencia artificial.

EN ESTE NÚMERO



Determinantes socioculturales de la migración e impactos en la salud y alimentación de estudiantes haitianos en Chile



Bienestar y salud de los mayores de 80 años en Chile



Cobertura complementaria (MCC) de Fonasa: implicancias para el bienestar y la protección financiera en salud



Habitar la salud mental: una propuesta desde la vida cotidiana y el espacio social



Gobernanza en salud: desafíos en el siglo XXI

REVISTA No 9 de mayo-agosto de 2026
Click en la página para ir al artículo

INDICE

PRESENTACIÓN	<u>p.2</u>
EDITORIAL	<u>p.4</u>
En este número colaboraron como autores	
Comité editorial	<u>p.7</u>
DETERMINANTES SOCIOCULTURALES DE LA MIGRACIÓN E IMPACTOS EN LA SALUD Y ALIMENTACIÓN DE ESTUDIANTES HAITIANOS EN CHILE. A. M. Neira, N. Ducasse, D. Geffrend y A. Dubuisson	<u>p.8</u>
COBERTURA COMPLEMENTARIA (MCC) DE FONASA: IMPLICANCIAS PARA EL BIENESTAR Y LA PROTECCIÓN FINANCIERA EN SALUD I. Aguilera y R. Urriola	<u>p.22</u>
GOBERNANZA EN SALUD: QUÉ SIGNIFICA Y LOS DESAFÍOS QUE ENFRENTAMOS EN EL SIGLO XXI. Conversatorio 23 de marzo de 2026 Ramis, Urriola, Matus, Yarza, De Ferrari, Vergara, González-Meyer	<u>p.37</u>
BIENESTAR Y SALUD DE LOS MAYORES DE 80 AÑOS EN CHILE. Santiago Escobar	<u>p.59</u>
HABITAR LA SALUD MENTAL: UNA PROPUESTA DESDE LA VIDA COTIDIANA Y EL ESPACIO SOCIAL. Karla Vázquez V., Bernardo Madariaga C. y Carolina Guerra F.	<u>p.68</u>
RESEÑA: Guía para medir bienestar subjetivo. OCDE (2025)	<u>p.75</u>
INVITACIÓN A PARTICIPAR CON ARTÍCULOS	<u>p.78</u>

PRESENTACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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 9. Santiago, mayo 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.

Mayo de 2026

EDITORIAL

Iniciamos este número cuando se inaugura un nuevo gobierno en Chile, que ha prometido cambiar radicalmente lo hecho en materia de salud en los últimos años. Al mismo tiempo, el mundo, convulsionado por la guerra declarada por EE. UU. e Israel a Irán, se ve amenazado por las incertidumbres, no solo económicas, sino por el destino que podría correr la humanidad y el planeta. Este hecho nos impone un marco de reflexión que va más allá de las fronteras nacionales.

Las primeras medidas propuestas por el gobierno se han centrado en el presupuesto que debe bajar sus gastos en un 3% en igual proporción en todos los ministerios (incluyendo el de salud) lo que significa en total aproximadamente una reducción de 6.000 millones de dólares. Además, los ministerios deberán buscar como reducir otros Usd 1.000 millones en el año.

No cabe duda de que hay espacio para incrementar la capacidad de mejorar la gestión y buscar acuerdos de gobernanza sectorial que podrían aumentar la productividad en la atención sanitaria del sector público y favorecer el acceso de las personas a esta atención. El nuevo gobierno anuncia que la prioridad será reducir las listas de espera oncológicas. Estas patologías -que son las más caras- podrían aumentar la demanda de recursos financieros lo que no se condice con la reducción presupuestaria exigida, y será causa de mayor déficit del sistema. Los perjudicados serán todas las personas que no están en esa lista.

Es muy sensible lo que pueda pasar con la Atención Primaria de Salud (APS) y los programas que buscaban el logro de la universalidad. Revertir esta política es un tema de salud pública que compromete el acceso a servicios y a cuidados básicos. Partir por la APS, ampliando su cobertura no es un capricho o una posibilidad, sino una directriz aprobada por los salubristas del mundo.

En este número, hacemos un llamado de atención sobre el sistema de salud y la población migrante, que ya representa casi 10% de las y los habitantes del territorio nacional. Muchos de ellos sin documentación regular y, por tanto, ni siquiera son atendidos con el per cápita a que acceden los CESFAM. Esto contribuye al colapso del sistema público, especialmente en las comunas de mayor densidad de migración.

También presentamos un análisis de la Modalidad de Cobertura Complementaria (seguro complementario de salud para los afiliados a Fonasa). El fracaso de las licitaciones en diciembre pone en el tapete si la MCC debe ser tarea de FONASA o es una actividad privada. El 50% de la población en Chile ya tiene diversos tipos de seguros complementarios. ¿No será necesario pensar en regular tales seguros para evitar desequilibrios entre aseguradores y pacientes, antes que crear otro instrumento?

También, de creciente actualidad es el tema de la gobernanza (como lograr que los agentes acuerden acciones y que se lleven a cabo las acciones acordadas). Un conversatorio que invita a reflexionar sobre gobernanza, gobernabilidad, participación social y gestión es presentado en este número.

Como en la entrega actual, la salud mental y las personas mayores están ocupando frecuentemente un lugar importante en nuestra revista. Es normal, porque son dos temas que presentan permanentes desafíos. Incluso en las acciones más básicas. Cientos de personas mayores ocupan camas en hospitales porque las familias los han abandonado (con o sin razones), pero el sistema no tiene respuesta, así como tampoco para las demandas de salud mental que se agravan con el envejecimiento y con hábitos de vida cotidianos que poco permiten el autocuidado.

Agradecemos a quienes han colaborado en este noveno número e invitamos a enviarnos sus opiniones y colaboraciones. Toda nuestra preocupación está en examinar el sistema y sugerir acciones o políticas que ayuden a mejorar el bienestar de la población.

COMITÉ EDITORIAL

AUTORES DE ESTA REVISTA

Ana María Neira Oportus: Nutricionista, Psicóloga, Magister en Nutrición y alimentos y Magíster en Docencia universitaria. Directora Escuela Nutrición Universidad Academia de Humanismo Cristiano (U Academia)

Natalia Ducasse: Estudiante de kinesiología Universidad Academia de Humanismo Cristiano (U Academia)

Dieunica Geffrend: Estudiante de Tecnología Médica. Universidad Academia de Humanismo Cristiano (U Academia)

Alexandrine Dubuisson: Estudiante de Tecnología Médica. Universidad Academia de Humanismo Cristiano (U Academia)

Ismael Aguilera. Ingeniero Civil Industrial, Mg, Departamento de Economía de la Salud, Ministerio de Salud de Chile.

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

Santiago Escobar. Abogado.

Alvaro Ramis. Rector Universidad Academia Humanismo Cristiano.

Mauricio Matus. Doctor en Economía. Profesor Universidad P. de Olavide Sevilla España.

Begoña Yarza. Directora Hospital del Tórax. Ex ministra de salud de Chile.

Isabel de Ferrari. Decana Facultad Salud y Buen Vivir. Universidad Academia Humanismo Cristiano.

Rosa Vergara. Presidenta de la Asociación nacional de consejos de salud, ANCOSALUD.

Raul González Meyer. Académico U.A.H.C. Vicerrectoría de Investigaciones. Economista. Mag. en Desarrollo Urbano. Dr. en Ciencias Sociales.

Karla Sofía Vásquez Vegas. Psicóloga y Coach Organizacional.

Bernardo Andrés Madariaga Caroca. Psicólogo. Magíster en Desarrollo Organizacional.

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

COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

Rafael Urriola Urbina (Director-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. 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.

Isabel de Ferrari Fontecilla.

Enfermera universitaria, Magister en educación Superior (UDLA); diplomada en políticas públicas FLACSO y en Funciones Esenciales de la Salud Pública, OPS. Pasantía de salud pública, en la escuela Andaluza de Salud pública EASP. Integra la secretaría de determinantes sociales de la salud en la subsecretaría de salud pública del MINSAL (2007-2010) participa en el programa comunas vulnerables y formador de formadores dirigido a persona de los servicios de salud. Docente de pregrado, en escuela de enfermería de UCH (2011- 2013), directora de la carrera de enfermería de UDLA 2012-2015 y directora del programa de intervención comunitaria de UDLA (2019-2023). Actualmente, Decana de la Facultad de Salud y Buen Vivir de la U Academia.

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

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.

DETERMINANTES SOCIOCULTURALES DE LA MIGRACIÓN E IMPACTOS EN LA SALUD Y ALIMENTACIÓN DE ESTUDIANTES HAITIANOS EN CHILE

**Ana María Neira Oportus¹, Natalia Ducasse², Dieunica Geffrend³,
Alexandrine Dubuisson⁴**

Resumen

El estudio analiza los impactos de la migración en la alimentación, salud y bienestar de estudiantes haitianas en Chile desde un enfoque cualitativo. La alimentación se comprende como un fenómeno cultural clave en la construcción de identidad, tensionado por la adaptación a un nuevo contexto. Los resultados evidencian cambios en los patrones alimentarios, con mayor consumo de productos industrializados y menor acceso a alimentos tradicionales, lo que afecta el bienestar físico y emocional. Asimismo, se identifican experiencias de discriminación, barreras en el sistema de salud y procesos complejos de reunificación familiar. Las estudiantes desarrollan estrategias de adaptación que combinan continuidad cultural y resignificación. El estudio destaca la necesidad de fortalecer enfoques interculturales en salud y políticas alimentarias pertinentes.

1. Introducción Alimentación, cultura e identidad

La alimentación constituye un fenómeno social complejo que trasciende su dimensión biológica, configurándose como un espacio de significación cultural, afectiva y simbólica que contribuye a la construcción de identidad, pertenencia y bienestar. En contextos migratorios, estas prácticas alimentarias se ven tensionadas por procesos de adaptación que implican transformaciones en los modos de producción, preparación y consumo de alimentos, así como en los sentidos que estos adquieren en la vida

¹ Nutricionista, Psicóloga, Magíster en Nutrición y alimentos y Magíster en Docencia universitaria. Directora Escuela de Nutrición Universidad Academia de Humanismo Cristiano (UAcademia)

² Estudiante de kinesiología (U Academia)

³ Estudiante de Tecnología médica (U Academia)

⁴ Estudiante de Tecnología médica (U Academia)

cotidiana. En este marco, la transición alimentaria no solo expresa cambios en la dieta, sino también en las formas de habitar el cuerpo, el territorio y las relaciones sociales.

En Chile, el aumento sostenido de la migración haitiana en las últimas décadas ha configurado nuevos escenarios interculturales que interpelan tanto a las políticas públicas como a las instituciones educativas, particularmente en el ámbito de la salud. Para estudiantes haitianas de carreras de la salud, este proceso se inscribe en una doble transición: por una parte, la adaptación a un sistema alimentario distinto, mediado por condiciones estructurales como la disponibilidad de alimentos, el acceso económico y la oferta institucional; y por otra, la incorporación a un campo formativo que demanda comprender y gestionar la diversidad cultural en salud.

El presente artículo se propone analizar cómo la transición cultural impacta en la percepción de salud, en la transición alimentaria, el bienestar emocional y la vida cotidiana de estudiantes haitianas en Santiago de Chile. A partir de un enfoque cualitativo basado en entrevistas en profundidad, se busca comprender las tensiones, continuidades y estrategias de adaptación que emergen en la conciliación entre prácticas culturales y alimentarias tradicionales y el contexto sociocultural chileno, incorporando una mirada desde los determinantes sociales de la salud, el enfoque de género y la interculturalidad.

2. Prácticas alimentarias haitianas: continuidades y cambios

La alimentación es mucho más que sólo satisfacer una necesidad biológica y nutricional, cumple una gran cantidad de funciones en la vida de las personas, se usa como una demostración de cariño y amor hacia las/los demás (en Chile le preparamos “algo rico” a las personas amadas). También lo usamos para sanar el dolor de “guatita”, se ofrece un tecito, una sopa, una comida caliente. Cumple funciones diagnósticas, si un alimento te hace mal, entonces tienes intolerancia o alergia. Usamos la comida como símbolo de estatus, ciertas preparaciones se suben en los sitios de moda como Instagram o *Tik-tok*, como una forma de demostrar nuestros gustos o nuestra capacidad económica.

Usamos la comida para pagar favores, para comenzar un negocio, para celebrar un cumpleaños o una fecha importante, cuando estamos tristes comemos algo que nos gusta, para pasar la pena, la usamos, para premiar y también para castigar, cuando queremos celebrar un logro también lo hacemos con comida. La comida nos distingue de otros grupos humanos, nos genera una sensación de pertenencia a un grupo o a una cultura determinada. (Aguirre, P. 2004)

En Chile ha llegado una gran cantidad de población migrante, buscando una mejor calidad de vida, desplazándose miles de kilómetros, cambiando de clima, de idioma, dejando su familia y sus costumbres alimentarias. Su patrimonio culinario, los ingredientes, las técnicas de preparación, los rituales asociados a la comida reflejan sus creencias, sus concepciones de vida, sobre el cuerpo, la comunidad y su relación con lo sagrado. (Dorsainvil, Y. 2025). Todo esto ha supuesto para la población extranjera un desafío de adaptación multidimensional, experimentando una ruptura con sus costumbres alimentarias originales. Para el colectivo haitiano, esta transición implica negociar su identidad culinaria en un entorno con disponibilidad de alimentos, tiempos de comida y lógicas de consumo, distintas a las de su país de origen.

En la Facultad de Salud y Buen Vivir de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano han ingresado en 2026, al menos, once estudiantes al primer año de las carreras de Enfermería, Obstetricia, Kinesiología y Tecnología Médica, lo que nos ha motivado a explorar sus mecanismos de adaptación alimentaria y cómo estos se vinculan con sus creencias religiosas y su nueva realidad académica.

El presente artículo se ha generado a partir de entrevistas realizadas en la Facultad de Salud y Buen Vivir y pretende aproximarse a la transición alimentaria y cultural que han vivido las estudiantes migrantes y conocer qué otros aspectos de su vida han sido impactados por la migración, analizar cómo se concilia la dieta local —incluyendo servicios institucionales como la PAE y JUNAE— y sus hábitos tradicionales y si se ve afectado su bienestar integral en el contexto de la cultura local.

En este trabajo colaboran tres estudiantes de primer año que cursan carreras del área de la salud y que aceptaron participar en la construcción de este artículo, para analizar conjuntamente algunos de los elementos de la transición que han debido realizar con sus familias.

Haití es el resultado de la mezcla de diferentes culturas que han habitado la isla conocida como *Ayití*, como los nativos indígenas llamados *Taínos*. Posteriormente llegaron los españoles que la ocuparon desde 1492 hasta 1625, quienes llamaban a la isla La Española; luego de esto llegaron los franceses quienes la denominaron *Saint Domingue*, trayendo esclavos desde diferentes lugares de África para cultivar una gran diversidad de productos como café, azúcar, cacao, tabaco, añil y algodón. Finalmente, en el año 1804 las y los esclavos se rebelaron y obtuvieron su liberación de Francia (Louis-Jean, J. 2021). Durante las últimas décadas Haití ha sufrido una gran cantidad de acontecimientos políticos, como dictaduras, golpes de estado, terremotos y otros fenómenos climatológicos severos, junto con la explotación

desenfrenada de sus recursos naturales, situaciones que han provocado la necesidad de muchas familias a migrar a diferentes lugares del mundo, entre ellos Chile.

3. Trayectorias migratorias y reunificación familiar

La migración ha sido un proceso difícil y por etapas, pasando en algunos casos de vivir en Haití a vivir en República Dominicana, país que en general a juicio de una de las estudiantes no recibe bien a las y los migrantes haitianos, señalando haber sido objeto de racismo aun cuando las diferencias entre unos y otros no son muy grandes (las y los haitianos son negros y los dominicanos son levemente más claros). Otra situación compleja que se señala es que República Dominicana no otorga la nacionalidad por nacimiento, por tanto las hijas o hijos de familias haitianas que nacen en República Dominicana son haitianas, generando cierta confusión pues una persona que vive y se educa en República Dominicana, pierde importantes elementos culturales como el idioma *kreyòl* y otros elementos religiosos y simbólicos de la cultura y de la herencia africana, es decir, habla español y su nacionalidad es haitiana, aunque nunca haya pisado suelo haitiano; una de las entrevistadas señala que si bien ella pudo visitar Haití en algunas oportunidades, no aprendió su idioma.

Otra de las fuertes motivaciones de la migración es la necesidad de reunificación familiar, (Massey et al., 1993, como se citó en Castillo Lobos & Contreras Valeria, 2023). Vienen primero los papás o mamás y con diferencia de varios años van llegando las hijas y los hijos, que se han quedado viviendo con abuelas y otros familiares por años y luego llegan a este país sin conocer a su padre y a veces a hermanas y hermanos, como le sucedió a una estudiante que relata, “Mi papá aquí vive hace 18 años. Mi mamá va por seis años acá en Chile. Yo recién vine, hace un año, voy para dos años” y tiene 2 hermanas de 19 y 20 años, que llegaron después de ella.

Una de las estudiantes entrevistadas lleva 16 años viviendo en Chile, su madre llegó hace casi 20 años, luego su hermano mayor, quien luego migró a Estados Unidos y actualmente se encuentra en Canadá, su padre llegó a Chile hace 12 años y tiene un hermano chileno de 15 años, conoció a su madre en Chile, porque a ella la crió su abuela, “pero recuerdos no tengo, con suerte creo que tengo recuerdos de mi abuela, porque conocí a mi mamá acá en Chile, mi mamá me dejó con mi abuela desde los ocho meses”, “yo siempre viví con mi abuela, mi papá vivía en otra región del país, en Haití.

Otra de las entrevistadas de 18 años nos cuenta que vive hace 11 años en Santiago y su migración también ha sido por etapas “mi papá llegó aquí en 2013 yo me quedé en Haití con mi mamá y después mi papá hizo trámite para que nosotros entráramos a

Chile el 2015, yo, mi mamá y mi hermano mayor". "Ahora tengo un hermanito de 9 años"

4. Impactos emocionales y sociales de la migración

El clima es la primera gran dificultad a la que se enfrentan, "todavía no me he acostumbrado al clima...uno se va acostumbrando poco a poco, es como uno es, no es un objeto, es humano", "nuestro cuerpo así aprende a acostumbrarse al ambiente y el clima, en Haití hace un calor muy fuerte y ... acá hace un frío horrible". La temperatura diaria en los meses de calor suele superar los 34°C, pudiendo llegar a los 40°C, por otra parte, las mínimas no bajan de los 18°C. (Dorsainvil, Y. 2025).

Con los años se pueden visualizar los impactos emocionales que han generado los cambios y las separaciones. Una de las jóvenes señala, "en mi adolescencia no lo he vivido tan mal, pero en mi infancia sí, porque me costaba, acostumbrarme con la gente, yo era una niña que era lo más insoportable que había, mi comportamiento era pésimo, pésimo, pésimo y me llevaron al psicólogo, estuve literalmente toda mi infancia, desde el jardín hasta tercero básico", ¿por qué crees tú que eso pasó? porque a mi abuela yo la llamaba mamá y ella se murió y por eso me trajeron a Chile.

La inserción de las y los migrantes haitianos no ha estado exenta de dificultades, siendo una de las principales barreras la lingüística o idiomática, (Egaña et al., 2021). aludiendo a esto nos relata otra estudiante, en mi infancia "me costó mucho adaptarme a las personas y también me costó mucho aprender el idioma, también toda la cultura, también la comida, porque yo estaba acostumbrada a lo que hacía mi mamá y después cuando estaba en quinto básico me adapté, había muchos profesores que me ayudaban".

Los impactos también se viven de forma violenta. Una de las entrevistadas nos describe lo que le sucedía en el furgón escolar, "me golpeaban, me tomaba mi cabeza y la pegaba en la ventana, pero así bien fuerte, me daban golpes bien fuertes en el abdomen, yo le contaba a mi mamá, ella iba directo al colegio, pero al día siguiente era lo mismo". "Después, cuando fui creciendo, fui agarrando un poquito más de carácter y no dejé que me hicieran daño, mi primera pelea en el colegio fue en quinto básico y otra en octavo y mi última pelea fue en segundo medio",

5. Prácticas alimentarias haitianas: continuidades y cambios

La alimentación de las personas haitianas se compone de tres tiempos de comida un pequeño desayuno antes del desayuno, luego almuerzo y a veces cena. El primero, es algo ligero como café y pan con huevo "o cualquier cosa que no sea una cosa grande

o que diga me voy a llenar. Es una cosa suave, cualquier cosa, pero que sea suave”. El desayuno que se toma más tarde, como a las diez de la mañana se compone de plátano frito con una ensalada que en Haití le dicen *pikliz*, se elabora con repollo, zanahoria, cebolla, chalotas y chiles fermentados en vinagre. “Es picante, muy picante”, se come con pollo o salami y también nos gusta la empanada que se le dice *paté*, son comidas que se hacen con masa”.

De acuerdo con lo señalado por las estudiantes que llevan más tiempo en Chile su desayuno ha cambiado notoriamente, por ejemplo, una de ellas describe su desayuno como “normal, pan, café o leche o chocolate caliente o chocolate cremoso, capuchino o a veces hacemos empanadas o a veces hacemos espaguetis, yo no como comida tan temprano, pero hay haitianos que bien temprano se comen un arroz”. “mi mamá me quería acostumar a esa vida de comer comida más temprano porque igual según los haitianos eso hace bien para la salud, uno se mantiene más fuerte, más saludable”, en mi caso, yo tomo desayuno primero. ¿Tomas un desayuno chileno?, “Es que mi cultura ya es chilena y si tuviera que tomar un desayuno haitiano, sería que mi mamá lo hiciera”. “yo me hago un chocolate caliente... con pancito, huevito, dependiendo de lo que haya en la casa para hacer mi propio desayuno” ¿Y si lo hace tu mamá?, “ella hace unas empanadas, le echa pollo, le echa de todo y todos comemos”. “Lo hace de vez en cuando o si no, hace *mazacote*, el *mazacote* es como, yo lo diría como un tipo de... Es igual que la avena, es como un tipo de postre, pero no es postre sólido, es como un tipo líquido que uno lo toma, a veces lo hace con avena o si no lo hace con plátano, le echa leche y lo echa a la licuadora. Y después lo echa a la cocina a cocinar y después esto lo tomamos”.

La tercera participante dice “a veces mi mamá, a veces yo también, hacemos café con leche, pan con mantequilla de maní, que creo que se dice *mamba* y a veces mi mamá hace espagueti, como dijo mi compañera, con vienesa también, con muchos otros ingredientes”.

Hablemos del almuerzo, ¿qué es lo que comen a la hora del almuerzo? “El almuerzo siempre es arroz, arroz con pollo y habichuelas negras, porotos negros, pero también usamos todas las americanas, las americanas son porotos blancos o de otro color, a veces cocinamos el trigo con pollo, es que los haitianos nos gustan el pollo, la carne, esas cosas”. Y a veces hacemos un... ¿Cómo le dicen esto? Es como si fuera un arroz. Pero no es arroz, es blanco, pero no es arroz, no, no me acuerdo. Nos gusta también el arenque, nos gusta comer el arenque con muchas cosas, con plátano, comemos el arenque con todo, con absolutamente todo”.

Una de las jóvenes que lleva más tiempo en el país dice “a veces se hace espagueti con vienesa, cebolla, cebollín y tomate, se hace con diferentes tipos de verduras dependiendo de lo que haya en la casa, puede ser que hagan arroz con salsa de carne o con pollo y salsa de porotos, el poroto lo metemos a la licuadora y después lo ponemos a hervir con clavo de olor y con otros ingredientes”

Otra de las participantes nos cuenta que “en el almuerzo, mi mamá hace arroz con habichuelas y *legim*, es una comida típica de Haití, que lleva zapallo italiano, berenjenas, zanahoria y carne todo mezclado”: *Legim* es una palabra derivada del francés que significa verduras, en Haití se refiere a una mezcla de vegetales cocidos y guisados (Dorsainvil, 2025, pag. 273)

¿Y la cena en qué consiste?, “la cena es maicena, le decimos *Labuiyi*, hacemos *labuiyi*, de maicena con azúcar, es harina de maíz con azúcar, canela y muchas cosas, hay de plátanos y de muchos tipos de harina”, otra entrevistada señala para la cena, “yo literalmente siempre ando con un yogurt, a mí nunca me faltan los yogures con cereales, siempre ando con un yogurt”.

¿Qué es lo más extrañas de la comida haitiana?, “mi salsa, es un condimento que hace que el arroz se ponga negro y le da un sabor y un olor natural, esa sazón se llama *djon djon*”, el *djon-djon* es un hongo negro comestible, muy apreciado en la cocina haitiana por su sabor terroso y aroma único. Es el ingrediente estrella del *diri djondjon* (arroz con *djon-djon*), un plato nacional que se caracteriza por su color negro intenso, logrado al hervir los hongos secos. “Nosotros lo hacemos como tipo sopita y ahí lo ponemos en el arroz, pero allá lo cogemos desde el campo, así natural”, la estudiante señala que una de las cosas que marcan la mayor diferencia es que en Haití “nosotros cocinamos con puras cosas naturales, es decir, yo voy al campo y cojo puras cosas y vengo a cocinar sin comprar, pero aquí compramos sazón, sopita, galleta, pero allá no usamos eso, usamos algo que lo sacamos directamente de la naturaleza”, otra preparación que le encanta es el huevo, pero no frito ni revuelto a la manera chilena sino que “como se hace en Haití con cebolla, tomate, picante, le ponen muchas cosas y lo revuelven, lo ponen a frío y lo sacan y tienen un olor a... [exquisito]”.

En Haití existe una gran cantidad de frutas y está muy arraigado tomar jugo natural de frutas y no bebidas gaseosas y “y acá en Chile todo se compra en un supermercado, se toma muchas bebidas con pinturas raras, ¿cierto? con gas, con cosas así”, “acá los chilenos toman muchísima bebida y al desayuno la mayoría lo toman con pan, con jamón y bebida y si están cansados, toman bebidas, nosotros en nuestro país, lo primero que hacemos es si queremos hacer una limonada, donde sea agarramos un limón, lo cortamos y hacemos una limonada, en el Caribe hay diversas frutas”, “el arroz

en Haití lo producen, lo ponen en un saco y así se vende, no es como aquí que compran el arroz en bolsa", "si quieren comprar pollo, gallina o carne, compran el animal y lo matan y lo preparan ellos mismos, no es como ir a una carnicería o ir a un supermercado a comprar carne, todo literalmente tiene que ser casero y naturalmente, natural".

Ustedes creen que hay cambios en las formas corporales o en el peso de la población haitiana, ¿han engordado estando en Chile?: "los niños chiquitos sí, porque sus padres, en vez de darles frutas y cosas así, alimentos para que ellos se sostengan, le dan papas fritas, les dan bebidas, para que vayan al colegio, porque si un niño ve que el compañero va a traer tal cosa, le va a decir a su papá que quiere tal cosa para su colegio, que ya no quiere comida", "todo lo que hay aquí tiene químicos y sustancias tóxicas, pero lo que sale de la tierra con bacterias se terminan matando al hervir o al prepararlo o limpiarlo de otra manera".

Una preparación que se extraña en la comida chilena es la "salsa de porotos, nosotros lo ponemos en la licuadora y después con un colador le sacamos todo el hollejo eso lo botamos y nos quedamos con la salsa y a esa salsa le vamos echando más sal y al mezclarlo con el arroz tiene un sabor magnífico para nosotras, queda muy bueno.

6. Alimentación institucional y adaptación escolar

Frente a la pregunta sobre qué ha cambiado en las preparaciones culinarias habituales de la cocina haitiana al cocinarla aquí en Chile, dado a que no hay la misma disponibilidad de alimentos, una de las estudiantes que lleva menos tiempo en Chile, señala que su mamá no cocina igual que antes, ella dice "No cocina igual acá, es como que un cambio total, yo le digo a mi mamá, ¿por qué cocinas así, si antes cocinabas de otra manera? Y me dice, yo siempre cocinaba así antes. ¡No!, es como que cambia todo sin pensar que todo va a cambiar, o cambia sin saber", "A lo mejor ella no quiere cambiar", parece ser que el proceso adaptativo no es tan consciente, las familias van cambiando sus gustos, incorporando alimentos y condimentos diferentes un poco sin darse cuenta, quienes lo notan son los que llevan menos tiempo en el país.

Con respecto a la alimentación institucional, muchas niñas, niños y adolescentes (NNA), se alimentan en los jardines Junji o en las escuelas públicas o particulares subvencionadas y son parte del programa PAE (Programa de Alimentación Escolar), hay muchas NNA chilenos a los que no les gusta la alimentación escolar, qué pasa con las NNA haitianas con estas comidas, una de las estudiantes nos señala que ingresó a

la sala cuna a los tres años y desde ahí siempre se ha alimentado con la comida Junaeb, “o sea, al haber llegado tan pequeña a Chile y haber ingresado al tiro al jardín infantil, como que... mis gustos se moldearon mucho con la comida chilena, ninguna comida me cuesta comer, siempre y cuando sea rica, no tengo problemas”. No le gustan las lentejas ni los porotos como lo hacen los chilenos, porotos con rienda. “El pastel de choclo no me gustaba, pero en el trabajo me hicieron y sí me gustó, porque no sabía que traía pollo, que traía carne”.

Es interesante observar que aquello que mencionan que no les gusta, es lo que tampoco les gusta a las NNA chilenos, en las escuelas es habitual que las y los escolares no asistan al comedor los días en que se preparan porotos con riendas o guiso de lentejas.

¿Cómo y con quienes comen, lo hacen en la cocina, en el comedor, cada una por su lado?, ¿cómo es su costumbre?, “los días que yo puedo decir que comemos en mesa son los domingos, sí, los domingos. Los domingos, pero todos los otros días es como que, ay no, me voy para mi pieza”, “es que los domingos es como que antes de ir a la iglesia, el almuerzo lo preparan desde bien temprano, para que cuando lleguemos no tengamos que estar pasando hambre o esperar que esté listo, yo dejo todo preparado o mi mamá deja todo preparado, nos vamos, cuando nos devolvemos simplemente prendemos la olla para que se caliente y después todos nos sentamos a comer normal”.

“Mi mamá se levanta a las cinco de la mañana, para preparar la comida y nos vamos a las ocho, a la iglesia”

7. Religión, espiritualidad y vida cotidiana

Existe una tensión evidente entre el cristianismo y el vudú, de acuerdo a lo señalado por el escritor Yvenet Dorsainvil en su libro “Aproximación a la cultura de Haití” él vudú “es un sistema en el que la humanidad y la naturaleza están profundamente interconectadas, manteniendo un equilibrio entre lo físico y lo espiritual, a través de expresiones como la danza, el canto, la meditación y la veneración de sus entidades espirituales”, es aquí cuando el vudú se tensiona con la mirada cristiana que no reconoce la existencia de intermediarios entre los humanos y la divinidad suprema, fomentando interpretaciones erróneas, vinculando el vudú con prácticas malignas. Las estudiantes entrevistadas, todas se identifican como cristianas que participan activamente en su comunidad religiosa desmarcándose de cualquier vínculo con la cultura vuduista, principalmente las estudiantes que llevan más tiempo viviendo en Chile, la estudiante que llegó hace poco, si bien también es cristiana, tiene un discurso

mucho más cercano a la filosofía vuduista, señalando constantemente la importancia de la naturaleza, para su tranquilidad y el desarrollo de la vida.

Dorsainvil escribe en su libro respecto de la importancia del cordón umbilical, que lo entierran en un lugar especial. ¿Qué opinan ustedes?, ¿mantienen esa costumbre? ¿su familia realiza este ritual? No, señala una de las estudiantes, “esas son gente que cree en tipos de espíritus, de protecciones, pero nosotros simplemente creemos que Dios es la única persona que nos puede cuidar de todo, enterrar un ombligo o poner un collar, no es nuestra protección lo único que nosotros creemos es orar y confiar en Dios, el vudú son gente que no va a la iglesia y no cree en la religión y hay mucha gente que no cree en la religión y también hay cristianos que sí creen en el vudú”.

8. Experiencias en el sistema de salud chileno

Con relación a la atención de salud que han recibido en Chile, una de las entrevistadas nos relata una mala experiencia que tuvo en un Cefsam (Centro de Salud Familiar), con una profesional. Ella sintió que siempre la miró de una manera que la hizo sentir mal, incómoda, “en verdad no estaba satisfecha..., o sea, no me trató mal, pero su expresión decía como que, ¿qué haces aquí? ¿Qué quieres? Es como que me hacía preguntas sin preguntarme. ¿Me entiendes? Con su mirar y su forma de actuar”, yo pensaba, “no hagas una cosa si no te sientes capaz de hacerlo” su expresión actitudinal es como decir no me caes bien y yo lo sentía y pensaba en el juramento que realizan las profesionales de la salud cuando se titulan.

“Jurar no es cualquier cosa, jurar es sagrado, es comprometerse, es hacer bien, aunque nadie te vea y tu juraste salvar vida y estas matando la vida”, “para mí el tratamiento para que uno sane no es... solamente inyectar o darme un medicamento, es el amor y el cariño que le tienes a tu paciente”, “si la inyección te la da una persona que tiene un mal espíritu, esa persona, aunque quiera hacer su trabajo bien no va a poder”. “Le quise decir a la enfermera, si no me puedes atender, no me atiendas, porque yo sé, que no vas a hacer nada bien. Y no hizo nada bien porque me dejó ese lado que no podía moverme”.

¿Tienen alguna otra experiencia que contarnos?, “si, en la escuela me vacunaron, me atendieron, no sé si es porque estaba la directora y los profesores ahí, pero sí nos respetaron, nos atendieron muy bien como negra”.

Al consultar cómo ha sido la percepción respecto de la atención en salud, una de las participantes señala “Mi mamá siempre va, mi mamá no es persona que exprese sus sentimientos; le puedes hacer cualquier cosa y ella... no quiere problemas... si le hacen algo, grave o.... cualquier cosa que podíamos alzar la voz, no lo dice”.

Otra alumna nos cuenta, fui al SAPU “porque tenía dolor de muelas y cuando llegué me dijeron que me iban a atender a tal hora y pasaron como tres horas, yo con mi mamá me quedé esperando y esperando y no me atendieron, hasta la noche me quedé esperando con mi mamá y no pudieron”, “a veces me atienden rápido, pero demasiado rápido y no alcanzo ni siquiera a decir algo que quería”.

Otro relato señala “en el CESFAM siempre tratan como si uno fuera, no sé, de plástico, en el sentido como que uno pueda aguantar cualquier tipo de dolor y ellos te van a atender a la hora que quieren. Yo me he dado cuenta que ellos, en vez de atender a la gente, se quedan ahí conversando, haciendo sus cosas, paseando, pasan una hora con el mismo paciente, o están ahí chateando por el celular, pero hay un CESFAM donde yo voy, que literalmente lo considero el mejor, porque ahí sí reciben buena atención la gente, por eso la gente va ahí, es como que uno se siente bien, el médico te pregunta cómo estás, cómo has pasado el día, a veces hasta te pregunta qué estudias, si has comido esto, es como literalmente... un doctor que a todo el mundo le gustaría que lo atendiera”.

9. Racismo y discriminación en contextos migratorios

“Aquí siempre dicen que hay racismo, pero para mí en todos los lugares hay racismo, hay gente buena y gente mala, pero aquí en Chile para mí no veo mucho el racismo, porque en República Dominicana lo hay más, En República Dominicana no quieren ver a los negros, es como que, si es negro no. ¿Cómo te explico? Es como que hacen la diferencia entre los negros y los blancos, aunque ellos tampoco son blancos, es como si nosotros fuéramos negros y ellos blancos, porque ellos son claritos, morenitos y nosotros somos negros, hay poca diferencia. Sí, hay poca diferencia, no me puedo quejar porque en algunas ocasiones y lugares también son respetuosos y respetan a nosotros los negros, los haitianos, pero hay algunos lugares que no. De un 100% un 30% respeta, aquí también pasa lo mismo, en Chile un 30% son racistas, pero los 70% son buenas personas... es lo que yo he visto”.

“Para mí todas las personas son iguales, negras, blancas, morenas, todas somos iguales, todas tenemos un sueño y todos cuando nos morimos nos vamos al mismo hoyo. Es como que no, no entiendo, no veo la diferencia entre un color y el otro”.

Una de las estudiantes participantes nos relata que una vez se desmayó y la llevaron al SAPU “y yo podía escuchar lo que dice la gente pero no podía hablar y le preguntaron a la persona que me trajo con mi mamá, que dónde estaba cuando me desmayé, le dijeron en la iglesia, dijo, “jajajaja, entró el demonio le hizo esto y lo otro, y estaban todos cagados de la risa y mi mamá como es cristiana se puso a orar y la estaban

echando, porque ella estaba interrumpiendo", es el único momento de discriminación que he sufrido.

Por eso es tan importante además conocer a las diferentes personas, cuáles son sus necesidades, porque ustedes van a ser profesionales de la salud y van a recibir también personas de otras culturas, les va a tocar atender personas mapuches, les va a tocar atender personas venezolanas, colombianas, peruanas, bolivianas, chilenas, etc. Y haitianas también, pero que siendo haitianas tienen distintas formas también. Dentro de Haití hay también diferentes personas, diferentes religiones.

10. Conclusión: Estrategias de adaptación y agencia cultural e implicancias para la formación en salud intercultural

Los hallazgos permiten desde una mirada cultural aproximarse a la transición alimentaria que han vivido las estudiantes haitianas, no como un proceso lineal de adaptación, sino como una experiencia compleja, situada y profundamente atravesada por dimensiones culturales, emocionales y estructurales. La alimentación emerge como un eje central en la configuración del bienestar, articulando memoria, identidad y pertenencia, al tiempo que se ve tensionada por las condiciones del contexto migratorio y las lógicas del sistema alimentario chileno.

Se evidencia una transformación progresiva de los patrones alimentarios, marcada por la incorporación de productos industrializados, la modificación de preparaciones tradicionales y la disminución del acceso a alimentos naturales propios del contexto haitiano. Estos cambios no solo impactan en la percepción del cuerpo y la salud, sino también en el bienestar emocional, expresándose en formas de nostalgia alimentaria, desarraigo y adaptación ambivalente. A su vez, las experiencias relatadas en el sistema de salud y en espacios educativos dan cuenta de la persistencia de barreras culturales y prácticas que tensionan el acceso a una atención pertinente y respetuosa.

En este escenario, las estrategias de adaptación desarrolladas por las estudiantes participantes—como la resignificación de prácticas culinarias, el mantenimiento de rituales familiares y la articulación de redes comunitarias— dan cuenta de procesos activos de agencia cultural que desafían visiones reduccionistas de la integración migratoria.

Finalmente, este estudio subraya la necesidad de fortalecer la formación en salud desde un enfoque intercultural, que reconozca la diversidad de saberes y prácticas alimentarias como componentes fundamentales del cuidado. Asimismo, plantea el

desafío de avanzar hacia políticas alimentarias institucionales culturalmente pertinentes, que contribuyan no solo a la seguridad alimentaria, sino también al bienestar integral de estudiantes migrantes, en coherencia con una perspectiva de derechos humanos, equidad y buen vivir.

Referencias

Aguirre, P. (2004), Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. Capital Intelectual S.A

Castillo-Lobos, L., & Contreras-Valeria, C. (2023). ¡Que no le falte la fruta al niño! Las prácticas de alimentación como acción política de las madres migrantes haitianas en Chile. *Revista Pueblos y fronteras digital*, 18, e-667. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2023.v18.667>

Dorsainvil, Y. (2025). Aproximación a la cultura de Haití. Letrame Editorial.

Egaña Rojas, D., Carstens Riveros, C., Gentschev Poggi, A., & Pierre Paul, J. C. (2021). *Kinan'm: gastronomía haitiana en el paisaje alimentario de la Región Metropolitana*. Alerce Talleres Gráficos.

Louis-Jean, J., Sanon, D., Louis-Jean, K., Sanon, N., Stvil Louis-Jean, R., & Thomas, M. L. (2021). Valorización del pikliz: un acompañamiento picante para comidas en la cocina haitiana. *Journal of Ethnic Foods*, 8(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s42779-021-00077-5>

COBERTURA COMPLEMENTARIA (MCC) DE FONASA: IMPLICANCIAS PARA EL BIENESTAR Y LA PROTECCIÓN FINANCIERA EN SALUD

Ismael Aguilera Correa⁵ – Rafael Urriola Urbina^{6,7}

Fonasa's Complementary Coverage Modality (MCC): implications for well-being and financial protection in health

RESUMEN

El intento de implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) en Fonasa representó un caso de estudio crítico sobre los límites de la colaboración público-privada en mercados con asimetría de información. La evidencia muestra que el fracaso de las licitaciones se encuentra en un modelo de prima plana voluntaria, sin mecanismos robustos de ajuste por riesgo sanitario, lo que generó barreras de entrada insalvables para los aseguradores, exacerbadas por la incertidumbre radical respecto a la red de prestadores. A partir de este diagnóstico, este artículo propone vías alternativas: i) un seguro complementario público con afiliación automática (opt-out), prima solidaria proporcional al ingreso y gobernanza independiente mediante separación contable estricta o, ii) mantener el mercado actual de seguros complementarios que tiene el 50% de la población, pero con mayor regulación y transparencia en los contratos. Se revisa someramente las experiencias de Francia y Colombia para justificar estas sugerencias que se alinean con el marco de bienestar desarrollado por APROB, donde la protección financiera y el acceso universal son dimensiones centrales del bienestar colectivo.

Palabras clave: Financiación de la salud; Seguros de salud; Asociaciones público-privadas; Regulación del mercado.

⁵ Ingeniero Civil Industrial, Mg, Departamento de Economía de la Salud, Ministerio de Salud de Chile. ORCID: 0009-0003-4384-9821. Correspondencia: iaguiler@ug.uchile.cl

⁶ Máster en Economía Pública y Planificación U de Paris. Presidente APROB.

⁷ Nota: Una versión previa de este artículo fue publicada en Cuadernos Médico Sociales, con un enfoque centrado en el análisis técnico-actuarial de las fallas de mercado. La presente versión ha sido adaptada y ampliada para la Revista Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo. Para mayor detalle sobre los fundamentos teóricos de la selección adversa y la ambigüedad knightiana aplicados a este caso, se recomienda consultar la publicación original: Aguilera, I. y Urriola, R. (2026). Fallas de mercado en la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de Fonasa. Cuadernos Médico Sociales (Chile), 66(1), 17-22, DOI: <https://doi.org/10.56116/cms.v66.n1.2026.2520>.

ABSTRACT

The attempt to implement the Complementary Coverage Modality (MCC) at Fonasa provided a valuable case study on limitation of public-private collaboration in markets characterized by information asymmetry. The evidence indicates that the failure of the tenders can be attributed to a flat-rate voluntary premium model that lacks robust mechanisms for adjusting for health risk. This model created insurmountable barriers to entry for insurers, which were exacerbated by radical uncertainty regarding the provider network. This article proposes two alternative approaches to the current supplemental insurance market, which, it is argued, should be maintained as it covers 50% of the population. The first proposal is for a public supplemental insurance program with automatic enrollment (opt-out), a solidarity-based premium proportional to income, and independent governance through strict accounting separation. The second proposal is for greater regulation and transparency in contracts. The experiences of France and Colombia are briefly reviewed to justify these suggestions, which align with the welfare framework developed by APROB. In this framework, financial protection and universal access are central dimensions of collective well-being.

Keywords: Healthcare financing; Health insurance; Public-private partnerships; Market regulation.

1. INTRODUCCIÓN

El sistema de salud chileno atraviesa una transformación estructural precipitada por la crisis de solvencia de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres). Los fallos judiciales de la Corte Suprema, que obligaron a la devolución de cobros en exceso por montos superiores a los 1.400 millones de dólares, generaron una incertidumbre sistémica sobre la continuidad de la cobertura privada. Como consecuencia directa, se produjo una migración masiva de aproximadamente un millón de beneficiarios desde el sistema privado hacia el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) entre 2022 y 2024 (Fonasa, 2026a).

En mayo de 2024 se promulgó la Ley 21.674 (llamada "Ley Corta") que instruyó la creación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), un seguro voluntario diseñado para otorgar protección financiera adicional a los beneficiarios de los tramos B, C y D de Fonasa que opten por atenderse en la Modalidad de Libre Elección (MLE), es decir, en la red privada. El diseño de la MCC contemplaba una *prima plana comunitaria* —un cobro mensual único e igual para todos los afiliados, independiente

de su edad o estado de salud— y una red cerrada de prestadores para grupos de prestaciones priorizados, desde días cama y soluciones quirúrgicas hasta tratamientos oncológicos complejos.

La Modalidad de Atención Institucional (MAI) ofrece gratuidad total ("Copago Cero") por cualquier atención en la red pública. En cambio, la MLE expone a los pacientes a una baja cobertura financiera, especialmente en atenciones hospitalarias y quirúrgicas, donde los aranceles basales de Fonasa cubren, en promedio, menos del 50% del valor total facturado (Fonasa, 2026b). Históricamente, los afiliados a Isapres financiaban la brecha de la cobertura basal mediante una cotización adicional que en promedio es 60% superior al 7% legal.

En la lógica de la Ley 21.674, se supone que ese excedente podría redestinarse al pago de la prima voluntaria de la MCC. En términos sencillos, si una persona con ingresos de un millón de pesos paga \$70.000 como cotización legal obligatoria, pero en Isapres pagaba \$110.000 en promedio, la diferencia voluntaria de alrededor de \$40.000 podría financiar un seguro complementario organizado por Fonasa. Este ejercicio no contempla las diferencias de ingreso que, a la postre, resultan decisivas para los usuarios de bajos ingresos.

Los estudios previos a la implementación de la MCC reforzaban esta expectativa (Bustamante y Fuentes, 2025). Una encuesta de Fonasa en 2024 (Marusic, 2024) mostraba que el 70% de los cotizantes estaría dispuesto a contratar un seguro complementario licitado por el asegurador público, incluso en el segmento sano de 20-35 años. Sin embargo, estudios de mercado revelaban una alta sensibilidad al precio: un aumento de la prima por sobre los \$30.000 provocaba el rechazo de más del 56% de la demanda potencial (ibid). Había demanda, pero fuertemente condicionada al precio y/o la cobertura.

Desde la perspectiva del bienestar colectivo, la MCC interviene directamente en tres de las cinco dimensiones del marco evaluativo desarrollado por APROB (Urriola y Sarmiento 2026): universalidad (ampliar el acceso a la red privada para beneficiarios del seguro público), protección financiera (reducir el gasto de bolsillo en atenciones complejas) y derechos garantizados (operativizar efectivamente la Ley 21.674). Esta conexión es especialmente relevante a la luz de la propuesta de indicadores de bienestar para la Atención Primaria de Salud (ibid.).

Sin embargo, la implementación de la MCC presentó barreras estructurales severas. Durante 2025, los procesos de licitación pública fracasaron. La única empresa participante ofreció cubrir solo una fracción del riesgo a costos significativamente

superiores a los estimados. En el artículo de Aguilera y Urriola, (2026) se demuestra que estos resultados no obedecen a fallas operativas circunstanciales, sino a problemas de diseño en los mecanismos de incentivos que exacerban la selección adversa. El objetivo de este artículo es especificar las causas de estos fallos desde la teoría de seguros y la economía del comportamiento, y proponer mecanismos alternativos centrados en el bienestar de los beneficiarios, evaluando la factibilidad de un seguro complementario operado por empresas privadas, con regulación pública, pero con independencia financiera.

2. MÉTODOS

El texto anterior de los autores (Aguilera y Urriola, 2026) revisó las bases técnicas y administrativas de las Licitaciones Públicas ID 591-3-LR25 (Primer Llamado) y ID 591-28-LR25 (Segundo Llamado), incluyendo sus Circulares Aclaratorias y Actas de Evaluación emitidas por Fonasa. El análisis cualitativo se estructuró en tres dimensiones: diseño de incentivos (evaluación de barreras de entrada regulatorias y mecanismos de pago a prestadores), análisis de riesgo (comparación de los parámetros de cobertura entre ambos procesos licitatorios) y respuesta del mercado (análisis de la oferta y demanda para identificar la percepción de riesgo de los aseguradores privados).

Para la interpretación teórica se utilizaron los marcos conceptuales de asimetría de información de Rothschild y Stiglitz (1976), la incertidumbre estructural o "ambigüedad knightiana" de Knight (1921) y el problema de los *lemons* de Akerlof (1970) y El rol del mercado y el estado en el futuro de los seguros de salud (Bazzocchi 2021). Adicionalmente, se incorporaron hechos estilizados de experiencia comparada internacional —mutuales complementarias en Francia y seguros complementarios regulados en Colombia— para fundamentar las propuestas de política pública. Se utilizan también conceptos de economía del comportamiento (arquitectura de elección, inscripción automática con opt-out) para evaluar alternativas de diseño.

El estudio utilizó bases de datos secundarias de acceso público y anonimizado, por lo que no requirió consentimiento informado. Se declara que se utilizó un modelo de lenguaje de inteligencia artificial para la revisión gramatical, estructuración de argumentos y síntesis de textos del manuscrito. Los autores asumen plena responsabilidad por el contenido.

3. RESULTADOS

3.1 Resultados de los procesos de licitación

El análisis comparado de ambas licitaciones evidencia una respuesta de mercado limitada frente al diseño de incentivos propuesto. En el primer llamado, caracterizado por la oferta de la cartera como un bloque único y un tope de cobertura de 500 UF, el proceso se declaró desierto por ausencia total de oferentes. Esto indicó una baja aceptabilidad del riesgo asociado a una población de alta morbilidad (Fonasa tramos B, C y D) bajo un esquema de prima plana sin mecanismos de declaración de preexistencias.

El segundo llamado incorporó tres mecanismos de mitigación del riesgo detectado en la primera licitación. Primero, se fraccionó la cartera en siete bloques, de modo que cada asegurador asumiría el 14,28% del riesgo total. Segundo, se redujo el tope de cobertura de 500 a 400 UF. Tercero, un mecanismo de *stop-loss* en que el Estado, actuando como reasegurador asumiría el 80% de las pérdidas cuando la siniestralidad excediera de un 15% a lo recaudado por el sistema.

A pesar de estas flexibilizaciones, se recibió una única oferta válida (Aseguradora Zurich) y solo para una de las siete fracciones disponibles. Esto implica que el 85,7% del riesgo licitado quedó sin cobertura, imposibilitando la implementación sistémica del seguro.

Resulta paradójico contrastar este resultado con las proyecciones previas a la implementación: análisis de mercado anticipaban una alta rivalidad basada en el modelo de Porter, identificando a actores consolidados como MetLife, Consorcio y BICE Vida como competidores naturales por este nuevo mercado (Bustamante y Fuentes, 2025). Este resultado, entonces, estaba lejos de las expectativas de los diseñadores del seguro. La ausencia de empresas postulantes sugiere que las barreras de entrada técnicas —la imposibilidad de discriminar riesgo mediante tarifas diferenciadas o algún grado de universalidad— actuaron como un disuasivo absoluto.

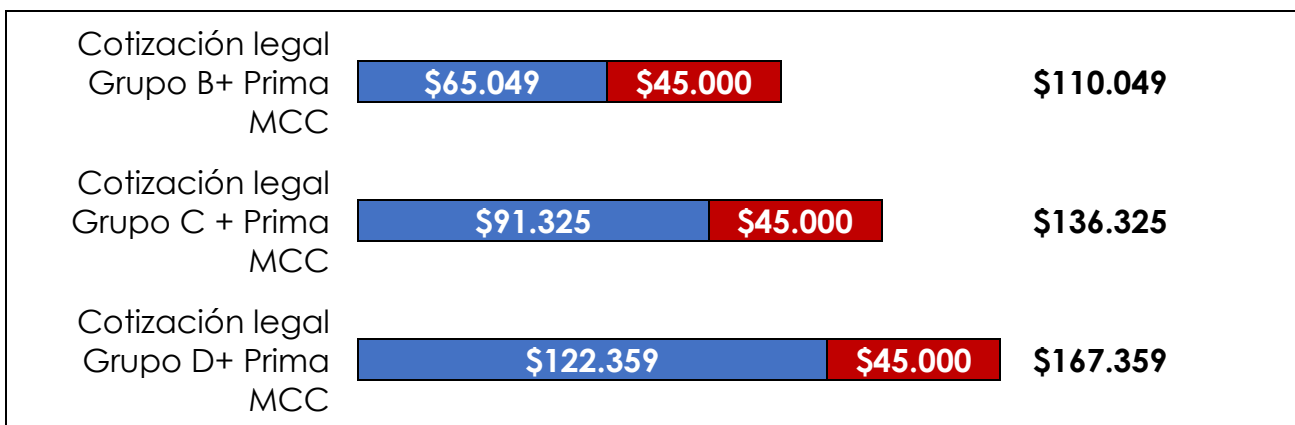
3.2 Análisis de costos

La licitación estableció una prima mensual referencial de aproximadamente \$45.000 (1,2 UF). Este valor supera en más del 50% las estimaciones base del diseño original y duplica el costo promedio de seguros complementarios colectivos comparables en el mercado privado para poblaciones de menor riesgo. Adicionalmente, se ubica muy por encima del umbral de \$30.000 que, según los estudios de factibilidad, provocaba el rechazo de más del 56% de la demanda potencial.

3.3 Impacto en los beneficiarios

El análisis de asequibilidad basado en datos CASEN 2024 (MIDESO, 2026) revela que la prima ofertada actuaría como una barrera de acceso severa para los tramos de ingresos medios. Para el Grupo B de Fonasa, la prima de \$45.000 representaría una sobrecarga financiera equivalente al 69% de su cotización legal base; para el Grupo C, del 49%. En otras palabras, el seguro resultaba regresivo (los usuarios de menores ingresos pagarían una proporción mayor de sus ingresos). La Figura 1 ilustra esta (des)proporción.

Figura 1: Comparación de cargas financieras mensuales



Fuente: Elaboración propia con datos CASEN 202 y licitación ID 591-28-LR25.

El impacto conductual es predecible. Para un usuario racional y sano, pagar \$45.000 mensuales resulta ineficiente cuando la alternativa institucional (MAI) tiene copago cero. El resultado esperable es que solo se afiliarían personas con eventos médicos inminentes o en listas de espera, deteriorando progresivamente el perfil de riesgo del fondo y confirmando la espiral de selección adversa. A esto se suma un dato crítico: la exclusión de un prestador mayoritario como RedSalud de la red MCC reduciría la intención de compra en un 30% adicional (Bustamante y Fuentes, 2025), lo que evidenciaría cuán sensible es la demanda a la composición de la red.

Desde la perspectiva del bienestar, el fracaso técnico de la MCC se traduce directamente en deterioro de las dimensiones centrales del marco evaluativo: la protección financiera no se materializa, el acceso a la red privada sigue siendo excluyente, y la expectativa de derechos generada por la Ley 21.674 queda inconclusa. El resultado neto es paradójicamente peor que el *statu quo* porque genera frustración institucional sin entregar beneficios concretos.

4. DISCUSIÓN: FALLAS ESTRUCTURALES Y BARRERAS DE ACCESO

4.1 Fallas de diseño y teoría económica

El cobro de una prima plana con esquema voluntario desincentiva la participación de la población sana y fomenta la autoselección de individuos con mayor morbilidad, fenómeno conocido como selección adversa (Rothschild y Stiglitz, 1976). Si bien las primas planas son eficientes y fomentan la solidaridad en sistemas de seguridad social con afiliación obligatoria y mancomunada a gran escala, resultan financieramente inviables en poblaciones acotadas bajo esquemas voluntarios. Esta distorsión se agudiza por la ausencia de mecanismos de ajuste de riesgo⁸ que permitan corregir las tarifas en función de la siniestralidad esperada. Como advirtió Akerlof (1970), ante esta asimetría el mercado termina quedándose solo con los riesgos más altos y costosos, expulsando a los usuarios sanos y haciendo el fondo inviable.

Por otra parte, las aseguradoras acostumbradas a evaluar riesgos mediante el cálculo actuarial no tienen herramientas para reducir la incertidumbre radical o "ambigüedad knightiana" (Knight, 1921). Al momento de licitar no existía una red de prestadores consolidada, ni aranceles clínicos de referencia, ni datos actuariales de la población potencialmente afiliada a la MCC. Sin una distribución de probabilidad confiable, la respuesta racional del mercado fue abstenerse de participar o exigir primas de seguridad exorbitantes, lo que explica tanto la deserción total del primer llamado como la prima excesiva del segundo.

4.2 Mecanismos de barrera al acceso

Existe una brecha insalvable entre el costo del seguro y la percepción de riesgo del beneficiario promedio. Mientras la cotización media de Fonasa C es \$91.325, la prima licitada de \$45.000 representa un incremento superior al 40%. Esta disparidad desarticula cualquier incentivo económico para la afiliación de la población sana (20-35 años), necesaria para subsidiar el sistema. Y esto a pesar de que estudios previos evidenciaban un 70% de disposición a contratar: la demanda existía, pero la prima resultante la destruye por ser superior a \$30.000.

La política de gratuidad universal en la red pública ("Copago Cero") reduce el costo de oportunidad de la alternativa institucional a cero, aunque esto supone que el acceso estaría garantizado, en circunstancias que la razón principal del uso de la MLE -y eventualmente de la MCC- es que no hay seguridad en ser atendido oportunamente

⁸ Los mecanismos de ajustes de riesgo pueden descartarse en poblaciones muy numerosas porque la distribución del costo, asimismo, se distribuye entre millones de cotizantes.

en el sector público. Para un usuario racional y sano, pagar una prima elevada para acceder a la red privada se vuelve ineficiente, convirtiendo a la MCC en un producto atractivo casi exclusivamente para pacientes con eventos médicos inminentes o en listas de espera, lo que deteriora irreversiblemente el perfil de riesgo del fondo.

Adicionalmente, la reducción del tope de cobertura a 400 UF (aproximadamente \$16 millones) deja a los hogares expuestos financieramente frente a eventos catastróficos reales, como tratamientos oncológicos complejos o trasplantes. Esto puede ser insuficiente para lograr el objetivo primario de la MCC: otorgar seguridad financiera frente a las contingencias más costosas.

4.3 Limitaciones del fraccionamiento y riesgo fiscal

La estrategia del segundo llamado de dividir el riesgo en siete bloques se inspiró en el modelo del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS) de las AFP. Sin embargo, la diferencia fundamental radica en la voluntariedad. Mientras el SIS opera sobre una masa de cotizantes cautivas y universal, garantizando diversificación, la MCC intenta fraccionar una cartera con alta probabilidad de siniestro y baja diversificación. Sin masa crítica obligatoria, fraccionar multiplicó la incertidumbre en vez de reducirla. La falta de participación de oferentes valida la teoría de la abstención racional ante ambigüedad (Cao et al., 2005; Easley y O'Hara, 2009).

Por último, el diseño planteó un desafío de sostenibilidad fiscal. Ante la eventual insolvencia técnica de un asegurador privado por siniestralidad mayor a la proyectada, se explicitó el riesgo de que el Estado deba actuar como "asegurador de última instancia" para evitar la desprotección de los afiliados. Esto genera un problema de riesgo moral institucional, donde pérdidas privadas podrían terminar siendo socializadas mediante subsidios de emergencia, sin que el Estado haya tenido control sobre la gestión del riesgo.

4.4 Vinculación con el bienestar

Las fallas técnicas documentadas impactan de manera transversal las dimensiones del marco de bienestar propuesto por APROB, a saber: La universalidad permanece estancada porque la MCC no logra ampliar significativamente la cobertura efectiva, por lo tanto, dista de ser universal. La protección financiera es marginal dado que el gasto de bolsillo persiste para quienes no pueden pagar la prima. La ampliación de opciones para los usuarios de Fonasa que pretendía la Ley 21.674 quedan sin operativizar. La satisfacción usuaria se frustra ante expectativas incumplidas. Y la

calidad no puede asegurarse sin una red prestadora definida. En síntesis, un instrumento que pretendía mejorar el bienestar resultó ser regresivo, excluyente e inaplicable.

5. ALTERNATIVAS PARA UN SEGURO COMPLEMENTARIO SOLIDARIO

5.1 La pregunta inevitable

Si el mercado privado no puede asumir este riesgo sin cobrar primas que excluyen a la población objetivo —y si dos licitaciones consecutivas lo confirman empíricamente—, entonces el diseño debe repensarse desde la lógica de la seguridad social. Aún así persiste una ambigüedad entre definir si el seguro será parte de Fonasa o una alternativa independiente como sucede actualmente con las mutuales que cubren ciertos eventos de salud pero, específicamente, vinculados a accidentes laborales.

Fonasa ya posee la cartera (más de 16 millones de beneficiarios), los datos epidemiológicos y la escala para mancomunar riesgo de manera eficiente. El fracaso de las licitaciones no es solo un problema técnico: es una señal de mercado que indica que la colaboración público-privada, en este esquema específico, tiene límites estructurales que ningún ajuste paramétrico puede superar simplemente.

5.2 Diseño basado en economía del comportamiento

a) alternativa con administración pública

La evidencia de economía del comportamiento (Thaler y Sunstein, 2008) muestra que la inscripción automática con opción de salida (*opt-out*) genera tasas de participación sustancialmente mayores que la afiliación voluntaria, sin eliminar la libertad de elección. Aplicado a la MCC, esto significaría afiliarse automáticamente a todos los beneficiarios Fonasa B, C y D, permitiendo que quienes no deseen participar se retiren activamente. Este mecanismo resuelve de raíz la selección adversa al garantizar una masa crítica diversificada desde el inicio. Aunque no es simple la factibilidad legal y económica de los mecanismos para aplicar una modalidad de este tipo porque, de hecho, podría implicar un cambio en el monto de las cotizaciones.

La prima plana adicional podría reemplazarse por una prima proporcional al ingreso —o mixta, con un componente fijo más uno variable—, recuperando el principio de solidaridad propio de la seguridad social. La red prestadora y los aranceles de las prestaciones adicionales deben definirse antes de licitar, eliminando así la ambigüedad que paralizó a los aseguradores privados.

Si Fonasa diseñara las bases, regula el proceso y además opera como asegurador complementario, se concentran funciones incompatibles que generan un riesgo evidente de conflicto de interés. Esto requerirá salvaguardas institucionales explícitas.

En primer lugar, debería establecerse una separación contable estricta (*ring-fencing*) entre el financiamiento base del 7% obligatorio y los recursos del seguro complementario. La cotización legal no puede, en ninguna circunstancia, subsidiar las pérdidas del complementario, peor aún, si este es administrado por empresas privadas. Esto exige contabilidad separada, estados financieros auditados y reservas técnicas propias.

En segundo lugar, la rama complementaria de Fonasa debe ser fiscalizada por la Superintendencia de Salud con las mismas exigencias de solvencia, reservas técnicas y transparencia que se aplican a aseguradores privados.

Si eventualmente actores privados participan en fracciones del seguro, la cancha regulatoria debe ser pareja.

b) alternativa con administración y propiedad privada de la MCC

Esta alternativa que está en el diseño de la ley 21.164 reduce la acción del Fonasa a un nivel de diseño del mecanismo sin injerencia en la administración ni en los resultados financieros.

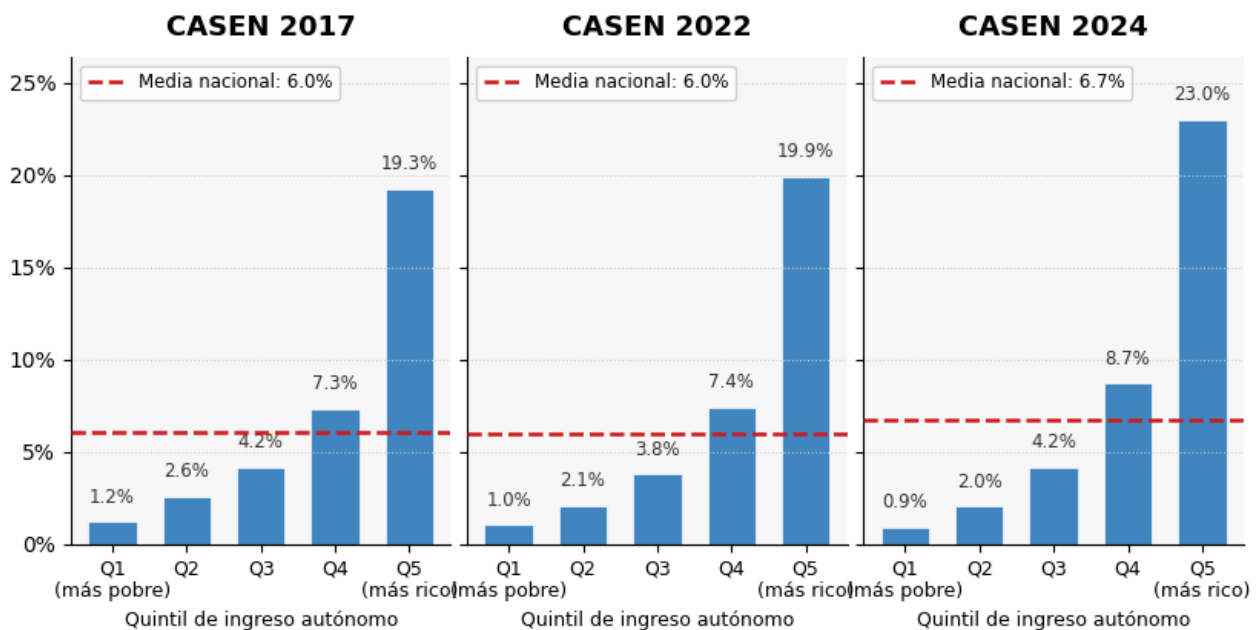
Actualmente, hay miles de seguros de salud complementarios en el país que son otorgados por aseguradoras nacionales e internacionales y por empresas (clínicas) a través de institucionalidad ad hoc creada por las propias clínicas.

Existen en la actualidad (2025) más de 30 compañías aseguradoras en el país (CMF 2025). Los seguros pueden ser contratados de forma individual o colectivos y su cobertura puede ser **complementaria** a planes de Isapre/Fonasa o catastróficos. El número de personas con seguros de salud complementarios ha aumentado un 14% entre 2020 y 2024, llegando a 10,4 millones (Telting 2024). Esto es más del 50% de la población. Los seguros de salud obtuvieron primas por 30.498.013 UF en 2025 (alrededor de 1,250 millones de dólares) lo que equivale al 10,9% del total de los seguros generales según el informe Trimestral de la Asociación de Aseguradoras de Chile (marzo de 2026).

El indicador de penetración (primas de seguros/PIB) creció de 1,98% en el año 1985 a 4,85% el año 2018 pero volvió a 4% en 2024 (Asociación de Aseguradoras de Chile).

Otro aspecto para tomar en cuenta en la implementación de una MCC es que la mayoría de los seguros complementarios son tomados por los grupos de altos ingresos y que los grupos de menores ingresos, probablemente, están cubiertos cuando las empresas a las que pertenecen han tomado un seguro colectivo. En efecto, las pólizas colectivas representan el 45% del total, principalmente ofrecidas por empleadores como parte de sus beneficios laborales (Tetting 2024).

Figura 1: Porcentaje de la población con Seguro de Salud Complementario según quintil de ingreso autónomo.



Fuente: Elaboración propia basada en CASEN 2017, 2022 y 2024

Puesto que un aspecto esencial de los seguros es la mancomunidad de muchos riesgos individuales. Las instituciones que no cumplen ese requisito no pueden considerarse aseguradoras, aun cuando recaben un pago previo (tal es el caso de los seguros que cubren solo una atención preventiva en forma de exámenes anuales, visitas prenatales o vacunaciones). (Dror 2002)

En 2023, el número de pólizas de seguros de salud complementarios aumentó de aproximadamente 60 a 120, ofreciendo una variedad de coberturas más amplia y adaptada a las necesidades específicas de los asegurados, aunque esto llevó anteriormente, en el caso de las Isapres, a tener cerca de 50.000 pólizas lo cual tuvo por objeto aislar a los sectores (incluso personas) de mayor riesgo. No obstante, la toma

de pólizas se ha concentrado en los seguros específicos, como los oncológicos que, por ejemplo, aumentaron de nueve veces en Red Dávila en 2024.

No hay regulación ni condiciones previas para estos seguros habiendo todo tipo de arreglos y ofertas al respecto que no tienen un cuerpo legal único ni regulaciones que determinen derechos mínimos de los afiliados y, en particular, las formas de terminar los contratos. Esto ha sido importante porque el finiquito unilateral puede dejar al beneficiario a medio tratamiento. Con todo, por la cantidad de asegurados existentes se puede concluir que la modalidad es considerada útil por una población numerosa y/o que las capacidades de las coberturas formales de Fonasa e Isapres son insuficientes.

En suma, es una micro fragmentación de seguros que no ayudan actualmente ni a la universalidad ni a criterios de salud pública generales.

Mirando someramente un par de experiencias internacionales se puede considerar que, en Francia, las mutuales complementarias (*mutuelles*) instituciones privadas operan sobre el sistema público universal de salud. Desde 2016, la afiliación es cuasi-obligatoria para asalariados: todo empleador debe ofrecer una cobertura complementaria de salud. Para las personas de menores ingresos, la *Couverture Maladie Universelle Complémentaire* (CMU-C) garantiza cobertura gratuita. La lección es clara: la masividad se logra con obligatoriedad o cuasi-obligatoriedad, no con voluntariedad pura. El pago adicional es compartido por trabajadores y empleadores y la oferta de cobertura es muy amplia y homogénea para las *mutuelles*.

En Francia los organismos de seguros complementarios de salud (*organismes complémentaires d'assurance maladie, OCAM*) aportan el 14% del gasto nacional en salud. Sin embargo, es la Seguridad Social la que garantiza la solidaridad universal de manera directa con los prestadores públicos y mediante *l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)*, supervisa la transparencia y el equilibrio de la información difundida, así como el seguimiento de los resultados financieros. Entre los objetivos señalados en la misión se encuentra “Resolver crisis minimizando la necesidad de apoyo financiero público”.

En Colombia Los planes complementarios (PAC) son ofrecidos por las mismas EPS y tienen unas pocas empresas adjuntas que los ofrecen. El régimen contributivo permite que empresas privadas otorguen planes complementarios regulados por la Superintendencia Nacional de Salud, con primas diferenciadas por riesgo pero con topes regulados. La coexistencia entre el plan obligatorio de salud y los planes

complementarios es viable porque existe una regulación fuerte y el plan básico es robusto.

No obstante, también existen las pólizas de seguros que son planes ofertados por las aseguradoras, cuya principal diferencia respecto a los PAC es que la tarifa se ajusta de acuerdo a su siniestralidad o uso de servicios.

Los planes complementarios representan 0,6% del ingreso nacional y 8,2% del gasto en salud del país, siendo la medicina prepagada el seguro de mayor participación en el mercado con 57%, las pólizas de salud con un 27% y por último los planes complementarios y ambulancias prepagadas con 16% de participación.

En definitiva, en ambos casos, la clave reside en la masividad de la base afiliada, regulación efectiva y separación clara entre cobertura básica y complementaria. Estas son precisamente las condiciones que el diseño actual de la MCC no satisface.

Finalmente, la gobernanza de la MCC debe incluir publicación periódica de indicadores de gestión, siniestralidad, cobertura efectiva y satisfacción usuaria, así como participación de representantes de los beneficiarios en las instancias de supervisión.

6. CONCLUSIONES

El fracaso de ambas licitaciones de la MCC en 2025 no obedece a errores operativos sino a una incompatibilidad estructural entre los principios de solidaridad —prima plana, no exclusión por preexistencias— y la lógica de seguros voluntarios privados que requieren evaluar riesgos mediante cálculos actuariales para ser financieramente viables.

Las tres condiciones técnicas identificadas —mecanismos de ajuste de riesgo, incentivos a la masividad y certeza en los costos de la red prestadora— siguen siendo necesarias para evaluar la factibilidad (ingresos v/s gastos) del sistema, incluso para el sector público tal como se define en el GES, pero resultan infructuosos si se mantiene el esquema de mercado puramente voluntario. El fraccionamiento del riesgo solo es calculable en el marco de una masividad obligatoria de la cartera de afiliados.

La evidencia presentada apunta a que un seguro complementario público, con afiliación automática (*opt-out*), prima proporcional al ingreso y gobernanza independiente mediante separación contable estricta y fiscalización simétrica, es una vía más coherente con los objetivos de protección financiera, equidad y bienestar colectivo que inspiran el marco evaluativo de APROB mencionado.

No obstante, la perspectiva de cobrar seguros complementarios a los grupos de menores ingresos a precios de mercado se ha mostrado ineficiente, inviable y regresivo por lo que estos grupos mas bien irán mejorando su cobertura garantizada en la medida que el sector público aumente su propia capacidad de cobertura e incremente las coberturas GES.

La nueva administración de Fonasa enfrenta una decisión crítica: insistir en forzar un mercado que la evidencia demuestra inviable, o transitar hacia un modelo que garantice protección financiera efectiva.

Quizás la mejor manera de crear una modalidad de seguros complementarios sea estudiar y regular los seguros privados existentes transparentando los convenios o pólizas a fin de que, quienes quieran pagar, tengan más claridad sobre los contratos. Sin correcciones de fondo que trasciendan los ajustes paramétricos de las licitaciones, la MCC continuará fracasando o será apenas un producto de nicho, irrelevante para la salud pública y fiscalmente riesgoso para el Estado. Exactamente lo contrario de lo que la Ley 21.674 se propuso lograr.

En definitiva, la provisión pública o privada de servicios de salud no es un tema ideológico inmutable, sino que debe evaluarse por resultados y según cada caso. Una vez operando el seguro complementario (aunque puede generalizarse esta conclusión al sistema como un todo), será necesario establecer indicadores comparativos de eficiencia entre actores, especialmente si participan aseguradores privados en fracciones del riesgo. La evaluación debe medir resultados sanitarios reportados por los pacientes (PROMs) y experiencia de atención (PREMs), no solo precios, alineándose con la propuesta de adopción de la encuesta PaRIS de la OCDE.

REFERENCIAS

- Aguilera, I. y Urriola, R. (2026). Fallas de mercado en la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de Fonasa. Cuadernos Médico Sociales (Chile), 66(1), 17-22, DOI: <https://doi.org/10.56116/cms.v66.n1.2026.2520>.
- Akerlof, G. A. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. The Quarterly Journal of Economics, 84(3), 488-500.
- Bazzocchi Didier. Entre État et marché: quel rôle futur pour l'assurance de santé en France ? Revue d'économie financière, 2021, vol. N° 143, issue 3, 95-108
- Biblioteca del Congreso Nacional. (2024, mayo 24). Ley 21.674: Modifica el Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005, del Ministerio de Salud.

- Biblioteca del Congreso Nacional. (2025, marzo 24). Resolución 174 EXENTA. Aprueba arancel de la Modalidad de Cobertura Complementaria del Fondo Nacional de Salud (MCC).
- Bustamante, M. B., Fuentes, C. A. (2025). Nueva modalidad de cobertura complementaria MCC. Repositorio Universidad de Chile.
- Cao, H. H., Wang, T., Zhang, H. H. (2005). Model Uncertainty, Limited Market Participation, and Asset Prices. *The Review of Financial Studies*, 18(4), 1219-1251.
- Comisión para el Mercado Financiero (CMF). Estadísticas del Mercado Asegurador. <https://www.cmfchile.cl/sitio/estadisticas/seguros.php>
- Corso, E. (2015). Ambigüedad, aversión por la ambigüedad y reservas de valor en Argentina. *Ensayos Económicos*, (73), 91-116.
- Dror, David M. (2002). Reaseguro del seguro de enfermedad para el sector no estructurado. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos No 6.
- Easley, D., O'Hara, M. (2009). Ambiguity and Nonparticipation: The Role of Regulation. *The Review of Financial Studies*, 22(5), 1817-1843.
- FONASA. (2026a). Beneficiarios – Datos Abiertos. Fondo Nacional de Salud. Datos actualizados con fecha 10 de marzo de 2026. Disponible en: <https://datosabiertos.fonasa.cl/dimensiones-beneficiarios/>
- FONASA. (2026b). Régimen de Prestaciones – Datos Abiertos. Fondo Nacional de Salud. Modalidad de Libre Elección. Disponible en: https://public.tableau.com/views/EstadsticasMLELight2_16379351375390/Reporte?:showVizHome=nolleditsch, P. K. (2011). Ambiguous Information, Portfolio Inertia, and Excess Volatility. Social Science Research Network.
- Knight, F. H. (1921). Risk, Uncertainty and Profit. Social Science Research Network.
- Marusic, M. (2024, noviembre 26). Un 70% de los cotizantes encuestados por Fonasa estaría dispuesto a contratar un seguro complementario licitado por el asegurador público. *La Tercera*.
- Mercado Público. (2025a, marzo 28). Bases Administrativas y Técnicas de Licitación Pública ID 591-3-LR25 (Primer Llamado).
- Mercado Público. (2025b, octubre 17). Bases de Licitación Pública ID 591-28-LR25 (Segundo Llamado).
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESO). (2026, enero 8). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2024).
- Rothschild, M., Stiglitz, J. (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *Foundations of Insurance Economics*, 14, 355-375.

- Superintendencia de Salud. (2024a). Circular IF/N°468.
- Superintendencia de Salud. (2024b). Superintendente de Salud anunció devolución de dineros indebidamente descontados a cotizantes.
- Telting seguros. El auge de los seguros de salud en Chile. Admin Telting 2024.
- Thaler, R. Sunstein, C. (2008). Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness. Yale University Press.
- Urriola, R. y Sarmiento, J. (2026). Indicadores para evaluar la Atención Primaria de Salud en Chile desde un marco de bienestar: una propuesta preliminar. Revista Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo, (8).
- Van De Ven, W. P. M. M., Schut, F. T. (2011). Guaranteed Access to Affordable Coverage in Individual Health Insurance Markets. The Oxford Handbook of Health Economics.

CONVERSATORIO GOBERNANZA EN SALUD: DESAFÍOS PARA EL SIGLO XXI

La Facultad de Salud y Buen Vivir de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano (UAcademia) y la Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB) tienen el agrado de invitar **al conversatorio “Gobernanza en Salud: qué significa y los desafíos que enfrentaron en el Siglo XXI”**

lunes 23 de marzo entre las 17.00 y las 18.30 horas

Salón principal: Condell 282, Providencia.



Programa

Conversatorio. Conduce **Rafael Urriola**. Presidente APROB.

Los Desafíos de la Gobernanza en salud como proceso de comunicación, coordinación, diálogo y toma de decisiones con participación y control ciudadano.

Inauguración. **Álvaro Ramis**, Rector UAcademia.

Begoña Yarza. Directora Hospital del Torax, exministra de Salud. Los desafíos de la gobernanza en un servicio de salud y su relación con gremios de la salud, modelo redes integradas de salud, el desafío de la continuidad del cuidado.

Prof. Mauricio Matus: Presupuesto en salud, definición de Objetivos Sanitarios de la década y resultados sanitarios. Eje. Sociedad del cuidado v/s modelos imperantes.

Isabel De Ferrari. Decana Facultad de Salud y Buen Vivir. Actores sociales y participación efectiva en salud, incidencias esperadas o anuladas.

PALABRAS DE INAUGURACIÓN ALVARO RAMIS. Rector de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano

Buenas tardes. Antes que nada, quiero saludar especialmente a la decana de la Facultad de Salud y Buen Vivir de nuestra Universidad, a los jefes de las carreras de la Facultad y también a docentes y funcionarios de la Facultad. Este tema que nos convoca es fundamental para el momento presente en términos de tendencias y debates actuales sobre salud pública. Recién comentábamos que esto es muy parecido al debate sobre la inteligencia artificial, debido a que los avances en la discusión sobre gobernanza están generando cambios muy rápidos a nivel institucional en distintas partes del mundo.

Para poder entender la gobernanza es necesario distinguir, lo que se entiende por gobierno y por gobernabilidad. Cualquier acción de gobierno y cualquier condición de gobernabilidad está ligado a aquel diseño institucional que permite una buena gobernanza y las condiciones de buen gobierno. Existe en Italia un hermoso fresco, que es renacentista, que se llama el arte del buen gobierno. Si ustedes lo buscan en internet en imágenes van a encontrar ese hermoso fresco renacentista donde se dibuja, ya a fines de la Edad Media, la imagen del buen gobierno, donde hay un trono de la justicia en el centro, a un lado los vicios del mal gobierno y al otro lado las virtudes del buen gobierno. Están todas puestas en ese mural maravilloso del Medioevo al inicio del Renacimiento. ¿Qué muestra esa imagen? Que la reflexión sobre el buen gobierno es algo muy antiguo y que tiene una larga data respecto a la relación con ciertas virtudes y defectos.

Esa vieja tradición hoy día se ha complementado por medio de estudios específicos, por medio de análisis de caso, por medio de evidencia, todo lo cual ha sacado a la luz la discusión sobre la gobernanza más allá de esa esfera de la prudencia, y la han puesto más bien en el arte de la técnica.

Hoy día existe una tecnología de la gobernanza, una cierta arquitectura institucional que está ligada también a otras tecnologías del gobierno. Sin embargo, creo que la vieja enseñanza sapiencial que tiene que ver con esta historia, donde hay vicios y virtudes, sigue siendo relevante en el análisis de una gobernanza adecuada de todo el sistema, y particularmente de la salud.

En el caso de la salud, nos jugamos algo más que la eficacia. Nos jugamos la vida de las personas; nos jugamos la calidad de la atención, el reconocimiento recíproco y el buen vivir. Por lo tanto, es algo que supera la discusión tecnológica o tecnocrática. Sin

embargo, es bueno incorporar todos aquellos elementos que provienen desde el nuevo análisis institucional que se ha ido construyendo en las últimas décadas.

El análisis institucionalista, es decir, el de las instituciones públicas, en la cual hay autores que nos van entregando datos que nos permiten no partir desde cero, sino encontrar fórmulas para un adecuado gobierno institucional en el mundo de la salud pública. Así que, sin más, quiero felicitar esta actividad y ojalá que sea un gran aporte al momento en que Chile está viviendo.



Foto: Fabian Vargas UAcademia

Presentación: Rafael Urriola U.

Quería hacer una pequeña introducción sobre el tema, pero la intervención del Rector me ha ayudado muchísimo porque, francamente, hizo una excelente síntesis de los temas que están en la discusión de la gobernanza. Solo voy a colocar algunos elementos que están apareciendo en escritos muy recientes de gobernanza y que nos pueden interesar. Como, por ejemplo, las discusiones sobre capacidades institucionales, técnicas, operativas, políticas y prospectivas.

Es decir, si estos ámbitos funcionaran bien, tendríamos una buena gobernanza. En cambio, cuando no funcionan bien, tenemos una mala gobernanza, que es lo que parece que está pasando no solo en Chile. Tenemos problemas de gobernanza no solo en el país, no solo en la región... y no solo en salud. Por eso el tema puede ser más interesante, porque atraviesa el conjunto de la sociedad.

En este sentido, lo que trata la gobernanza son las desconfianzas institucionales, la fragmentación política, la debilidad institucional y las brechas de conocimiento entre los distintos actores que hacen todo más difícil. Uno se pregunta por qué si una mayoría transversal está de acuerdo en cierto tipo de reformas, esas reformas nunca se hacen. Un ejemplo fácil de entender es lo relacionado con licencias médicas. En 25 años se ha dicho exactamente lo mismo y tuvo que aparecer la Contraloría con una investigación marginal, si se quiere, para remecer el sistema.

Ha habido en estos años más de cinco comisiones parlamentarias y presidenciales y todas concluían cosas muy parecidas y transversalmente aprobadas y no cambiaban las cosas. Al parecer los actores no expresan transparentemente los intereses reales y eso es parte fundamental de la gobernanza.

Hay algunas definiciones sobre gobernanza que vale la pena tener en cuenta. Cito solo una, que surge de un trabajo de la Organización Mundial de la Salud. Aquí la gobernanza se define como los intentos de los gobiernos y otros actores, de guiar a las comunidades, países y grupos de países en la búsqueda de salud como parte integrante del bienestar. En este marco consolidar un sistema de gobernanza que cuente con coordinación intersectorial, financiamiento sostenible, un enfoque territorial clave para promover la redistribución equitativa de responsabilidades de hombres y mujeres y la corresponsabilidad social en el Estado, el mercado, los hogares y las comunidades. Esto requiere procesos inclusivos y participativos. Este es el ámbito de la discusión a la que se ha invitado hoy.

MAURICIO MATUS⁹: Repensar la gobernanza en salud ante el envejecimiento, salud y dependencia; pasado y futuro

Buenas tardes a todos y a todas. Agradezco la invitación y la presentación de Rafael Urriola. Lo primero será contar algunas cosas de mí, para explicar desde qué enfoque hablaré. Como señala Rafael, efectivamente, llevo 25 años viviendo en España, comencé estudiando un doctorado en economía cuantitativa y luego me acerqué a

⁹ Doctor en Economía. Profesor Universidad P. de Olavide Sevilla España.

la historia económica. Entre tanto, he trabajado, desde la investigación, temas de macroeconomía y financiamiento de los sistemas de salud. Mi primer contacto con esta línea fue hace más de 20 años, siendo asesor del Ministerio de Salud, en el Departamento de Estudios de Chile, donde, además, apoyé técnicamente a la Comisión AUGE en el área de la protección financiera, y sobre todo en la política de copagos.

Hoy en día, soy el investigador principal de un proyecto financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades en el que estudio la evolución histórica y financiera de los sistemas de Salud de Chile, Costa Rica y Uruguay. Tres países con los mejores resultados de la región en cobertura, esperanza de vida y acceso a servicios de salud, pero a la vez, con tres estructuras financieras y de gobernanza diferentes. En él, hacemos un análisis que tiene relación con la gobernanza y cómo se han conformado los sistemas de salud latinoamericanos. Este es un tipo de investigación denominada investigación no orientada. Se trata de una modalidad en la que, en realidad, no conocemos de antemano el rumbo que tomará el proceso; avanzamos para observar qué hallazgos emergen en el camino. Mi hipótesis de fondo es que encontraremos elementos que no están presentes en la literatura internacional sobre la construcción de los sistemas de salud. Se trata del aporte específico de los países latinoamericanos, que, además, en muchos aspectos, han demostrado ser líderes.

La reflexión sobre la gobernanza en salud suele apoyarse en modelos ampliamente conocidos de Europa occidental: Alemania y su sistema de seguro social, el Servicio Nacional de Salud Británico y los de los demás países europeos. Esta mirada tiende a invisibilizar procesos relevantes ocurridos en otras regiones, como América Latina, que no solo fueron tempranos, sino que en varios casos marcaron hitos en términos de cobertura y resultados sanitarios. Vengo de estar en Costa Rica, luego en Montevideo y ahora aquí, en Santiago, precisamente en el marco de este proyecto nacional. En la revisión documental que he realizado, se observa que existen idas y venidas, y que muchos sistemas latinoamericanos se inspiraron en los europeos, pero también en otros latinoamericanos. En Chile, el informe de Pinto y Viel en 1950 cita literalmente el modelo inglés como paradigma.

Un dato ilustrativo es que Chile aprobó el seguro obrero en 1925, más de dos décadas antes de que España estableciera el suyo en 1948. A comienzos del siglo XX, Chile era un referente regional y llegó incluso a asesorar técnicamente a otros países, como Costa Rica, en la creación de sus sistemas de seguridad social. Al revisar las actas de las primeras sesiones de la Caja Costarricense de Seguro Social de 1941, aparece una cuestión sumamente interesante. Lo primero que hacen sus directivos es invitar a

técnicos chilenos para que ayuden con la puesta en marcha del sistema. Esto tiene una razón clara: en Chile el seguro obrero llevaba 15 años en funcionamiento. A partir de esa invitación se genera una discusión posterior, que refleja la urgencia de esta cooperación. Es interesante porque, desde quienes demandamos un sistema de financiación más solidaria del sistema chileno de salud, vemos con cierta admiración el financiamiento mancomunado de la Caja Costarricense.

La pregunta que se abre es cómo se pasó de ese liderazgo temprano a la situación actual de Chile, marcada por fragmentación financiera y las dificultades para adaptar el sistema a los nuevos desafíos demográficos y sociales.

El análisis histórico muestra que Chile ha transitado por al menos cuatro modelos de financiamiento y organización sanitaria. Tras el seguro obrero en 1925, el sistema consolidó la segmentación por ingresos con la creación del SERMENA en 1942 y, posteriormente, con el establecimiento del Servicio Nacional de Salud en 1952. Este último no fue un sistema universal, como muchas veces se cita, sino que coexistió con el SERMENA y los de las Fuerzas Armadas, lo que consolidó una estructura fragmentada desde su origen. Dicha fragmentación no respondió a criterios técnicos, sino a intereses económicos, a la defensa de los gremios y a un conjunto de decisiones políticas. Técnicamente, los informes recomiendan que el SERMENA sea parte del SNS, porque están mirando al modelo británico. Finalmente, la reforma de 1980 profundizó esta lógica, separando funciones y manteniendo pilares conceptuales que, con distintas modificaciones, siguen vigentes hasta hoy.

La historia de la institucionalidad chilena se puede encontrar en el excelente libro del Doctor Carlos Molina y de Rafael Urriola y, en la parte más social, en el de Illanes. Nuestro aporte va por reconstruir series económicas que permitan contrastar las explicaciones más conceptuales de estos autores, más cualitativas, sobre los cambios en el esfuerzo y prioridad nacional en salud.

A modo de repaso, quiero destacar que el modelo chileno de financiamiento y gobernanza sanitaria no ha sido único a lo largo de su historia. Al menos cuatro modelos distintos se han sucedido en el tiempo. La discusión sobre cómo y por qué se produjeron estos cambios, y sobre los intereses involucrados, es amplia y no la abordaré ahora. Lo que quiero decir es que estos procesos han implicado pérdidas y ganancias, y entre los aspectos al debe, destaca la débil vinculación social del sistema de salud. Cuestión sobre la que volveré más adelante.

Envejecimiento, dependencia y la falsa frontera entre salud y lo social

La otra línea de mi trabajo es de carácter más práctico. Se centra en la asesoría a gobiernos en políticas de cuidados de larga duración, dependencia y articulación sociosanitaria. Esto incluye lo que en España se conoce como la Ley de Dependencia y lo que en otros países se denomina Long Term Care, conceptos similares, pero con algunas diferencias que, a veces, se confunden. En este marco, vengo de reunirme, también, con la Secretaría de Cuidados de Costa Rica y con la de Uruguay.

Uruguay rompió el hielo en 2016/17. Fue el primer país latinoamericano en aprobar un sistema nacional de cuidados, inspirado en parte en el modelo español. Este último ha atravesado distintas fases de desarrollo y actualmente está en un proceso de reforma orientada a ajustar su gobernanza y su diseño institucional. Luego, Costa Rica aprobó su ley, en 2021 y hoy enfrenta su implementación, lo que ha motivado procesos de diagnóstico y revisión continuos.

Chile, en cambio, ha avanzado de manera más lenta. Pese al lanzamiento de iniciativas orientadas a los cuidados, aún no existe un sistema propiamente tal, sino esfuerzos parciales de coordinación con un financiamiento limitado. Esto tiene consecuencias directas: sobrecarga para las familias, especialmente para las mujeres; precarización del trabajo de cuidados; y un uso ineficiente del sistema de salud, con hospitalizaciones evitables y respuestas tardías.

Estoy dirigiendo, para el actual Gobierno de Costa Rica, un curso de formación gerencial en políticas de cuidados de larga duración, dirigido a personas con responsabilidades de gestión en distintas instituciones. Participan equipos del BPS, del Ministerio de Salud, del área Social, Universidades y ámbitos del Estado. Precisamente esta mañana tuvimos una sesión con el coordinador de la última evaluación del sistema español de cuidados, quien además fue uno de los impulsores del modelo que se creó entre 2006/07. Compartió experiencias muy relevantes sobre cómo se diseñó el sistema y cómo se logró su gobernanza. Muchas de las dificultades que describió son las mismas que hoy se observan en la región, y que probablemente aparecerán en Chile cuando intente ponerlo en marcha. Aquí viene el enlace con salud; una de las debilidades del modelo español es la coordinación sociosanitaria en las políticas de atención a la dependencia. A su vez, el consejo de políticas sociales comparadas destaca que, precisamente, los modelos que son eficientes son aquellos que tienen integrado lo social y lo sanitario en sus servicios de cuidados de mayores dependientes.

Gobernanza, cuidados y cambio cultural

Por eso explicaba brevemente de dónde vengo: de un enfoque que articula salud y protección social, lo sociosanitario. Esa frontera entre lo sanitario y lo social debe

desaparecer o, al menos, volverse flexible. Desde la década de 1970 se viene señalando que un sistema de salud centrado exclusivamente en el hospital no es suficiente: debe salir, llegar al territorio, abordar los determinantes sociales y vincularse directamente con la ciudadanía.

No es nada nuevo. El doctor Carlos Montoya, destacado salubrista chileno, me planteó algo similar en una de nuestras últimas conversaciones. Señalaba la necesidad de fortalecer la atención primaria, pero no como existe hoy, sino una atención primaria más resolutiva y vinculada al territorio, a los barrios y a los hogares. En ese sentido, sostenía que es necesario desplazar capacidades y recursos desde el hospital hacia los hogares.

Retomo lo de antes, de Chile y sus múltiples modelos históricos. El inicio del SNS, entre los años 1950s y 1960s, como señala Illanes, se caracterizó por una mayor participación social y un importante rol de la enfermería domiciliaria. Ya se hacía antes.

La salud debe formar parte de los sistemas de atención a la dependencia desde el inicio. Esa es la reforma que, por lo que se observa, se está planteando en España y que otros países ya han incorporado. La semana pasada, uno de los expertos europeos del curso insistía precisamente en este punto. Decía a las personas participantes: si hay algo que puedo aconsejarles es que no olviden integrar la salud desde el principio; no repitan los errores con los que empezamos nosotros.

Chile va a tener un 24% de la población siendo adultos mayores en 2040. Mucho más de lo que tuvo España y los países europeos cuando lo empezaron. Este país va tarde.

En 2014 escribimos un artículo viendo los factores que presionaban cuidados, factores organizados con gobernanza, pero también con igualdad de género, con aumento en el estado de trabajo, participación de las mujeres, con envejecimiento, todo lo que había influido en los países europeos como estaba en América Latina. Salió primero Uruguay. Efectivamente, el primero que aprobó un sistema en 2016. Segundo, Costa Rica, que aprobó su política en 2020 y la ley en 2021. Tercero, Chile, que debería estar ya, hace mucho rato, en este camino. Hace mucho rato.

Las consecuencias ya son visibles. En primer lugar, afectan especialmente a las mujeres, dado que el cuidado sigue recayendo mayoritariamente sobre ellas. Cuando el cuidado no se organiza desde el sistema, se mantiene en la informalidad, lo que implica ausencia de vida laboral y de desarrollo profesional. En segundo lugar, se produce un aumento del gasto sanitario. La respuesta del sistema de salud se tensiona, ya que atender a una persona mayor dependiente en un hospital resulta particularmente costoso.

Po último, quiero acabar con tres cosas que nos dicen los expertos siempre, y que hay que tener en cuenta para este reencuentro entre lo social y salud. Primero, la integración sociosanitaria: los cuidados a la dependencia deben ser una responsabilidad compartida, con el sector salud involucrado desde el diseño hasta la provisión de servicios. Segundo, el empleo de calidad: sin condiciones laborales adecuadas y sin formación especializada, los sistemas de cuidados reproducen desigualdades y precariedad. Tercero, un modelo centrado en el domicilio y la comunidad, evitando la institucionalización masiva y priorizando apoyos personalizados, continuos y de calidad.

Begoña Yarza.¹⁰ La trampa de la gobernanza en salud: cuando la participación no es vinculante.

Quiero comenzar diciendo que la gobernanza, para los que hemos trabajado en las instituciones de salud reconocemos que es un tema muy importante y que nos hemos ido quedando cortos en la implementación de una gobernanza para estos tiempos. Si bien, la reforma intentó cambiar la forma de gobernanza en los servicios de salud instalando en el territorio la gestión de redes, al gestor de redes y los consejos de integración de las redes (CIRA) que tuvieron ciertas pretensiones de cambio en la participación de los diferentes actores del territorio. Lo que ha ocurrido, en la dura realidad, es que estos CIRA se convirtieron en un espacio principalmente informativo y los gestores de red siguieron siendo los administradores de los hospitales.

A mí me gusta la idea de territorialidad, aunque me llama la atención que cuando se construyen los SLEP, tampoco se visualiza interés en que se solapen territorios para que estos dos sectores de la sociedad conversen fácilmente y se hagan cargo de un territorio. Fíjense que no coinciden los servicios de salud con los SLEP. Entonces hay algo en esto, una suerte de trampa en que caemos permanentemente.

Otro ejemplo de déficit en la gobernanza, en dimensiones que no son necesariamente territoriales. Estoy pensando en los propios centros de salud familiar, incluso en los hospitales tipo 4, tipo 3, que nacen muy vinculados a la comunidad. El discurso ha sido entender que la resolución de los problemas de salud de las personas implica tener

¹⁰ Directora Hospital del Tórax. Ex ministra de salud de Chile.

más radiografías o más tecnología y no más participación de las personas y las comunidades en las acciones, proyectos o desarrollos de ese centro de salud.

De esta forma se ha convertido la morbilidad en el eje central de la actividad de nuestros centros de salud. Entonces uno se pregunta ¿por qué es tan estable esto? Por algo que todos sabemos, que tiene que ver con los factores estructurales de la organización, esencialmente el financiamiento económico.

Entonces, cuando uno mira las redes, dice, ¿por qué el director, el gestor de redes conversa con los directores de hospitales? se reúne sistemáticamente con ellos. Es porque sus indicadores y sus buenos resultados dependen de los resultados de los hospitales. Cuando uno mira cómo se evalúan a los gestores de red, éstos se evalúan con indicadores hospitalarios, listas de espera, y similares.

Entonces es muy difícil que los gestores tengan su foco en la atención primaria y sus resultados. Es más, los indicadores de atención primaria relevantes son los IAAPS, que son solo indicadores de actividad. Y así, se mide por la cantidad de consultas sin preguntarse. ¿Es bueno o es malo para la gente? Pareciera que es bueno si se realiza más actividad, pero ¿ese es el único factor? El gestor de red no participa en el diseño de indicadores para la evaluación de la APS y tampoco los indicadores de APS son parte de su evaluación.

Hoy tenemos bastante información de salud. Hay muchos datos. Entonces uno dice, podríamos generar indicadores que tengan como vector los resultados sanitarios del territorio que incorporen la atención secundaria, terciaria, primaria y los determinantes sociales. Sí, porque existe data como para que podamos hacer esos análisis y poder generar financiamiento, indicadores, evaluaciones de resultados inteligentes que integren la visión del sistema. Pero es muy difícil la gobernanza de ese territorio en salud si estos indicadores no están alineados con los objetivos sanitarios de esa población a cargo y no se miden con indicadores de resultado sanitario.

Así también puede haber un gestor muy participativo y que converse con las personas, pero a la hora de tomar las decisiones, esas personas están agrupadas en consejos que solo son consultivos. O sea, solo es para consultarles como actores. Sus opiniones no son vinculantes.

Entonces, las herramientas organizacionales que tiene la salud, los instrumentos de financiamiento, los indicadores con los cuales evalúan, o sea, todas las herramientas

que se ponen al servicio de un cierto propósito no están alineadas con la gobernanza, que yo creo que en salud es una gobernanza especial. No es lo mismo, por ejemplo, que la gobernanza en la industria minera, porque en salud tenemos un factor esencial: la salud es un derecho de las personas.

Esta gobernanza por tanto es una situación basada en el derecho de las personas. Ahí los términos de participación de las personas, de la ciudadanía organizada, es crucial, porque estamos hablando de derechos. No es solo un servicio, no es una empresa, sino que es un derecho. Entonces, por un lado, es una característica de gobernanza distinta por ser un derecho y, en segundo lugar, la gobernanza en salud es compleja.

Entonces un gestor de red, ¿con quién se tendría que reunir? En primer lugar, con los alcaldes que administran la salud de ciertos territorios, con los provinciales de educación, con la gente de deporte, etc. Ese es un gestor de red. El que dice, yo tengo que pararme acá con las organizaciones de los pacientes, de las personas, las organizaciones sociales. O sea, ¿ustedes se imaginan esa conversación? No es la conversación que tenemos hoy. Y yo lo digo desde un lugar en que algo hemos intentado. Pero no se puede avanzar mucho porque hay límites estructurales en esto.

En todo caso, para la gobernanza en salud hay harta teoría de red integral, de servicios de salud, y todos coincidimos en que: es necesaria la integración y tener a toda la intersectorialidad alineada en este propósito; debe buscarse indicadores que midan más de resultado en las personas y en las comunidades antes que en los procesos. O sea, toda esa teoría está ahí disponible y todos la conocemos.

Pero, algo pasa y caemos en la trampa y nos volvemos a conformar con ser directores de servicio. Quiero confesar que me gusta la vida hospitalaria con sus dolores y alegrías. En los hospitales pasan cosas. Tenemos gremios, trabajadores organizados, pero allí también concurre la intersectorialidad y allí también concurren las organizaciones de pacientes. Entonces, en ese espacio existe un comité de humanización, un comité de calidad, y entonces yo digo, en esos comités tienen que estar las agrupaciones sociales. Se me ha cuestionado preguntándome ¿Estás segura de que tienen que estar? Evidentemente que sí. O sea, las agrupaciones que representan a las personas que nosotros atendemos deben estar en todos los espacios.

Pero eso aparece como súper "rupturista" en el siglo XXI. Yo digo eso y hay gente que me dice "*¡ay, doctora, no será mucho, van a venir a retarnos*". En este siglo, con todas

las cosas que han ocurrido, aún la participación pasa a ser una cosa exótica. En concreto, no tenemos ganada la batalla cultural tampoco.



Foto: Fabian Vargas U Academia

O sea, para la gente común, eso todavía no es el sentido común. Todavía nos quedan brechas por acortar para instalar una forma de gobernanza que esté en el sentido común de todos. Por ejemplo, en el Comité de Calidad y Seguridad, no hay ciudadanos.

Lo último que quiero decir es que el desafío de la salud es complejo. El desafío de los cuidados es enorme. Los Cuidados son aún más complejos y es un paraguas más grande en la sociedad. Cuando uno habla con niños, niñas o adolescentes que están al cuidado del estado en Hogares se da cuenta de cuanto nos falta. Permítanme contar una historia: me acuerdo de que estaba atendiendo como pediatra a unos jóvenes de hogares de menores. Uno de los chicos me dijo, tía, ¿estas uñas de colores hacen mal? No, ¿cómo vas a hacer mal si te quedas tan bonitas? Unas verdes, y otras eran azules, y ellos empezaron a gritar a las cuidadoras del hogar para que vinieran y cuando llegaron las cuidadoras me piden los chicos que les repita a las tías lo que me

parecían sus uñas de colores. Entonces dije que *las uñas pintadas no hacen mal, no tienen ningún riesgo, al contrario y además se ven tan bonitas.*

Las personas que cuidan en estos hogares no tienen mayor formación son personas que cuidan con los mismos patrones que con los que han criado a sus hijos. Estos chicos son un desafío para la crianza y para la educación.

Comparto con Mauricio Matus que la profesionalización de los cuidados es necesaria, Entonces, profesionalización de los cuidados con el involucramiento del Inter sector, lo que quiero decir es que el desafío de los cuidados es brutal, porque ahí hay enormes barreras estructurales y culturales.

ISABEL DE FERRARI¹¹ “Formación en Salud para el Siglo XXI: Gobernanza, Territorio y Participación Social”

En esta oportunidad voy a referirme a la relevancia de la formación de profesionales de salud pertinente para insertarse en la realidad de los cuidados que necesitamos hoy en el siglo XXI. Este es el gran desafío que tenemos como sociedad y como universidad. Complementará mi presentación Rosa Vergara, presidenta de ANCOSALUD, organización social de personas usuarias del sistema público de salud.

Si queremos hablar de gobernanza, tenemos que considerar la participación de todos los actores involucrados en los procesos de cuidados, entre éstos es central conocer la mirada de lo que vive la ciudadanía.

Rosa Vergara tiene mucha experiencia y su gestión es un gran aporte al diálogo del movimiento social en salud, con autoridades de salud, autoridades locales, territoriales como son los gobiernos locales y con las universidades en calidad de centros de formación de profesionales.

Agradezco la presentación de Mauricio y la contundencia de la información entregada, que nos permite pensar cómo se vive y como se entiende la salud en este siglo XXI. Mauricio nos dice que es indispensable analizar la realidad sociosanitaria. Asimismo, agradezco la presentación de Begoña, que da cuenta de los desafíos de la gobernanza en la gestión de salud y la importancia de involucrar a los actores sociales (no solo a los equipos técnicos) en el análisis de las situaciones de salud que se requiere abordar y en la definición de las acciones prioritarias a enfrentar.

¹¹ Enfermera de la U. Chile, Mg. en educación superior. Decana Facultad de Salud y Buen Vivir U. Academia.

Ambas exposiciones son muy consistentes con el propósito de la Facultad de Salud y Buen Vivir, que reconoce que la salud es una condición compleja de la sociedad; es el resultado del conjunto de oportunidades y barreras que enfrentan las personas y las comunidades para desarrollarse, para cuidarse y para protegerse de los riesgos de daño y enfermedad. En la Facultad, compartimos la mirada que señala que la situación de salud no es independiente de las variables sociales, económicas, culturales, laborales y educacionales de las personas y comunidades y que es necesario “aprender a mirar”, como dice Joan Benach, todas las causas que están en la base de la situación de salud, de las personas y de los pueblos. Insistimos en que la salud es un resultado que da cuenta de cómo vivimos, nos relacionamos y nos cuidamos.

Entonces, se trata de formar profesionales que adquieran una mirada integradora, con habilidades para dialogar con diversos actores sociales y comunitarios, acerca de la realidad que viven y en conjunto analicen las condiciones y variables que afectan la salud de las personas. Esta disposición es fundamental para co-construir con las personas directamente afectadas las acciones de: protección de salud, promoción, prevención de riesgos y control de daños.

La tendencia tradicional de la formación profesional en salud mantiene el predominio del enfoque del modelo biomédico, que valora el conocimiento de la medicina occidental y ofrece respuestas de carácter individual a la enfermedad, restando oportunidades a las políticas de prevención, protección y promoción que son de carácter interdisciplinario e intersectorial y a los enfoques colectivos de los procesos de salud/ enfermedad que integran miradas sociosanitarias e incorporan análisis de las causas de las causas.

Entonces, la pregunta que necesitamos responder en la formación profesional es la siguiente: ¿Cómo entregamos habilidades para el pensamiento crítico, el diálogo y el encuentro de saberes entre las comunidades y actores sociales, que permitan incorporar la mirada de los territorios en las acciones de salud?

Las Universidades tenemos el deber de generar experiencias situadas y significativas de aprendizaje durante la formación profesional, para fortalecer las habilidades necesarias para mirar críticamente la realidad que viven las comunidades. Así podremos impactar en las estrategias de inserción social y comunitaria, dialogando con las experiencias vitales y culturales de cada territorio y comunidad, de modo que

la realidad, expresada en la vida cotidiana de las comunidades y personas, sea la que aporte respecto a lo que hay que hacer. Es decir, cómo abordar los modelos de co-construcción y de participación efectiva, deliberativa entre diversos actores territoriales.

Sin duda, el desafío del sistema de salud consiste en la necesidad de evitar el daño y abordar sus causas con políticas sociales efectivas que reduzcan la incidencia y prevalencia de los problemas de salud y del daño que trae consigo. El aumento de problemas de salud como las enfermedades crónicas, así como el aumento en el consumo de drogas, el alcoholismo y los problemas de salud mental, están ligado a los hábitos de vida, fomentado por el modelo de sociedad individualista, el cual impide ver y construir redes de apoyo, sentir en que somos seres sociales, que perteneces a una comunidad y tienes oportunidades y el derecho de recibir apoyos y cuidados en esta sociedad. Por eso el análisis de las causas de los problemas de salud no pueden estar ausentes en la formación de los Profesionales del Área de la Salud.

Si no aprendemos a tratarnos con respeto en la diversidad de las personas, no podemos establecer diálogo, y a reconocer la otredad para incorporarla en los procesos de cuidado de salud y protección. Creo que esos son los grandes desafíos y en la U Academia creemos que es posible. Ese es el desafío. hay que estar convencido, hay que estar de acuerdo y hay que plantearlo directamente. Porque creemos que es posible incidir en mover una formación diferente en el área de la salud, que sea integradora, reflexiva y analizando los contextos para abordar la realidad actual junto a las comunidades y personas que las viven cotidianamente.

Rosa Vergara¹², Gobernanza: El Rol de la Comunidad en la Salud Pública

Bueno, qué importante es el tema que se está tratando, porque cuando nosotros hablamos de gobernanza, generalmente la participación es un eje súper escondido, que está ahí como un adorno, una palabra bonita, algo que sí, te creo, pero mañana no. Somos la meta sanitaria, ante el ministerio, pero no somos un espacio de diálogo y menos de deliberación. Los consejos son consultivos, por lo tanto, no inciden.

El ministerio define las políticas en salud según los criterios de los equipos del ministerio. Entonces, ¿Por qué nace ANCONSALUD? Nace de la necesidad de incidir en la política pública en salud. Y lo hemos logrado en algunos casos. Por ejemplo, logramos que el hospital Exequiel González Cortés no fuera construido con el modelo de concesión

¹² Presidenta de la Asociación nacional de consejos de salud, ANCOSALUD

hospitalaria. Hoy día estamos felices porque ese hospital tiene grandes profesionales. Sin embargo, nosotros vamos al Hospital de La Florida, de Maipú, y vemos que es el concesionario quién manda ahí y colocas trabas a la gestión clínica, a la dirección de los hospitales.

Entonces, yo creo que gobernanza es romper el modelo que hoy existe, que responde al enfoque biomédico. Nosotros queremos lograr un sistema biopsicosocial, donde la salud social sea en el territorio. A mí me encanta eso, porque nosotros somos del territorio, vivimos en una población, estamos viviendo todos los días las cosas que hace y vive nuestra gente lo que es muy importante.

Hicimos un congreso que reunió la opinión de más de 5.000 personas a nivel nacional, Nadie nos creía y lo hicimos, discutimos y llegamos a acuerdos muy importantes para el cuidado y protección de la salud. Dijimos que para lograrlo es necesario que la salud esté garantizada (esperamos que en una futura nueva constitución). Por lo tanto, yo creo, que cuando uno habla de gobernanza, tiene que escuchar lo que vive la población y dialogar con todos los involucrados. En nuestro congreso destacamos el valor de la salud pública y la necesidad de fortalecerla. Tenemos que defender los avances, cuidar la gestión de FONASA y junto a los Servicios de Salud a lo largo del país, reforzar la implementación de la Telemedicina, las políticas de vacunación y en Atención Primaria, la Estrategia de cuidados integrales en salud (ECICEP) para cuidar a todas las personas y responder como país a las necesidades de salud.

En el Congreso declaramos que la salud es un derecho humano fundamental (Publicación USACH). Valoramos los avances en salud pública como han sido las vacunas del virus sincicial, que evitaron muertes en recién nacidos el año 2025, para jóvenes y personas con Cáncer y el importante apoyo para quienes somos FONASA al definir el copago cero.

Hoy queremos saber acerca del anuncio sobre priorizar en salud el cáncer y la reducción del 3% del presupuesto en el sector salud ¿Qué va a pasar con la señora que se atiende día a día en el Cefsam? Bueno, yo hablo del “consultorio” porque creo que todavía no llegamos a ser Cefsam. Porque aún no hay médico de cabecera, que cuide a mi familia y sepa que problemas de salud tengo yo y mi familia. Hoy voy a atenderme y el médico se fue, entonces, me atiende otro médico. No tenemos garantizado el derecho a la salud. Tenemos acceso a la salud en la medida que se logra llegar, ese es el peligro que hoy tenemos: que se puede dismantelar, más aún, el sistema público.

Se nos dice que se harán compras a los privados y ¿Qué va a pasar con nosotros los que nos atendemos en los hospitales y quienes nos atendemos en la atención primaria? Responder públicamente sobre estos temas y permitir la opinión de la comunidad es gobernanza. No hay gobernanza cuando se dice “esto se va a hacer”. Todas las personas de organizaciones de salud están asustadas, porque ha sido muy rápida y determinante, la definición. En educación y en vivienda pasa lo mismo. Las personas dicen, oye, pero ¿y de qué se trata esto?

En atención primaria nos preocupa lo que está sucediendo. Se propone tener más personas inscritas en un centro de salud, sin embargo ¿Serán capaces de atender a toda esa gente, cuando hay centros de salud que tienen 90.000 personas y su equipamiento es para una población de 25.000 a 30.000? Fíjense que el CESFAM de San Miguel tiene 70 mil inscritos, es una sobre demanda difícil de atender. Entonces, por eso me interesa el tema de gobernanza porque creo que nosotros tenemos mucho que decir. La comunidad tiene mucho que decir y no nos equivocamos en los análisis que hacemos y en las posturas que declaramos.

En cuanto a los CIRA, son una instancia importante, porque ahí uno discute, da cuenta de lo que vivimos en el territorio. Pero eso tiene que ver con la preparación de sus dirigentes y que conozcan cómo funciona el sector salud, porque es difícil ir a discutir con una dirección, que sabe harto, si yo no entiendo cómo se organiza el sistema y solo sé que me tengo que levantar a las seis de la mañana. Entonces, el diálogo es desigual, por decirlo así.

Quiero contar que, nuestra organización logró incidir, en la gestión de interconsultas y la pérdida de horas asignadas. En primer lugar, hicimos un estudio para conocer la ruta de la interconsulta, la gente no sabía cuál era el procedimiento y muchas veces se olvidaban de la hora para su interconsulta; se dio cuenta de esto y se decidió instalar mensajería por el WhatsApp que les avisa su hora. Se logró implementar una buena iniciativa, pero esto ocurre porque yo, como dirigente que represento a la comunidad, me coloco al mismo nivel que los equipos de salud para dialogar. Y tengo muy claro que el equipo tiene conocimientos públicos y yo tengo conocimientos del territorio, de lo que la gente dice y vive.

Entonces cuando hablamos al mismo nivel, con directivos y profesionales, establecemos acuerdos. Eso es gobernanza. Gracias.

Comentarios RAUL GONZALEZ MEYER¹³

Quiero referirme a algunos puntos de lo que se ha expuesto que me parecen interesantes e importantes para tratarlos con profundidad en futuras discusiones. El primero es el propósito de la intersectorialidad de la acción pública. Recuerdo que, a fines de los años 80, en la perspectiva de un nuevo ciclo de política pública post dictadura, alguien planteó que ésta tenía tres grandes desafíos: la descentralización, la participación y la intersectorialidad.

Casi cuarenta años después no es raro escuchar a autoridades o analistas de la acción pública que este desafío de la intersectorialidad, al cual me refiero ahora, sigue siendo enunciado como si fuera descubierto por primera vez. Incluso cuando alguien se refiere a la seguridad delictiva y a los problemas para su eficacia suele hacer referencia al déficit de intersectorialidad y a la fragmentación de la acción pública. Es decir, se trata de un tema recurrente que parece girar en banda.

¿Qué podemos concluir de esta situación?: Que hay que recurrir a una especie de economía o sociología política de cómo opera el aparato estatal para explicarse que es lo que hace difícil la producción de una acción pública intersectorial.

Podemos detectar al respecto que más allá de que haya declaraciones de ciertos objetivos comunes y transversales presentes en la acción pública ello coexiste con el hecho de que los sectores del aparato público desarrollan "intereses propios"; estos intereses propios de reproducción tienden a protegerse de la intersectorialidad; es decir, de la relación horizontal y abierta con otros sectores del Estado para generar una visión y acción más integral e integrada, aunque los datos de la realidad indican que ello es absolutamente necesario. Por ejemplo, una institución estatal agraria como INDAP frente a una realidad en que lo rural ya no se explica solo por lo agrícola, debiese interpenetrarse –y no marginalmente- con visiones, disciplinas y profesiones que sobrepasan a los agrónomos y temas de productividad agrícola. Existen numerosas zonas en que la agricultura no es la única forma de sobrevivencia, ni la única fuente de trabajo; zonas en que hay agricultura a tiempo parcial; en que miembros de la

¹³ Académico U.A.H.C. Vicerrectoría de Investigaciones. Economista. Mag. en Desarrollo Urbano. Dr. en Ciencias Sociales

familia de la unidad campesina trabajan en servicios; etc. Sin embargo, a veces una unidad de acción pública agraria se limita a un análisis fragmentario en baja intersección con otras entidades públicas con las que debiesen pensar en conjunto y, por tanto, no se construyen esas miradas integrales e integradas. Este es solo un ejemplo, entre otros, que suele representar la forma de acción pública.

Entonces, frente al propósito -difícil de concretar- de la intersectorialidad yo plantearía la hipótesis de que los sectores o componentes sectoriales del Estado intentan reproducirse en el aparato del Estado, luchando por mejores presupuestos, por una mejor reproducción en su interior y que el relacionarse con otros suele ser visto desde el cálculo de cuanto eso ayuda a su posicionamiento, reconocimiento y reputación. Los sectores son reacios a relaciones en que sienten que no van a salir ganadores como tales. Esto puede parecer una hipótesis extrema, pero creo que es necesario introducirla en el análisis, pues si se la esconde dejamos de ver cómo suceden las cosas y continuamos con un discurso o llamado que resbala sobre la realidad al no comprender que esa dificultad de intersectorialidad está afirmada en fenómenos que no son fáciles de alterar.

Esto es extraordinariamente importante para referirse y pensar la salud y para ver cómo se puede afirmar un enfoque que, de acuerdo con alguna de las exposiciones- se define como sociosanitario; este enfoque implica mucha conexión con sectores como el de la educación y que ha sido muy difícil concretarlo de acuerdo a lo planteado, a pesar de que parece absolutamente necesario y casi obvio; esto lleva incluso a exclamar “¿cómo es posible que no nos relacionemos con educación?”.

Un segundo gran tema o desafío que yo veo y que es muy complejo tiene que ver con una de las grandes características de la sociedad moderna; lo que algunos llaman la complejización de los campos y de la arquitectura de la vida social: la construcción se complejiza, la salud se complejiza, la educación se complejiza, la pedagogía se complejiza, las leyes se complejizan: todo se complejiza. Surgen los conceptos y se crean los lenguajes especializados y las personas van quedando con grandes brechas frente a ello, salvo en aquello en que se pueda tener cierto conocimiento específico. Esta complejización de los campos plantea un gran problema en la democracia moderna, porque implica que los que manejan las técnicas, los llamados “los secretos de las técnicas y del lenguaje” van ejerciendo un poder creciente sobre la ciudadanía corriente. Es lo que Ivan Illich llama las profesiones inhabilitantes, pues van degradando la posibilidad democrática o ciudadana de intervenir en las cosas y, particularmente, en grandes ámbitos de la realidad que tienen que ver con nuestra calidad de vida. El

tema de las leyes es de los abogados; el de la salud de los médicos, el de la construcción y las ciudades es de los urbanistas o ingenieros, el del desarrollo es de los economistas. Quizás como reacción a eso también surgió una especie de antídoto a través del dicho de que las leyes son demasiado importantes como para dejárselas solo a los abogados; o la salud es demasiado importante para dejársela solo a los médicos. Esto me parece importante reflexionarlo desde la perspectiva que aquí se ha señalado del lugar de las poblaciones en la construcción de una sociedad saludable.

El tercer desafío, que creo que es interesante pensar, es preguntarse cuándo surge en una población o en una comunidad, el deseo y fuerza de participar. Planteado de otra forma: ¿Cuándo surge y sobre todo se reproduce en las personas un “habitus de poder”? Es decir, de querer ser más protagonista en los aspectos que tienen que ver con su vida; un poder no en el sentido negativo con que suele caracterizarse en términos de ejercer dominación sobre otros; sino en el sentido que se tiene derecho a participar de decisiones.

En una sociedad en un momento específico de su historia, esa “pulsión” y valor puede estar en expansión o puede estar diluida. Yo puedo sentir esa fuerza y percibirlo como derecho o puedo sentirlo ajeno; como el terreno de expertos, de políticos o de autoridades. Hace poco leía una entrevista a dirigentes campesinos mexicanos que señalaban lo que creían que había que hacer en la zona que habitaban para mejorar las condiciones de las comunidades que allí vivían; pero decían que no las transmitían pues sentían que ello no tenía poder para que fueran escuchadas: “no creemos que podamos incidir mucho”. O sea, ese ámbito de cómo se construye el poder también es una pregunta que hay que hacer y cómo relacionarla con una salud que es también el producto de la sociedad. ¿Por qué la gente a veces tiene deseo de participar, siente que tiene el derecho de participar y por qué a veces dice que ello no es posible o no está en la cultura?

Por último, creo que es importante algo enunciado al paso en las exposiciones y que sé que es un tema de la Facultad de Salud y Buen Vivir y de Isabel que es: ¿cómo pensar a las sociedades construidas un poco más desde abajo hacia arriba?. Ello abarca a la salud, pero es algo más transversal donde a la vez, ella es un ámbito de gran importancia. Esto tiene que ver en cómo se piensan las escalas de la vida social: globales, nacionales, regionales, locales. Quienes están pensando en que haya un poco más de poder, un poco más de decisión, un poco más de peso, de las escalas más locales, tienen que preguntarse -un tema que el anarquismo nunca resolvió- cómo eso se va articulando en escalas un poco mayores y se piensa en la construcción de

instituciones más generales pero que favorezcan las instituciones locales. Porque también lo que ocurre en esas escalas mayores tiene que ver con lo que puede ocurrir o no ocurrir en las escalas locales. Entonces, se hace muy importante aquello que los geógrafos han bautizado como una acción de tipo multiescalar.

Solo por nombrarlo -y porque ha aparecido en las ponencias- creo que una reflexión clave que cruza y es cruzada por la salud es el propósito de "humanizar las relaciones". Debemos pensar más esto: ¿Qué significa ello? En un tiempo además de cuestionamiento al antropocentrismo moderno que lleva a un cuestionamiento del "humanismo" pero por otro en que la instrumentalización, burocratización y mercantilización de las relaciones hace renacer la necesidad de un cierto humanismo "convivial".

BIENESTAR Y SALUD DE LOS MAYORES DE 80 AÑOS EN CHILE.

Santiago Escobar Sepúlveda¹⁴

En general, los instrumentos jurídicos, convención, tratados, leyes o normas generales son todavía difusos o inespecíficos en materia de derechos sobre aquello que la estadística ha comenzado a denominar “cuarta edad”. Aunque Chile no es la excepción, ha avanzado en el tema y el año 2019 una ley de un solo artículo, la Ley 21.144 de marzo de ese año, creó dicha categoría “cuarta edad”, para la población adulta mayor de 80 años. Lo hizo agregando un inciso final de dos líneas o trece palabras al artículo 1° de la Ley 19.828 que rige el Servicio Nacional del Adulto Mayor, Senama.

Pero fuera de crear la categoría, no agregó nada más. Se quedó en las 13 palabras como si fuera maldición. Por lo que, desde el punto de vista de la seguridad jurídica, el bienestar de esos adultos mayores siguió siendo el mismo, o sea sin exigibilidad. Y el hecho de la mayor longevidad de la población, tan relevante en todas aquellas sociedades que están envejeciendo a pasos agigantados, incluido Chile, siguió teniendo un vacío y ambigüedad de políticas y programas para dicha categoría de adultos mayores.

En Chile, la tercera edad, (personas de 60 o 65 años y más) alcanza ya un 20% del total de la población según el censo de 2024. Dentro de este porcentaje el grupo de **80 años o más** representa una fracción en rápido crecimiento y según datos del INE, las personas mayores de 80 años se acercan rápidamente a las 500.000. Las **Regiones de Valparaíso, Ñuble, Maule y La Araucanía** las que presentan las mayores tasas de envejecimiento.

La nueva categoría cuarta edad carece de manera práctica de protección especial. No obstante, el creciente alineamiento jurídico con la Convención Interamericana sobre la **Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores** de la OEA, de junio de 2015 y que entró en vigor en 2017, era el cuerpo normativo más explícito sobre la materia y que está suscrito por nuestro país. Se debe señalar, en todo caso, que se encuentra pendiente de promulgación en Chile la **Ley Integral de las Personas Mayores y Promoción del Envejecimiento Digno, Activo y Saludable**, aprobada inánimemente

¹⁴ Abogado. Analista político. Área de personas mayores.

en enero de 2026 por el Congreso, y cuyo retraso se debe a una disputa jurídica sobre un veto aplicado por el gobierno de Gabriel Boric. El nuevo gobierno una vez asumido, retiró dicho veto, pero mantiene la ley sin promulgación, aparentemente por el mayor gasto fiscal que ella implicaría.

Con todo, y subsanados los obstáculos legales, esa ley aumentará aspectos prácticos importantes en materia de declaración de principios, muy en línea con los contenidos de la Convención de la OEA, pero sin superar de manera sustantiva el carácter más bien declarativo de ésta.

La Convención de la OEA reconoce derechos específicos en los siguientes aspectos: Prohíbe la **discriminación por edad**; garantiza los derechos a la **autonomía e independencia de los mayores**, a la **salud integral y a cuidados de largo plazo**; garantiza la **seguridad social**; el acceso **a justicia**; la **protección contra violencia y el abandono**; y **garantiza la participación social y política**. Pero los contenidos de la Convención no contienen ninguna alusión expresa a la categoría “cuarta edad”, sino que se refiere a las **personas mayores de 60 años o más en general**, obligando a interpretar las normas para extraer un amparo preferente para los mayores de 80 años.

Como Chile firmó la convención, y venía aplicando en algunas de sus políticas y programas de salud un sistema de garantías, la opción por crear la categoría “cuarta edad” y atribuirle una situación preferente, resulta particularmente relevante para el derecho interno. Sobre todo, en litigios en materia de seguridad y de derechos humanos apenas se genere la promulgación de la Ley Integral para Personas Mayores.

Justo es señalar que la creación de derechos objetivos para la población adulta mayor en los países no ha sido fácil, y en gran medida es el resultado de largos debates conceptuales y políticos en los organismos internacionales multilaterales. Sobre todo, en la medida que las poblaciones envejecen y aumentan las presiones sobre el erario fiscal de esos Estados. Nadie desea que terceros ajenos opinen sobre sus cuentas fiscales.

Entre esos debates y formulaciones se debe mencionar los **Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad**, adoptados por la Asamblea General en 1991. Ellas no son un tratado vinculante sino un **marco normativo de carácter indicativo** para políticas públicas de envejecimiento de los Estados miembros. En él se esbozaron **cinco principios básicos con acento en: la independencia de los adultos mayores; la participación, los cuidados; su autorrealización y su dignidad**. Principios que se repiten

constantemente después, y en cuya definición empezaron a surgir contenidos y orientaciones más concretas para la dictación de leyes sobre protección del adulto mayor, al principio preferentemente en aspectos sanitarios y servicios sociales.

En el año 2002 en Madrid, España, se formuló durante la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento el llamado **Plan de Acción Internacional sobre envejecimiento**. Tampoco es una convención sino solo otro marco indicativo global de políticas públicas con eje en personas mayores y foco en desarrollo; salud y bienestar en la vejez; además de entornos favorables y accesibles.

A los anteriores se debe agregar un grupo de iniciativas y documentos como son los Tratados Generales de Derechos Humanos (específicamente el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el de Derechos Civiles y Políticos; la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) en los cuales se encuentran referencias específicas a **salud, seguridad social, igualdad y dignidad**, aspectos sin duda fundamentales en el bienestar en etapas avanzadas de la vida. Pero que obligan a entrar en el campo de la interpretación jurídica sobre un tema que parece absorbido por la soberanía y criterio excluyente de los estados. La prueba más concreta es que en la ONU existe un **Proyecto de Convención sobre derechos de personas mayores**, destinado a establecer un estatuto específico sobre estos derechos, pero que no avanza dada la actual situación internacional y la precariedad institucional que muestra el organismo. Lo consensuado hasta ahora prohíbe explícitamente el **edadismo**; tiene un listado de obligaciones estatales claras; y regula cuidados de largo plazo, autonomía y dignidad en edades avanzadas. Pero no tiene perspectivas de aprobación por ahora.

La conclusión es que fuera de la **Convención** Interamericana de 2015, único documento jurídico internacional vigente, todo el resto es un **soft law global** basado en la **protección indirecta**, es decir, convenios o tratados generales de derechos humanos, sin prestaciones reales exigibles en materia de adultez.

Por ello, si bien Chile no tiene **regulación jurídica específica vigente para la “cuarta edad” y solo mayormente declaraciones**, el *up grade* depende de una decisión administrativa del gobierno de turno para PROMULGAR UNA LEY APROBADA, que permitiría mejorar sensiblemente el esquema actual, aunque se mantenga su talante predominantemente declarativo. Pero algo es algo, y esa ley contiene mecanismos normativos y administrativos que, en la práctica, pueden generar una protección

reforzada para la edad muy avanzada, aunque todavía carezcan de especificidad y exigibilidad.

Protección en materia de salud para la “cuarta edad”

La dictación de la Ley del Adulto Mayor (Ley 19.828), mejoró la postura del país en el tema con la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (con institucionalidad específica), y el establecimiento de políticas de protección social para mayores de 60 años. Entre ellas la promoción de algunos programas de cuidados domiciliarios; centros diurnos y establecimientos de larga estadía (ELEAM), en general aún bastante débiles.

La modificación legislativa que creó la “**cuarta edad**” introdujo un factor de interpretación legal obligatorio que ha pasado casi desapercibido. El rige para todos los reglamentos en todos los programas de salud, y no solo en aquellos catalogados de dependencia **severa** y/o los **enfocados en salud paliativa de enfermedades terminales**. Pese a esto, que debiera ser evidente para la administración gubernamental, el criterio “**cuarta edad**” no se está usando en la operación del sistema y, más aún, resulta casi desconocido por la inercia y precariedad de los programas.

En el sistema sanitario de Chile existen protecciones específicas. La primera y tal vez más importante de ellas es la que se expresa en las **Garantías explícitas de salud**, Ley 19.966 (GES/AUGE).

Ella incluye patologías frecuentes en edades avanzadas como: alzhéimer y otras demencias; fractura de cadera en mayores de 65; y cuidados paliativos y otras. Casi todas esas patologías tienen especial impacto en la **cuarta edad**, donde tienen una frecuencia alta y mucho déficit de atención. Pero existen otras que, siendo frecuentes y graves no se cubren, o tienen coberturas precarias. Independientemente de cuales son, este problema -en gran medida- parece asociado a una situación real de cronicidad o multi enfermedad propio de la adultez avanzada. Pero también a prejuicios funcionarios de “sobredemanda de atención” o “discapacidad cognitiva” del usuario adulto mayor, fácilmente apreciable en las rutinas de atención primaria de salud en los consultorios municipales. Es evidente que se trata de una población con un alto nivel de dependencia, pero muchas veces las rutinas no segmentan bien los usuarios y sin exigibilidad de ley como derecho, se genera el vacío de políticas.

Lo interesante es que parte importante de la corrección proviene de la acción persistente de los Tribunales de Justicia en algunos ámbitos, tribunales a los cuales recurren de manera persistente los ciudadanos en demanda de cumplimiento de la obligación de otorgar salud. Esa acción ha generado una jurisprudencia con un criterio de **“protección reforzada de personas mayores”**, pero siempre resulta una aplicación caso a caso, por el tipo de sistema judicial que tiene el país. Y de ahí a la discrecionalidad hay un paso.

Para generar una doctrina de protección reforzada los tribunales han utilizado, además de las normas directas de la ley 19.966, la Convención Interamericana, el principio constitucional de dignidad de las personas, y el más ambiguo de derecho a la salud, generalmente para resolver con mayor urgencia casos de personas de edad avanzada.

Tal jurisprudencia proviene especialmente de recursos de protección por salud; casos de pensiones o conflictos en residencias de larga estadía. Con la eventual promulgación de la Ley de Protección Integral que se encuentra en sala de espera política, posiblemente se mejoraría bastante en derechos objetivos.

Chile ante la legislación comparada

En este campo, la primera advertencia que se debe hacer es que las políticas públicas, especialmente las sociales como salud y previsión, tienen su verdad esencial en los ingresos y el presupuesto del país en cuestión, y lo que con ellos se hace y cómo se distribuyen. La voluntad política está condicionada por la conjunción de las necesidades y el dinero disponible, a lo que se agrega la convicción gubernamental sobre cómo se distribuyen esos recursos. En Chile, como en todas partes, no hay ley políticamente más programática y verdadera que la Ley de Presupuesto. Porque ella describe perfectamente la distribución de atención y preferencia gubernamental sobre las necesidades de la sociedad. Tal como reza el viejo aforismo de la política mexicana: “el que no vive en el presupuesto vive en un error”.

Hecha esta advertencia, se puede señalar que tomando en cuenta el tamaño de nuestra economía y las formas administrativas de las políticas de salud y previsión social, el país es el peor miembro de la OCDE, pero está en niveles superiores respecto a sus pares latinoamericano. Lo que por cierto no es consuelo de bienestar pues nadie cena estadísticas.

La perspectiva comparada señala que el país tiene en su historial tres debilidades normativas de difícil extracción, aunque respecto de ellas ha ido paulatinamente avanzando en mitigarlas o solucionarlas. La primera es que **no existía una categoría legal de “cuarta edad”, lo que se solucionó con la Ley 21.144 que la creó expresamente.** La segunda, es que no existe una **ley integral de cuidados de larga duración**, lo que en parte se solucionaría con la ley en espera de ser promulgada y ajustes de coordinación (enormes) entre servicios. La tercera, es que la dependencia severa, que muchas veces afecta a la “cuarta edad”, está regulada por programas administrativos y enfermedades terminales **y no por derechos exigibles en esta categoría de adultos.** A ello se agrega como problema la dualidad de proveedores y la alta concentración de demanda por los adultos al proveedor público.

En Chile, entonces, la categoría cuarta edad no tiene una **regulación jurídica específica para los mayores de 80 años**, y está protegida solo, **indirectamente, por los instrumentos jurídicos mencionados más arriba.** El resto es interpretación y discrecionalidad en altas dosis, con una recarga de decisiones puramente administrativas y unilaterales.

Hasta ahora el punto de partida de reversión de los problemas es tanto la Ley sobre el Adulto Mayor, como la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, y la fuerte presión sobre una jurisprudencia caso a caso de los tribunales de justicia. El aparato público carece de un defensor de los derechos de los adultos mayores, y menos aún de la cuarta edad, que pudiere operar en instancias administrativas. Y en estricto rigor, por ejemplo, en las disputas sobre aplicación de la Ley de Urgencia, la Superintendencia de Salud encargada de fiscalizar y supervigilar al Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y a las Isapres por igual, opera como un tribunal imparcial frente a los aseguradores o prestadores privados y públicos. De esa manera, el cumplimiento de las garantías de salud y los derechos de los pacientes, en este caso de los adultos mayores y la cuarta edad, no está asegurada. Nadie la representa y se mantiene la asimetría en la relación paciente o usuario versus proveedor.

A la cola de lo anterior está la Ley Integral pendiente de la voluntad presidencial y un acto administrativo para entrar a regir y empezar a consolidar un sistema en forma sobre la cuarta edad. Todas las normas mencionadas en este artículo reconocen, incluso de manera reiterativa entre ellas, derechos a **cuidados de largo plazo**, a **vida digna en la vejez**, a **protección contra abandono y negligencia**, y a derecho a **servicios sociosanitarios integrales.** También **a una protección reforzada cuando existe**

dependencia o fragilidad, algo típico en mayores de 80 años y que en Chile al menos en teoría se aplica. Pero el mandato expreso de contar con **medidas diferenciadas para los adultos mayores más vulnerables no existe**. Es interpretable e incluso discrecional a diferencia de lo que ocurre en países más desarrollados como España o Japón.

España tiene un modelo jurídico específico para la dependencia en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley **39/2006**). **Ella contempla un sistema institucional denominado Sistema Nacional de Dependencia (SAD) que reconoce como derecho exigible los cuidados de larga duración**. Los beneficios incluyen asistencia domiciliaria, teleasistencia, centros diurnos, residencias de larga estadía y establece la dependencia como una **categoría legal autónoma**. Esto es jurídicamente muy relevante pues implica que el Estado tiene obligaciones positivas de cuidado que los ciudadanos le pueden demandar legalmente.

En **Japón** existe también un sistema muy avanzado debido a su enorme envejecimiento poblacional. La base legal es el **Acta del Seguro del Cuidado de Largo Término (Long-Term Care Insurance Act)**, que establece el **seguro obligatorio de cuidados de larga duración**. Genera una cobertura universal desde los **65 años; y obliga a una evaluación médica de dependencia**, a partir de la cual se determina el uso de los servicios garantizados. Entre estos, cuidados domiciliarios, enfermería, rehabilitación y residencias especializadas.

Posiblemente debido al envejecimiento extremo de su población, el sistema japonés reconoce que la dependencia durante la vejez **es un riesgo social estructural** del país, y no solo un problema familiar o de asistencia ocasional. A partir de ello, establece la **responsabilidad institucional del Estado y del sistema de seguridad social** ante ella. Ello implica **un concepto de bienestar** como un bien público perfecto y el **derecho de hacerlo exigible** al Estado.

Otros países como la República Federal de Alemania tienen establecidos los cuidados de larga duración desde hace muchos años. En Alemania se introdujo un **seguro de dependencia** dentro de la seguridad social global. Con su operación aseguran una cobertura obligatoria; prestaciones económicas o servicios a los beneficiarios; y la evaluación médica obligatoria para determinar el nivel de dependencia. También se reconoce por ley que la dependencia genera un derecho prestacional exigible contra

el sistema público. Algo similar opera en Francia, donde el foco se ha puesto en combinar **protección social y autonomía personal**.

Como señalamos anteriormente, a diferencia de estos países la situación de Chile es aún muy desmedrada. No existe un **derecho subjetivo** para acceder a cuidados de larga duración; tampoco existe un **sistema nacional de dependencia**; y la protección no tiene derechos exigibles, sino que se gestiona mediante **programas administrativos** con grados severos de **discrecionalidad en la operación**.

La ausencia de regulación específica y de exigibilidad por ley determina que el mandato de protección que contienen tanto la Convención Interamericana como las normas nacionales no se cumpla, y que no existan garantías de medidas diferenciadas para las personas de mayor vulnerabilidad dentro del grupo de adultos mayores.

Pero si bien Chile mantiene aún un **modelo asistencial fragmentado**, es evidente que, con las normas pendientes, al entrar en plena ejecución, existiría la posibilidad real de alcanzar una **protección de la cuarta edad más robusta e incluso de establecer un estándar consolidado**, si no igual al menos parecido al de los países mencionados, a partir de los ajustes que se vayan haciendo a lo existente.

Entre la Ley 19.828 de 2002 que creó el Senama y su marco normativo enfocado en el envejecimiento digno, activo y con protección de derechos, y la reciente Ley Integral de Personas Mayores (aprobada en 2026) y que espera promulgación y publicación del Poder Ejecutivo, existiría un piso más que suficiente para lo anterior.

Esta última ley ha recibido críticas en el sentido de tener un carácter mayormente declarativo y carecer de un soporte institucional que garantice su aplicación.

Pero en su favor se debe reconocer que trae un nuevo procedimiento de protección que, aunque lo pone en sede de familia, es un gran avance para la intervención judicial frente al abandono social. Ella declara el “abandono social” como una vulneración grave de derechos que afecte **a personas mayores con dependencia**, y que ponga en riesgo su vida o integridad física o psíquica, con ausencia de redes de apoyo familiar.

A partir de esa declaración se establece una **legitimación activa extendida** (capacidad legal de accionar ante los tribunales) y un procedimiento judicial que habilita incluso a medidas cautelares para proteger, y un estándar reforzado de actuación para el tribunal. De acuerdo a esto, debe resguardarse efectivamente la

integridad de la persona mayor, por lo que no basta medidas puramente formales o declarativas.

Según las críticas vertidas (ver <https://www.diarioconstitucional.cl/2026/03/18/la-ley-integral-de-personas-mayores-entre-la-innovacion-normativa-y-la-omision-institucional-por-daniel-vasquez-pereira/>) una de las principales tensiones de su aplicación se generaría al entregar a los tribunales *“una responsabilidad que excede lo estrictamente jurisdiccional, obligándolo a intervenir en problemáticas que son, por naturaleza, sociales”*, en referencia a la legitimación activa extendida. *“La ejecución de estas medidas -señala el texto citado- no puede recaer en terceros sin vínculo, ni resolverse únicamente mediante decisiones judiciales. Requiere de una capacidad estatal real de cuidado, acompañamiento y respuesta territorial, que hoy no se encuentra suficientemente desarrollada”*. A lo que el texto agrega la omisión del rol de las municipalidades en esta ley.

Sin embargo, pese a reconocer la agudeza de las afirmaciones citadas anteriormente, no se puede negar que esta ley sería un avance significativo en materia normativa, de imperio y legitimidad jurídica, para abogar por medidas más claras y efectivas sobre la discriminación y el desamparo social de los adultos mayores y la cuarta edad. Para activar un acceso real a la justicia. Incluso en los casos de discriminación cuando estos continúan siendo física y mentalmente activos y útiles, generan parte de sus ingresos, pero apenas se autosostienen, y carecen de apoyo o retribución social para completar el estado básico de la vida digna que las leyes les predicen. Amén de ser un punto de partida para exigir la responsabilidad familiar. En Chile heredan bienes hasta parientes en tercer grado colateral, que a veces ni saben quién era el causante.

HABITAR LA SALUD MENTAL: UNA PROPUESTA DESDE LA VIDA COTIDIANA Y EL ESPACIO SOCIAL

Karla Vásquez V,¹⁵ , Bernardo Madariaga C.¹⁶ y Carolina Guerra F.¹⁷

Resumen

La salud mental suele hacerse visible solo cuando se deteriora y requiere atención, siendo una expresión más de la falta de enfoques preventivos y promocionales, como ocurre con nuestro sistema de salud, en general. Este enfoque reactivo limita su comprensión como un proceso cotidiano, relacional y social. El presente artículo propone el concepto de "**habitar la salud mental**" como una forma de promoción basada en prácticas diarias, vínculos interpersonales y uso consciente de los espacios comunitarios. Se presenta una guía práctica fundamentada con evidencia científica que busca trasladar el cuidado de la salud mental desde los dispositivos clínicos de atención, hacia la vida cotidiana, promoviendo factores protectores como las interacciones sociales, los rituales relacionales y micro-espacios de encuentro.

Palabras clave: salud mental, promoción del bienestar, habitabilidad ciudadana, factores protectores, vida cotidiana.

El presente artículo busca proponer el concepto de "habitar la salud mental" como estrategia de promoción del bienestar psicológico desde la vida cotidiana, trasladando el foco de atención desde la intervención clínica reactiva, hacia prácticas preventivas integradas en los espacios familiares, laborales y comunitarios.

Este artículo se dirige a profesionales de la atención primaria, a los referentes de participación de los servicios de salud, trabajadores sociales, educadores, líderes comunitarios y ciudadanos interesados en comprender como las prácticas cotidianas pueden funcionar como factores de auto cuidado y por tanto, protectores de la salud mental. La propuesta busca ser accesible y aplicable para cualquier persona que

¹⁵ Psicóloga y Coach Organizacional.

¹⁶ Psicólogo. Magíster en Desarrollo Organizacional.

¹⁷ Socióloga. Directora del Área de Salud de APROB.

deseo incorporar hábitos saludables en su rutina diaria, sin requerir conocimientos especializados previos.

Antecedentes y Marco Conceptual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar que permite a las personas hacer frente al estrés de la vida, desarrollar sus capacidades, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad (OMS, 2004). Sin embargo, en la experiencia social cotidiana, la salud mental suele asociarse más al trastorno que al bienestar, reconociéndose principalmente cuando se pierde.

Esta brecha entre la definición técnica/clínica y la vivencia cotidiana instala una comprensión tardía: las personas conocen la salud mental cuando ya está deteriorada y deben recurrir a dispositivos de atención clínica. Esto refuerza una mirada centrada en la reparación, más que en el cultivo cotidiano del bienestar (Montero, 2004; Saraceno, 2007).

La evidencia científica ha demostrado consistentemente que el bienestar psicológico está fuertemente influenciado por factores sociales y relacionales. El aislamiento social se asocia a mayor riesgo de depresión, ansiedad y deterioro general, mientras que la conexión interpersonal funciona como factor protector (Marmot, 2005; Santini et al., 2022). Un estudio reciente con más de 100.000 participantes identificó a la conexión social, como el factor protector más fuerte contra la depresión (Choi et al., 2020).

Desde la perspectiva de la promoción de la salud, las rutinas organizan la experiencia psíquica, entregando previsibilidad y sensación de control, lo que reduce la incertidumbre, fuente principal del estrés y las preocupaciones cotidianas. Los rituales de transición -por ejemplo, entre trabajo y hogar- facilitan la regulación emocional (Bowlby, 1969). No nos regulamos solos: nos regulamos con otros.

Habitar la Salud Mental: Concepto Central

En el modelo dominante, la salud mental aparece asociada a consulta profesional, hospitalización o tratamiento especializado, con una suerte de "eternización" del uso de fármacos más allá del alta médica. Esto instala la idea de que la salud mental es algo que se repara cuando se rompe. Sin embargo, desde la promoción de la salud, también puede entenderse como algo que se cultiva.

Habitar la salud mental implica vivirla día a día, integrarla en las relaciones, en la organización del tiempo y en los espacios que ocupamos. No se trata solo de "tener" salud mental, sino de ejercer prácticas que la sostienen, y la cuidan. Es ocupar

conscientemente los espacios físicos y sociales como escenarios de cuidado psicológico.

Micro prácticas cotidianas como factores protectores

Las acciones simples y repetidas generan impacto acumulativo. Funcionan como reguladores relacionales, organizadores psíquicos y fortalecedores del capital social (Putnam, 2000). A continuación, se presentan prácticas específicas respaldadas por evidencia científica:

1. Ritual de inicio y cierre en el hogar

Saludar y despedirse dentro del núcleo familiar refuerza el reconocimiento interpersonal y la seguridad vincular, aspectos centrales en la teoría del apego. Investigaciones lideradas por Fiese et al. (2002) han documentado que los rituales familiares se asocian con menor estrés parental y mayor cohesión familiar, especialmente en contextos de adversidad. El Center on the Developing Child de la Universidad de Harvard destaca que la constancia en las interacciones cuidadosas es una de las bases de los sistemas de apoyo que amortiguan el estrés tóxico en la infancia.

Propuesta práctica: Salude diariamente a su núcleo familiar: aunque este dentro del mismo hogar, tome un tiempo para que las personas que lo acompañan diariamente sientan su presencia, y usted también mírelos de vuelta, para conectar. Despídase al salir de su hogar cumpliendo el ritual de desear que estén bien.

2. Interacción vecinal y capital social

El contacto cotidiano con vecinos fortalece el capital social, entendido como la red de relaciones que facilitan cooperación y apoyo mutuo (Putnam, 2000), reduciendo la percepción de aislamiento. Un metaanálisis reciente con 24.000 individuos encontró que el capital social explica el 3.5% de la varianza en bienestar psicológico, funcionando como factor protector en salud mental (Galicia-Hernández et al., 2025).

Propuesta práctica: Al salir de su casa, haga contacto visual con sus vecinos, personas que le acompañan silenciosamente en su vida, para conectar con ellos y generar un espacio comfortable.

3. Espacios laborales saludables

Microespacios de conversación, pausas saludables, meditaciones cortas y/o chequeos breves de bienestar contribuyen a la regulación fisiológica del estrés y favorecen la detección temprana de malestar, coherente con enfoques de promoción de la salud

(OMS, 1986). Un ensayo clínico aleatorizado reciente con 1.458 empleados demostró que solo 5 minutos diarios de meditación digital¹⁸ redujo significativamente el estrés laboral, el agotamiento y los síntomas de depresión y ansiedad, con efectos mantenidos a los 4 meses (Radin et al., 2025).

Además, las pausas activas durante la jornada laboral han demostrado reducir la carga mental en el 78.57% de los trabajadores, mejorando la concentración y previniendo lesiones musculoesqueléticas (Ortega Sánchez, 2021).

Propuesta práctica: Cuando ingrese a su lugar de trabajo, mire y salude a sus compañeros, pregunte por su bienestar (recuerde que por lo general la salud mental se hace visible cuando se pierde) y luego recién comience su trabajo. Promueva cada dos horas un espacio para reponer energías mediante tomas de respiración consciente, estiramientos o movimientos corporales.

4. Alimentación consciente y salud mental

La evidencia científica acumulada respalda que determinados patrones dietéticos influyen en procesos biológicos asociados al estado de ánimo. Estudios longitudinales han mostrado que seguir una dieta mediterránea puede reducir en un 30% el riesgo de desarrollar depresión (Lassale et al., 2019). Los ácidos grasos omega-3, las vitaminas del complejo B, el magnesio y el zinc intervienen en la regulación neurológica y en la respuesta al estrés (Jacka et al., 2017).

Además, comer de manera social fortalece los vínculos y proporciona un espacio de contención emocional. Las comidas compartidas en familia se han asociado con mejor calidad de la alimentación y mayor bienestar emocional en todos los miembros (Scaglioni et al., 2008).

Propuesta práctica: Cuide su espacio de alimentación en el mundo laboral, tanto en tiempo como en calidad, ocupándose de comer con tranquilidad y de manera social, generando grupos de almuerzo para compartir.

5. Transiciones conscientes entre roles

Despedirse del trabajo y prepararse mentalmente para llegar al hogar funciona como ritual de transición. Estos rituales ayudan a diferenciar roles, disminuir la “rumia mental” o el “sobre pensar” y proteger la vida familiar de la sobrecarga laboral. La investigación

¹⁸ La meditación digital se refiere a la práctica de meditación guiada a través de un video digital o una aplicación móvil. En específico, el estudio de Radin et al. citado, usó la aplicación Headspace para las y los participantes durante 10 minutos diarios, a lo largo de 8 semanas. Con un promedio de 5 minutos de uso, los resultados fueron significativos.

en psicología laboral ha demostrado que establecer límites claros entre trabajo y vida personal es fundamental para prevenir el agotamiento y mantener el bienestar psicológico (Sonnentag & Fritz, 2007).

Propuesta práctica: La vuelta a casa comienza con despedirse de sus compañeros de trabajo, para desconectarse del ámbito laboral. Al viajar a casa comience a revisar como fue su día y prepárese mentalmente para estar en su hogar, porque al llegar tiene que saludar a su familia, contar cuales fueron sus pensamientos, emociones y conclusiones del día.

Discusión

La propuesta de habitar la salud mental desplaza el foco desde la intervención especializada hacia la vida cotidiana como espacio primario de promoción y autocuidado. No reemplaza la atención clínica, sino que la complementa desde la prevención primaria (OMS, 2004).

Este enfoque visibiliza los determinantes sociales de la salud mental, reduce la medicalización excesiva de malestares cotidianos, fortalece la corresponsabilidad social y reconoce el valor protector de los vínculos. Integra así dimensiones individuales, relacionales y comunitarias del bienestar.

Es importante señalar que estas prácticas, aunque simples, constituyen una base de protección frente al estrés y las crisis inevitables de la vida: la pérdida de un familiar, despido laboral, apremios financieros o soledad interna. La diferencia radica en que una persona que "habita" su salud mental cuenta con mayor capital social, mejores habilidades de regulación emocional y una red de apoyo más sólida para afrontar estas adversidades.

Conclusiones

Habitar la salud mental significa reconocer que el bienestar psicológico se construye en la interacción diaria con otros y con los espacios que ocupamos. Las prácticas cotidianas presentadas, fundamentadas en evidencia científica, constituyen una base de protección frente al estrés y las crisis inevitables de la vida.

De esta manera, la salud mental deja de ser un concepto abstracto o reactivo, y se transforma en una dimensión vivida, compartida y sostenida socialmente. El aporte es individual, pero orientado hacia nuestro entorno, para que nuestra sociedad este mejor. Si bien cada persona es responsable de sus pensamientos y su corporalidad, debemos ser también responsables de destinar tiempo real y de calidad para gestionar nuestras emociones, pensamientos y sensaciones, de manera familiar, laboral y vecinal.

En equipo siempre llegamos más lejos. La invitación es a comenzar hoy mismo a habitar la salud mental, reconociendo que cada pequeña acción cotidiana contribuye a construir una red de bienestar que nos sostendrá en los momentos difíciles.

Nota sobre el Uso de Inteligencia Artificial

Durante la elaboración de este artículo se utilizó asistencia de inteligencia artificial generativa (ChatGPT, OpenAI, 2025) para la organización estructural del contenido, la revisión de estilo y la sistematización de las propuestas prácticas. Sin embargo, todas las referencias bibliográficas fueron verificadas y seleccionadas manualmente por los autores, quienes asumen la responsabilidad total del contenido científico y las interpretaciones presentadas.

Siguiendo las recomendaciones de transparencia académica, se declara explícitamente el uso de herramientas de IA como apoyo en el proceso de redacción y sistematización, no como generadora de contenido original. Las fuentes citadas fueron consultadas y verificadas directamente por los autores.

Referencias Bibliográficas

1. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. Basic Books.
2. Choi, K. W., Stein, M. B., Nishimi, K. M., Ge, T., Coleman, J. R. I., Chen, C. Y., Ratanatharathorn, A., Zheutlin, A. B., Dunn, E. C., Breen, G., Kessler, R. C., & Smoller, J. W. (2020). An exposure-wide and mendelian randomization approach to identifying modifiable factors for depression: A prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 218(3), 143-150. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.69>
3. Fiese, B. H., Tomcho, T. J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., & Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration? *Journal of Family Psychology*, 16(4), 381-390. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.16.4.381>
4. Galicia-Hernandez, T. E., Alonso-Arbiol, I., & Paez, D. (2025). Capital social, salud mental y bienestar en población migrante: un meta-análisis. *Revista de Psicología*, 43(2), 815-852. <https://doi.org/10.18800/psico.202502.007>
5. Jacka, F. N., O'Neil, A., Opie, R., Itsiopoulos, C., Cotton, S., Mohebbi, M., Castle, D., Dash, S., Mihalopoulos, C., Chatterton, M. L., Brazionis, L., Dean, O. M., Hodge, A. M., & Berk, M. (2017). A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial). *BMC Medicine*, 15(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0791-y>
6. Lassale, C., Batty, G. D., Baghdadli, A., Jacka, F., Sanchez-Villegas, A., Kivimaki, M., & Akbaraly, T. (2019). Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes:

- a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Molecular Psychiatry*, 24(7), 965-986. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0237-8>
7. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
 8. Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.
 9. OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Organización Mundial de la Salud.
 10. OMS. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. World Health Organization.
 11. Ortega Sanchez, E. (2021). *La aplicación de micropausas activas para mejorar la salud mental de teletrabajadores [Trabajo Fin de Master, Universidad Miguel Hernández de Elche]*. Repositorio UMH.
 12. Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
 13. Radin, R. M., Vacarro, J., Vranceanu, A. M., & Prather, A. A. (2025). Digital meditation to target employee stress: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 8(1), e2454435. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.54435>
 14. Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2022). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans: A longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 7(1), e62-e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00256-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00256-0)
 15. Saraceno, B. (2007). *La salud mental en la comunidad: Alternativas a la institucionalización*. OPS/OMS.
 16. Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children's eating behaviour. *British Journal of Nutrition*, 99(S1), S22-S25. <https://doi.org/10.1017/S0007114508892471>
 17. Sonnentag, S., & Fritz, C. (2007). The Recovery Experience Questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 204-221. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.3.204>

RESEÑA: GUIA PARA MEDIR BIENESTAR SUBJETIVO. OCDE (2025)

OECD (2025), *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being (2025 Update)*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9203632a-en>.

Resumen ejecutivo¹⁹

Los datos sobre bienestar subjetivo complementan las medidas objetivas del bienestar al proporcionar información importante sobre cómo las personas perciben sus experiencias de vida.

Los datos de bienestar subjetivo revelan cómo las personas piensan y experimentan sus vidas. Cada componente del bienestar subjetivo —la evaluación de la vida (valoraciones reflexivas, como la satisfacción con la vida), el afecto (sentimientos o estados emocionales) y la eudaimonía (una sensación de valor, significado y propósito)— captura una faceta distinta y significativa de las experiencias vitales subjetivas de las personas. Estos datos constituyen un complemento importante de las medidas objetivas del progreso económico y social, y pueden ofrecer información relevante para las políticas públicas cuando se recopilan y analizan de manera rigurosa. Los datos de bienestar subjetivo deberían formar parte de los resultados considerados al monitorear las tendencias sociales y comparar el progreso general de la sociedad. Estos datos son intrínsecamente importantes, pero también pueden servir como una señal de alerta temprana sobre cambios en otros resultados de bienestar, apoyando así el diseño y la evaluación de políticas, por ejemplo, para la planificación estratégica, los marcos de desempeño y los procesos presupuestarios.

Esta segunda edición de las Directrices de la OCDE sobre la medición del bienestar subjetivo actualiza la orientación para los productores de datos interesados en medir el bienestar subjetivo de manera estadísticamente sólida y conforme a buenas prácticas internacionales.

La primera edición de las Directrices de la OCDE sobre la medición del bienestar subjetivo, publicada en 2013, proporcionó a los productores de datos la evidencia y las herramientas necesarias para medir el bienestar subjetivo en las estadísticas oficiales. Las directrices de 2013 buscaban mejorar la calidad y utilidad de estos datos de varias maneras: proporcionando instrucciones explícitas sobre la formulación de preguntas, las escalas de respuesta y los detalles de implementación de encuestas; ofreciendo orientación a los usuarios de datos sobre cómo analizar mejor el bienestar subjetivo; y, en última instancia, mejorando la comparabilidad internacional de estas estadísticas.

¹⁹ Traducción a cargo de equipo editorial de APROB con ayuda de IA.

Diez años después, la presencia de datos de bienestar subjetivo en las estadísticas oficiales ha crecido considerablemente: cerca del 90% de los países miembros de la OCDE recopilan datos de satisfacción con la vida en encuestas de hogares representativas a nivel nacional. Aunque la práctica internacional ha convergido en torno a una medida estándar de satisfacción con la vida, aún existen diferencias en los enfoques actuales para medir el afecto y la eudaimonía.

Esta segunda edición de las Directrices de la OCDE se basa en los fundamentos de la primera edición. Reitera algunas de las recomendaciones de medición y buenas prácticas establecidas en 2013, al tiempo que aclara y simplifica otras para aumentar su relevancia y utilidad a la luz de nuevas demandas de política pública y resultados de investigación.

Esta edición incorpora nueva evidencia publicada en la última década, incluidos hallazgos prácticos provenientes de oficinas nacionales de estadística, para formular recomendaciones actualizadas que buscan aumentar la inclusión de medidas de bienestar subjetivo en los datos oficiales, avanzar hacia una mayor convergencia internacional en las prácticas de medición y mejorar la utilidad del bienestar subjetivo para las políticas públicas. El módulo básico se ha reducido, pero mantiene dos medidas —una sobre satisfacción con la vida y otra sobre la percepción de que lo que se hace en la vida vale la pena— e introduce una nueva medida sobre el dolor.

Otras actualizaciones incluyen una definición refinada de la eudaimonía, que ilustra con mayor claridad los conceptos que deben incluirse en este módulo de medición. También se establece una distinción más clara entre el afecto y las medidas de salud mental, junto con orientación sobre cuándo utilizar cada enfoque. Esta edición amplía además las recomendaciones en otras áreas para reflejar avances en la evidencia y aumentar la relevancia global de las medidas propuestas. Las medidas experimentales, introducidas en este volumen, abarcan aspectos del bienestar subjetivo con un fuerte componente relacional, como el equilibrio y la armonía en la vida, la conexión con las generaciones futuras y la conexión emocional con el mundo natural.

Los módulos de preguntas recomendados pueden adaptarse según las necesidades del usuario

Este informe contiene los siguientes recursos prácticos para apoyar a los diseñadores de encuestas y a las agencias estadísticas en la recopilación de datos sobre bienestar subjetivo en encuestas de hogares y de uso del tiempo, independientemente del nivel de desarrollo de sus prácticas de medición actuales:

- Un módulo básico reducido de tres medidas prioritarias de bienestar subjetivo
- Módulos ampliados simplificados para cada componente del bienestar subjetivo, incluidos recursos para encuestas de uso del tiempo

- Un nuevo módulo experimental transversal y tres grupos de preguntas experimentales

Cada módulo de encuesta va acompañado de instrucciones detalladas de implementación, que describen la duración prevista del módulo, orientación práctica para los encuestadores, información sobre la fuente original de las medidas e instrucciones sobre cómo reportar los datos resultantes.

El capítulo introductorio presenta buenas prácticas generales en la medición del bienestar subjetivo aplicables a todos los módulos de encuesta, abarcando temas como el diseño de la encuesta, el muestreo y la población objetivo, el modo de aplicación, la formulación y ubicación de las preguntas, el diseño de escalas de respuesta, y el análisis e interpretación de los datos. La información detallada sobre el proceso de actualización de las Directrices de la OCDE y la evidencia que respalda los cambios realizados en módulos específicos se presenta extensamente en el anexo del informe.

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 en Chile, para lo cual se requieren aportes teóricos, conceptuales y metodológicos que permitan identificar los mejores indicadores sectoriales en una perspectiva de bienestar humano.

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

Los documentos, que serán considerados para publicación y difusión -de acuerdo a las temáticas señaladas- podrán tener una extensión de entre 3 a 12 páginas. (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 enero de 2026 tienen como plazo máximo de entrega el 5 de diciembre de 2025.

4) Esta invitación es amplia y está dirigida especialmente a personas vinculadas a la salud, la economía y disciplinas conexas. APROB solicita y agradece la presentación de trabajos para publicar y/o enviar documentos 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 500 caracteres. 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/oezd-macroth/es/index.htm>

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

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

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

Con atentos saludos,

Comité Editorial

Revista Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo (APROB)