

# Manual de auto-aprendizaje

## Curso Lidera con Ciencia



Editores

Báltica Cabieses  
Manuel Espinoza

Este manual surge de un estudio de intervención educativa, el cual fue posible gracias a la colaboración entre el Centro de Salud Global Intercultural, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, el Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (CECAN) y la Red Chile Unido por el Cáncer.

Agradecemos a todas las personas y organizaciones de la sociedad civil que fueron parte del estudio y del proceso de co-construcción del curso “Lidera con Ciencia”.

**Equipo de investigación y autores de este manual:**

Báltica Cabieses, PhD  
Manuel Espinoza, PhD  
Francisca Vezzani, MSc  
María Jesús Maass  
Antonia Roberts  
Alexandra Obach, PhD  
Carla Campaña, PhD

**Diseño y diagramación:**

Bárbara Morales

**ISBN:** 978-956-374-108-7

Centro para la Prevención y el Control del Cáncer, ANID  
FONDAP 152220002 (CECAN)

Santiago, enero 2026

# Prólogo

Queridx lector,

Es una inmensa alegría ver finalizado este manual de autoaprendizaje para la sociedad civil en materia de salud pública, investigación clínica, evaluación de tecnologías sanitarias, procesos decisionales y de priorización en materia de cobertura, humanización y socioantropología de la salud. Esta es una combinación inusual de conocimiento proveniente de diversas disciplinas, que aquí se integran de manera coherente y contundente, para lectores de todo el país que tengan interés por aprender más de estos temas tan importantes para la participación e incidencia ciudadana en salud. Los contenidos han sido seleccionados de manera detallada y cuidadosa, asegurando que, lo que este manual ofrece, agregue valor para el fortalecimiento de la participación social en salud en nuestro país.

Los contenidos responden a la visión integral y amplia que nuestro Centro de Salud Global Intercultural (CeSGI) de la Universidad del Desarrollo UDD tiene en materia de investigación y de acción. Nuestra misión, como centro único en el país que integra la investigación de las ciencias biomédicas y de la salud con las ciencias sociales de manera tangible y efectiva, es contribuir a la generación de conocimiento interdisciplinario de excelencia, situado desde el sur global, para la comprensión de la creciente complejidad de la salud a escala mundial, así como generar soluciones participativas e innovadoras para enfrentar los principales desafíos en Chile y América Latina, en diálogo con la praxis y los debates teóricos desarrollados a nivel internacional.

Al mismo tiempo, este manual de autoaprendizaje se desarrolla en el marco del Centro para la Prevención y Control del Cáncer, CECAN. Como equipo de investigación que es parte del Grupo de Trabajo 4 sobre políticas de salud en materia de cáncer, hemos tenido la importante tarea de ser quienes realizamos la investigación del centro dedicada a participación social en cáncer en Chile. La confianza depositada en nosotros para desarrollar esta línea de investigación de parte de las autoridades de CECAN nos llena orgullo y gratitud. En los tres años ya recorridos como parte de este gran proyecto país de cambiar la historia del cáncer en Chile, hemos ejecutado de manera efectiva cuatro investigaciones y sus correspondientes transferencias con impacto social. La primera, una investigación de indagación cualitativa de las experiencias, perfiles y necesidades de agrupaciones de pacientes dedicadas a cáncer en Chile. La segunda, orientada a conocer el rol de la nueva figura de gestor oncológico en servicios de pediatría del país y la experiencia relacionada de familias y agrupaciones.

La tercera, un mapeo cuantitativo de agrupaciones sociales dedicadas a cáncer. La cuarta, el cuasi-experimento “Lidera con Ciencia”, una intervención educativa a líderes de agrupaciones oncológicas en Chile y que dio como fruto el manual de autoaprendizaje que aquí presentamos.

Nuestra meta con este manual de autoaprendizaje es clara: apoyar a profesionalizar y fortalecer los significativos esfuerzos que la sociedad civil realiza en Chile en materia de acompañamiento, agencia, abogacía e incidencia en la toma de decisiones de parte de la autoridad sanitaria. Chile tiene el honor de celebrar décadas de democracia y de un sistema de salud que ha aumentado de manera importante su capacidad de escuchar, reconocer, valorar y reparar distancias y desacuerdos entre su propia cultura y estructura decisional y las necesidades y voces de la ciudadanía. En ese camino, que tiene mucho aún por recorrer, nos emociona ser parte de ese proceso desde el trabajo académico, por medio de la investigación, la formación de futuros profesionales y la transferencia activa del conocimiento a la realidad.

Este manual se sostiene sobre un importante cuerpo de conocimiento científico mundial sobre participación y empoderamiento ciudadano en salud. La evidencia científica disponible da cuenta de la centralidad de la participación social y el empoderamiento en salud como estrategias transformadoras para lograr la equidad en salud pública, la gobernanza democrática y la toma de decisiones legítima. La participación social se refiere a la implicación activa de individuos, comunidades y la sociedad civil en la configuración de políticas y sistemas de salud, mientras que el empoderamiento enfatiza la capacidad de estos actores para influir en las decisiones que afectan su salud y bienestar. Estos conceptos son cada vez más reconocidos como componentes esenciales de una gobernanza inclusiva de los sistemas de salud, particularmente ante la presencia de inequidades estructurales y la necesidad de sistemas sanitarios receptivos y orientados por la comunidad.

Hoy se sabe que la participación y el empoderamiento social deben integrarse en todos los niveles de formulación de políticas para dismantelar los desequilibrios de poder y promover la equidad en salud. Más aún, se ha demostrado que el fortalecimiento de capacidades y el empoderamiento ciudadano mejoran la resiliencia, el acceso a la atención y la salud poblacional, así como también a un mejor desempeño de los sistemas de salud. Las intervenciones educativas y de empoderamiento dirigidas a líderes de organizaciones de la sociedad civil han surgido como una estrategia prometedora para fortalecer la garantía de los derechos de los pacientes, mejorar la alfabetización en salud y fomentar una participación equitativa en la toma de decisiones sobre la atención oncológica. Los programas de apoyo y capacitación han demostrado resultados positivos en términos de autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adquisición de conocimiento. Dada la creciente carga del cáncer en Chile y el énfasis global

en la gobernanza participativa en salud, empoderar a líderes de pacientes no solo potencia la agencia individual, sino que también contribuye a la acción colectiva, la legitimidad en las decisiones sobre cobertura sanitaria y la democratización de los sistemas de atención oncológica.

Espero que este manual sea recibido de manera positiva, en toda su originalidad, profundidad y excelencia. Agradezco a CeSGI UDD y a CECAN por todo el apoyo en desarrollarlo. Y agradezco especialmente a lxs líderes de agrupaciones dedicadas a cáncer en Chile por haber creído en nosotrxs y haberse atrevido a co-construir juntos un curso -y su manual- inédito, nutritivo e inspirador.

Báltica Cabieses, PhD  
Profesora titular UDD

08

## Introducción

10

## Módulo 1

<b>Sistema de salud chileno y marcos globales en salud pública</b>	<b>10</b>
<b>Unidad 1. Sistema de salud chileno</b>	<b>11</b>
1. Funciones, objetivos y organización de los sistemas de salud	12
2. ¿Quién ejecuta cada función?	13
3. Tipos y formas de organización de los Sistemas de Salud	14
4. Niveles de organización en la prestación de servicios	16
5. Ejemplos internacionales de organización de sistemas de salud	17
6. Organización del sistema de salud en Chile	18
<b>Unidad 2. Perfil demográfico y epidemiológico</b>	<b>20</b>
1. Perfil demográfico	21
2. Perfil epidemiológico	23
3. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)	31
4. Desafíos en la cobertura y equidad en salud en Chile	34
<b>Unidad 3. Marcos globales en Salud Pública</b>	<b>37</b>
1. Conceptos de Salud Pública y Salud Global	38
2. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y Agenda 2030	38
3. Funciones esenciales de la Salud Pública OPS/OMS	39
4. Estrategia Nacional de Salud (ENS) de Chile	41
5. Utilidad práctica de los marcos globales y locales	42
<b>Cuestionario Final – Módulo 1</b>	<b>44</b>

# 45

## Módulo 2

<b>Evaluación de tecnologías sanitarias</b>	<b>45</b>
<b>Unidad 4. Evaluación clínica</b>	<b>46</b>
1. El valor clínico y el efecto de tratamiento	47
2. Outcomes: mortalidad y estimadores absolutos y relativos	50
<b>Unidad 5. Evaluación económica</b>	<b>54</b>
1. El valor económico en salud	55
2. Razón Incremental de Costo-Efectividad (RICE) y Umbral de Costo-Efectividad	56
3. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALY) y Años de Vida Ajustados por Calidad (QALY)	57
<b>Unidad 6. Priorización</b>	<b>63</b>
1. Marco GRADE Evidence to Decision (EtD) para decisiones de cobertura	64
2. Análisis de decisiones multicriterio (MCDA)	68
<b>Cuestionario final - Módulo 2</b>	<b>73</b>

# 74

## Módulo 3

<b>Humanización en la atención en salud y dimensión socioantropológica de la salud y enfermedad</b>	<b>74</b>
<b>Unidad 7. Humanización en Salud: un imperativo ético y humano</b>	<b>75</b>
1. Introducción a la humanización de la atención en salud	76
2. Corrientes contemporáneas que abordan la humanización en salud	76
3. Humanización en salud como innovación	77
4. Experiencias de las personas como valor en salud	78
<b>Unidad 8. Dimensión socioantropológica de la salud-enfermedad</b>	<b>80</b>
1. Introducción	81
2. La socioantropología de la salud	82

	3. Conceptos clave para comprender los procesos de salud-enfermedad en las sociedades	82
	4. Importancia del abordaje socioantropológico para la salud pública	85
	Cuestionario Final - Módulo 3	87
<b>88</b>	<b>Módulo 4</b>	
	<b>Participación ciudadana en salud</b>	<b>88</b>
	<b>Unidad 9. Participación social y tipos de participación</b>	<b>89</b>
	1. ¿Cómo se toman las decisiones sobre cobertura en salud en Chile?	90
	2. Métodos utilizados para la toma de decisiones en salud	90
	3. Desafíos pendientes para Chile	93
	<b>Cuestionario final – Módulo 4</b>	<b>95</b>
<b>96</b>	<b>Soluciones de los cuestionarios</b>	
<b>97</b>	<b>Referencias</b>	

# Introducción

Este manual de autoaprendizaje del curso «Lidera con Ciencia» es el resultado de la colaboración entre el Centro de Salud Global Intercultural (CeSGI) de la Universidad del Desarrollo y el Centro para la Prevención y Control del Cáncer (CECAN). Su desarrollo contó con el apoyo de la Red Chile Unido por el Cáncer y con la participación de organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el ámbito del cáncer en un proceso de cocreación.

En una primera etapa, estos contenidos dieron forma a un curso diseñado en el marco de un estudio cuasi experimental de intervención educativa denominado “Lidera con Ciencia”, cuyo propósito fue evaluar el impacto de una estrategia formativa en el fortalecimiento de capacidades para la participación social e incidencia en salud. El curso original fue implementado de manera presencial y virtual, combinando sesiones sincrónicas y materiales asincrónicos. Posteriormente, y con el fin de ampliar el acceso, la autonomía de aprendizaje y la posibilidad de reutilización por parte de organizaciones y actores comunitarios, el curso fue adaptado a una modalidad asincrónica de autoaprendizaje, incorporando videos, cápsulas breves y materiales de lectura complementarios. La publicación de este manual constituye la fase final de ese proceso, ofreciendo un recurso permanente y de libre consulta para quienes buscan profundizar en estas temáticas desde un enfoque aplicado.

De esta forma, el propósito de este manual es fortalecer capacidades individuales y colectivas a través de una combinación interdisciplinaria de conocimientos. Las temáticas presentadas se articulan en torno a cuatro dimensiones claves para la participación e incidencia ciudadana en salud:

1. Sistema de salud chileno y marcos globales en salud pública: ofrece una base común sobre la organización del sistema de salud, los desafíos demográficos y epidemiológicos, y los marcos estratégicos internacionales.
2. Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA): introduce conceptos de evaluación de evidencia clínica, evaluación económica y mecanismos de priorización utilizados en la toma de decisiones sanitarias.
3. Humanización de la atención y dimensión socioantropológica de la salud: aborda elementos culturales, simbólicos y relacionales que estructuran el proceso salud-enfermedad, así como su relevancia para la atención en cáncer.

4. Participación social en salud: explora las formas en que la ciudadanía puede incidir en decisiones sanitarias, las herramientas disponibles y los desafíos actuales para su fortalecimiento.

Al final de cada módulo se incluyen referencias que pueden ser consultadas como lectura complementaria y, para fortalecer el proceso de autoaprendizaje, se incorpora un breve cuestionario de selección múltiple. Las respuestas correctas se encuentran reunidas al final del manual, facilitando la autoevaluación autónoma y progresiva.

¿A quiénes está dirigido el manual y cómo utilizarlo? Este recurso está dirigido principalmente a integrantes de organizaciones de la sociedad civil vinculadas al cáncer. Sin embargo, también puede ser útil para profesionales de la salud, estudiantes, académicos y personas interesadas en las temáticas que se abordan en este manual. Si bien

se recomienda avanzar en los módulos siguiendo el orden propuesto, los contenidos pueden consultarse de manera independiente según las necesidades formativas de cada lector o proyecto comunitario.

Con este manual buscamos apoyar la profesionalización y consolidación del valioso trabajo que la sociedad civil realiza en Chile en ámbitos de acompañamiento, agencia, abogacía e incidencia pública. Entendemos que una ciudadanía informada y fortalecida contribuye a sistemas de salud más justos, transparentes y centrados en las personas. Esperamos que esta herramienta facilite los procesos de aprendizaje autónomo y contribuya a las capacidades de las organizaciones y de las personas que trabajan cada día para reducir las inequidades en salud y mejorar la experiencia y la calidad de vida de quienes viven un proceso de cáncer en nuestro país.

# MÓDULO 1.

## Sistema de salud chileno y marcos globales en salud pública

### Objetivos de aprendizaje del Módulo 1

1. Comprender la organización y funcionamiento del sistema de salud chileno, identificando sus funciones esenciales, objetivos principales y su relación con los marcos conceptuales internacionales en salud pública.
2. Comprender el perfil demográfico y epidemiológico de Chile, interpretando la transición epidemiológica, los principales factores de riesgo medidos por la ENS, y las brechas de acceso y cobertura evidenciadas en CASEN para evaluar inequidades y desafíos actuales del sistema.
3. Articular marcos globales y nacionales de acción en salud, integrando ODS/Agenda 2030, las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y la Estrategia Nacional de Salud 2021–2030, para comprender prioridades de intervención y promover un enfoque de equidad en la toma de decisiones.

# 01

## Sistema de salud chileno

La comprensión del sistema de salud chileno es fundamental para analizar sus desafíos actuales y el impacto que tiene en la experiencia de las personas usuarias. En esta unidad revisaremos su organización general, los actores que lo componen y las funciones esenciales que permiten su operación, utilizando como referencia el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Chile posee un sistema mixto, con aseguradores, prestadores y entidades reguladoras que interactúan de manera compleja. Esta configuración genera oportunidades, pero también tensiones en materia de equidad, acceso y coordinación. Esta unidad entrega el contexto necesario para interpretar estas dinámicas y para avanzar hacia un análisis más profundo del sistema de salud en su conjunto.

### 1. Funciones, objetivos y organización de los sistemas de salud

El marco conceptual desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su reporte del año 2000, define un sistema de salud como el “conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud” (1), y establece cuatro funciones esenciales de los sistemas de salud (2):

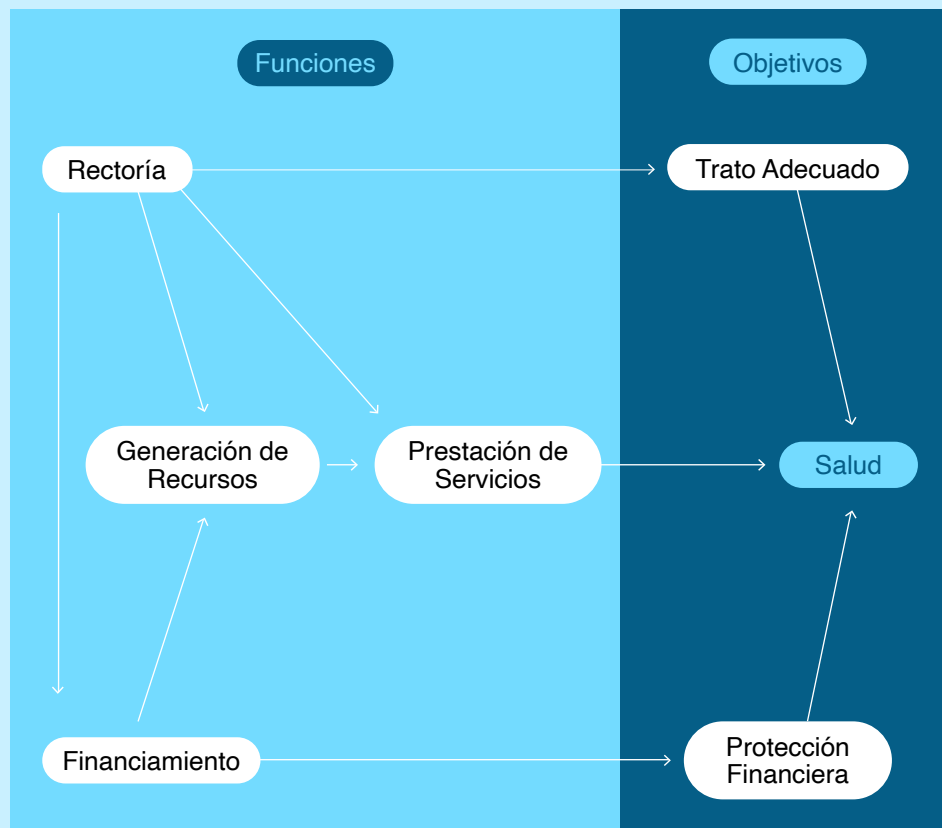
1. Rectoría: Dirigir, ordenar, conducir, regular las acciones del sistema y vigilar su cumplimiento.
2. Financiamiento: Relacionada con la recaudación, la mancomunación de recursos y los procesos de compra (cómo se gastan los recursos).
3. Prestación de Servicios: La atención directa de las personas, incluyendo acciones curativas, preventivas, de rehabilitación y de control.

4. Generación de Recursos: Se refiere a la infraestructura y a la creación constante y continua de capital humano.

A su vez, los sistemas de salud tienen tres objetivos principales (2):

1. Producir Salud: Es el objetivo más importante y su fin último, enfocado en gastar los recursos para lograr salud, un concepto distinto al bienestar, que es más amplio (incluye protección social, educación, bienestar económico, etc).
2. Protección Financiera: Garantizar que las personas y familias no incurran en catástrofe financiera o caigan en pobreza debido a los costos de las atenciones de salud.
3. Trato Adecuado (Responsiveness): Asegurar que las personas, al recibir cuidados, sean tratadas de manera adecuada y digna.

Figura N°1. Esquema de las funciones y objetivos de un sistema de salud.



Fuente: Elaboración propia, adaptada de The World health report 2000: Health systems: Improving performance.

## 2. ¿Quién ejecuta cada función?

Para cada una de las funciones esenciales de los sistemas de salud, existe una entidad encargada de su ejecución (3). En el caso de Chile, la siguiente tabla presenta los principales responsables de cada una:

**Rectoría:** La ejecuta el Ministerio de Salud y las Secretarías de Salud. Las Superintendencias de Salud se encargan de vigilar a prestadores y aseguradores como FONASA e ISAPRES; el Instituto de Salud Pública (ISP) ejecuta una labor regulatoria en fármacos, fiscalización y monitorización, y las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIS) se encargan de las delegaciones de rectoría a nivel regional.

**Financiamiento (Aseguradores):** En Chile, los aseguradores son FONASA (sector público), ISAPRES (sector privado), subsistemas de las Fuerzas Armadas, y el mercado de seguros complementarios privados (no regulados en Chile).

**Prestación de Servicios:** Es bastante diversificada, e incluye centros de atención primaria (CESFAM, CECOSF), centros de diagnóstico y tratamiento (CDT) y centros de referencia de salud (CRS) (donde se accede a especialistas), hospitales/clínicas, centros de salud ambulatorios privados y consultas privadas.

**Generación de Recursos:** A cargo del Ministerio de Salud, las Fuerzas Armadas y el sector privado (con cierta libertad para programar infraestructura y capital humano).

**Tabla N°1. Ejecutores de cada función del Sistema de Salud en Chile**

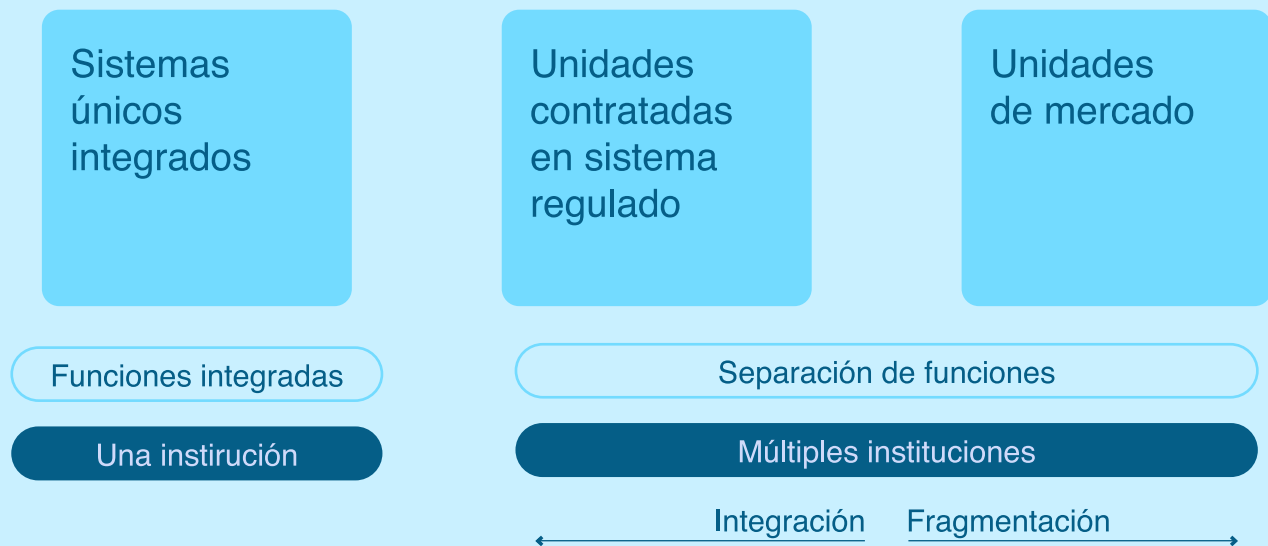
<b>Función del sistema de salud</b>	<b>Ejecutores</b>
Rectoría	Ministerio de Salud (MINSAL)
	Superintendencia de Salud
	Instituto de Salud Pública (ISP)
	SEREMIS de Salud
Financiamiento	FONASA
	ISAPRES
	Fuerzas Armadas (FFAA)
	Seguros complementarios
Prestación de servicios	Centros de Atención Primaria: CESFAM, CECOSF, Postas rurales
	Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT)
	Centros de Referencia de Salud (CRS)
	Hospitales
	Clínicas
	Centros ambulatorios privados
	Consultas privadas
Generación de recursos	Ministerio de Salud (MINSAL)
	Fuerzas Armadas (FFAA)
	Sector privado

Fuente: Elaboración propia.

### 3. Tipos y formas de organización de los Sistemas de Salud

Los sistemas de salud pueden organizarse de diversas maneras según cómo se distribuyan las funciones de financiamiento, provisión y regulación, lo que da origen a distintos modelos con implicancias específicas para la equidad, la eficiencia y la calidad de la atención. Entre estas formas de organización destacan tres configuraciones centrales: las unidades de mercado, caracterizadas por múltiples pagadores y prestadores que operan bajo lógicas comerciales; las unidades contratadas en un sistema regulado, donde la existencia de contratos y normas integra el cuidado y redefine el rol de los pagadores; y los sistemas únicos integrados, en los que una sola entidad concentra la provisión y el financiamiento.

Figura N°2. Tipos de Organización de los Sistemas de Salud.

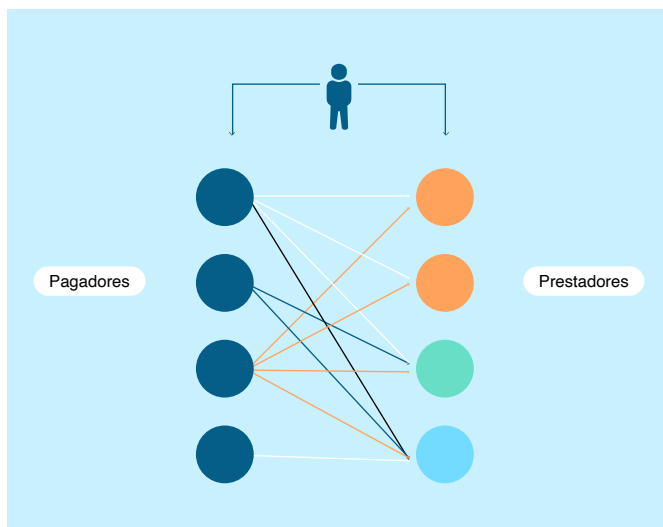


Fuente: Elaboración propia.

Comprender las dinámicas, ventajas y limitaciones de cada modelo es fundamental para analizar cómo se estructura un sistema de salud y cómo estas estructuras influyen en la experiencia de los usuarios y en el desempeño global del sistema:

1. Unidades de Mercado: Operan con múltiples pagadores y múltiples prestadores que operan con escasa regulación. Cada prestador ofrece servicios según su propio interés —públicos o privados, generales o altamente especializados— lo que genera una gran fragmentación del cuidado y dificulta la integralidad de la atención. Las relaciones entre pagadores y prestadores se rigen por lógicas comerciales: algunas veces hay contratos formales, pero muchas veces las personas pagan directamente y luego solicitan reembolso. Aunque este modelo se basa en la libre elección de prestadores y aseguradores, dicha libertad depende fuertemente de la capacidad de pago, reproduciendo inequidades y limitando la coordinación del sistema.

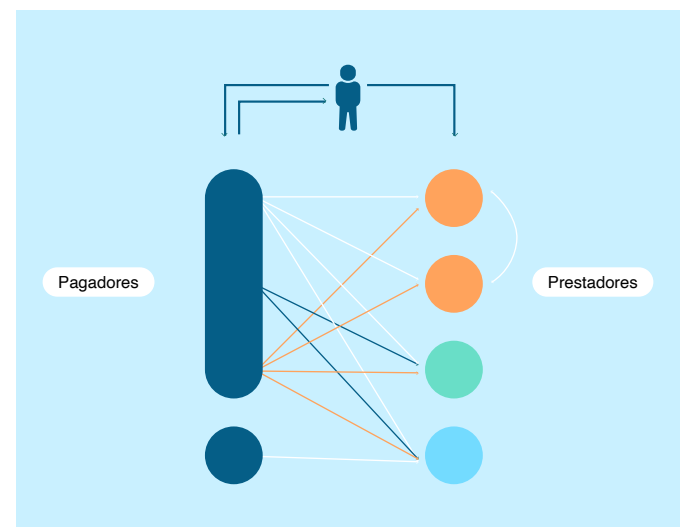
**Figura N°3. Esquema de organización en Unidades de Mercado.**



Fuente: Elaboración propia.

2. Unidades Contratadas en un Sistema Regulado: Estos sistemas mantienen la existencia de múltiples pagadores y prestadores, pero la regulación estatal cumple un rol central para integrar, ordenar y coordinar la atención. La separación entre financiamiento y provisión se considera ventajosa siempre que exista regulación suficiente para asegurar continuidad, integralidad y acceso equitativo. En este modelo, los pagadores dejan de ser simples financiadores para transformarse en administradores de riesgo, responsables de garantizar condiciones mínimas de calidad y oportunidad para sus afiliados. Esta conWción suele llevar a una mayor concentración de pagadores y a relaciones más reguladas con los prestadores, permitiendo un equilibrio entre flexibilidad, innovación y control estratégico. Por ello, constituye el espacio intermedio al que tienden muchos sistemas contemporáneos.

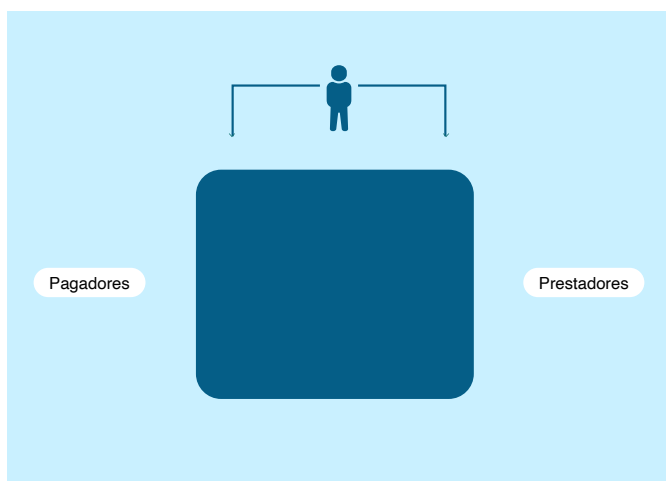
**Figura N°4. Esquema de organización en unidades contratadas en un Sistema Regulado**



Fuente: Elaboración propia.

3. **Sistemas Únicos Integrados:** Concentran en una sola organización todas las funciones de rectoría, financiamiento, provisión y gestión de recursos. Si bien simplifican la estructura administrativa, la falta de competencia limita la capacidad de elección, genera presiones de gasto — pues el mismo sistema paga y provee las prestaciones— y reduce los incentivos de los profesionales para mejorar productividad o calidad. Al no existir separación de funciones ni mecanismos de control externos, pueden surgir problemas de gobernanza, eficiencia y desempeño. Estas limitaciones han llevado a reconocer que la separación entre financiamiento y provisión suele ofrecer mejores resultados que la integración completa.

**Figura N°5. Esquema de organización del Sistema Único Integrado.**



Fuente: Elaboración propia.

En el sistema de salud chileno coexisten múltiples pagadores y prestadores que operan con distintos grados de regulación. En las unidades de mercado, la libre elección está fuertemente condicionada por la capacidad de pago, lo que genera fragmentación y desigualdades en el acceso. En contraste, las unidades contratadas dentro de un sistema regulado buscan integrar la atención y ordenar las relaciones entre pagadores y prestadores, transformando a estos últimos en administradores de riesgo y concentrando funciones para asegurar mayor coherencia y protección financiera. Finalmente, estos modelos conviven y configuran un sistema complejo cuya organización influye directamente en cómo se estructuran y articulan los distintos niveles de atención (ver tabla n°2).

#### 4. Niveles de organización en la prestación de servicios

Los sistemas de salud se organizan en distintos niveles de atención con el fin de ordenar la complejidad de las prestaciones y garantizar una respuesta eficiente y continua a las necesidades de la población. Esta estructura permite distribuir los servicios según su nivel de resolución: desde intervenciones de baja complejidad y alta cobertura en la atención primaria, pasando por atenciones de especialidad en el nivel secundario, hasta procedimientos altamente complejos que se concentran en el nivel terciario. La diferenciación entre estos niveles facilita el uso adecuado de los recursos, fortalece la coordinación del cuidado y contribuye a una atención integral y oportuna. La siguiente tabla presenta gráficamente estos niveles de complejidad y describe sus principales funciones dentro del sistema de salud:

**Tabla N°2. Niveles de atención en la prestación de servicios.**

Nivel de atención	Ejecutores
Nivel Primario	Atención primaria de salud: Puerta de entrada al sistema, medicina familiar, centrado en el paciente, enfoque preventivo en la comunidad, atención de morbilidad, fomento del autocuidado.
Nivel Secundario	Atención de especialidad: Manejo de pacientes con enfermedades que requieren atención de especialidad con acceso a infraestructura y procedimientos diagnósticos y terapéuticos de resorte del especialista.
Nivel Terciario	Atención en el hospital: Manejo de pacientes que requiere atención dentro del hospital.

Fuente: Elaboración propia.

## 5. Ejemplos internacionales de organización de sistemas de salud

Algunos ejemplos internacionales de países como Reino Unido, Costa Rica y Colombia, permiten observar cómo distintos modelos de organización sanitaria ejecutan las funciones esenciales del sistema de salud. Cada país ofrece

una configuración institucional particular en aspectos como la rectoría, el financiamiento, la prestación de servicios y la generación de recursos, lo que facilita comparar enfoques centralizados, integrados o basados en aseguramiento. Estas experiencias sirven como puntos de referencia para comprender las diversas formas de coordinar y optimizar los sistemas nacionales de salud (ver tabla N°3).

**Tabla N°3. Ejecutores de las funciones esenciales en 3 países: Reino Unido, Costa Rica y Colombia**

Nivel de atención	Reino Unido	Costa Rica	Colombia
Rectoría	Departamento de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud y Protección Social
Financiamiento	Depto. de Salud asigna al NHS; NHS reparte a NHS England/Escocia/Gales	Caja Costarricense de Seguridad Social	ADRES; EPS
Prestación	Sistema Nacional de Salud; atención primaria contratada; entidades privadas menores	Caja Costarricense de SS; hospitales del Ministerio; privados	Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)
Generación de recursos	Departamento de Salud; NHS	Ministerio de Salud; Caja Costarricense de SS	Ministerio de Salud

Fuente: Elaboración propia.

**Reino Unido:** El Sistema Nacional de Salud (NHS) funciona como un sistema altamente integrado. El Departamento de Salud concentra la rectoría y la generación de recursos, mientras que el propio NHS distribuye el financiamiento entre sus divisiones territoriales. La prestación es mayormente pública e incluye todos los niveles de atención, aunque se complementa con contratación de proveedores y médicos privados en el nivel primario.

**Costa Rica:** La rectoría corresponde al Ministerio de Salud, pero la CCSS concentra el financiamiento y la mayor parte de la prestación, siendo la institución dominante del sistema. Algunos hospitales del Ministerio, ubicados sobre

todo en zonas rurales, atienden poblaciones vulnerables y no cubiertas por el régimen contributivo, ampliando la protección y la cobertura.

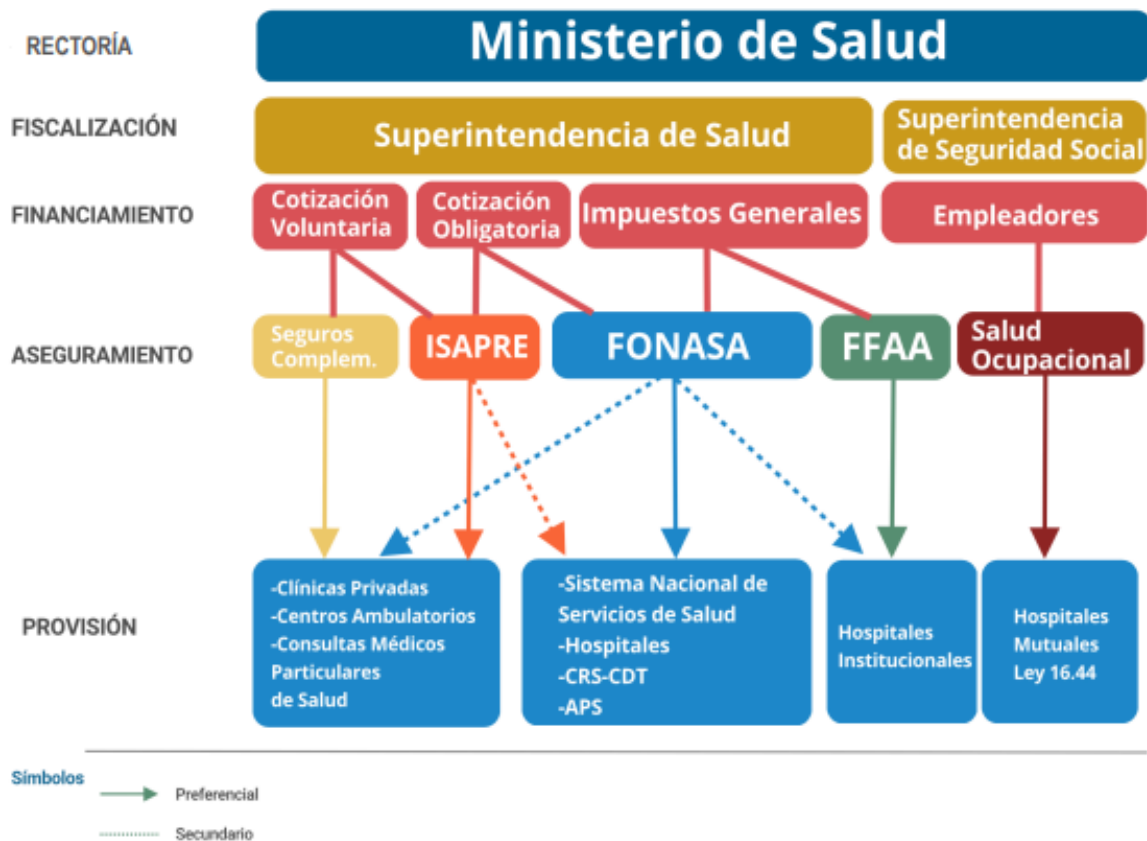
**Colombia:** El Ministerio de Salud y Protección Social ejerce la rectoría en un sistema basado en aseguramiento. El financiamiento se gestiona a través de un fondo único administrado por ADRES, mientras las EPS afilian a la población sin poder seleccionar riesgos. La prestación recae en IPS públicas y privadas, y la generación de recursos es regulada por el Ministerio, que define formación y disponibilidad del personal y la infraestructura.

## 6. Organización del sistema de salud en Chile

El sistema de salud chileno combina elementos propios de los distintos modelos organizacionales estudiados (unidades de mercado, sistemas regulados con funciones separadas y componentes integrados) dando lugar a una estructura mixta que articula múltiples actores con funciones diferenciadas. El Ministerio de Salud ejerce la rectoría y define las políticas sanitarias, mientras que la Superintendencia de Salud y la Superintendencia de Seguridad Social cumplen roles fiscalizadores y reguladores.

En el ámbito del financiamiento y aseguramiento coexisten pagadores públicos y privados, como FONASA, ISAPRE y otros seguros institucionales, que a su vez se vinculan con una red diversa de prestadores que incluye servicios públicos, clínicas privadas y hospitales institucionales. Este esquema refleja la complejidad del sistema chileno, donde distintos mecanismos de financiamiento, regulación y provisión interactúan para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, al tiempo que evidencian desafíos en integración, equidad y acceso, temas centrales para comprender su funcionamiento.

Figura N°6. Organización del Sistema de Salud chileno.



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2023). Resultados Salud – Encuesta CASEN 2022

## Resumen de contenidos

---

- Los sistemas de salud cumplen cuatro funciones esenciales que determinan su organización y desempeño: rectoría, financiamiento, provisión y generación de recursos.
- Los objetivos centrales de cualquier sistema son: producir salud, garantizar protección financiera y asegurar un trato digno a las personas usuarias.
- Chile opera bajo un sistema mixto con múltiples aseguradores y prestadores, lo que genera fragmentación y desigualdades en acceso y oportunidad.
- La separación entre financiamiento y provisión, junto con el rol regulador del Estado, define gran parte de las dinámicas y tensiones del sistema.
- Comparar modelos internacionales permite identificar fortalezas y debilidades del caso chileno, especialmente en integración del cuidado y equidad.

# 02

## Perfil demográfico y epidemiológico

En esta unidad revisaremos el perfil demográfico y epidemiológico de la población en Chile, con el propósito de comprender los principales desafíos que enfrenta el país en materia de cobertura universal y equidad en salud.

Se abordará la estructura demográfica (incluyendo edad, sexo y distribución territorial) y su impacto en las necesidades sanitarias, junto con los patrones epidemiológicos que describen los problemas de salud más frecuentes y sus determinantes. Analizaremos datos relevantes sobre el envejecimiento poblacional, la carga de enfermedad y la distribución de factores de riesgo, apoyándonos en instrumentos clave como la última versión de la Encuesta Nacional de Salud.

A partir de estos elementos, examinaremos cómo los cambios demográficos, el aumento de enfermedades crónicas y las desigualdades sociales tensionan al sistema de salud, y qué implicancias tienen para avanzar hacia un modelo más equitativo y sostenible.

## 1. Perfil demográfico

El perfil demográfico corresponde a la descripción detallada de las características estructurales de una población, como el tamaño total, la distribución por edad y sexo, la tasa de crecimiento, la fecundidad, la mortalidad, la esperanza de vida, y los patrones de migración. Este perfil permite comprender la dinámica poblacional y proyectar necesidades en áreas como salud, educación, empleo y servicios sociales.

En Chile, el perfil demográfico se elabora principalmente a partir de los censos de población, que entregan una imagen completa del país en un momento determinado, y de las estadísticas vitales, como nacimientos y defunciones. Estos datos permiten proyectar el crecimiento poblacional, estimar tasas de fecundidad, mortalidad y migración, y analizar la estructura por edad, sexo y diversos indicadores socioeconómicos. A partir de esta información es posible identificar tendencias clave, como el acelerado envejecimiento de la población, el aumento de los flujos migratorios y la persistente baja natalidad.

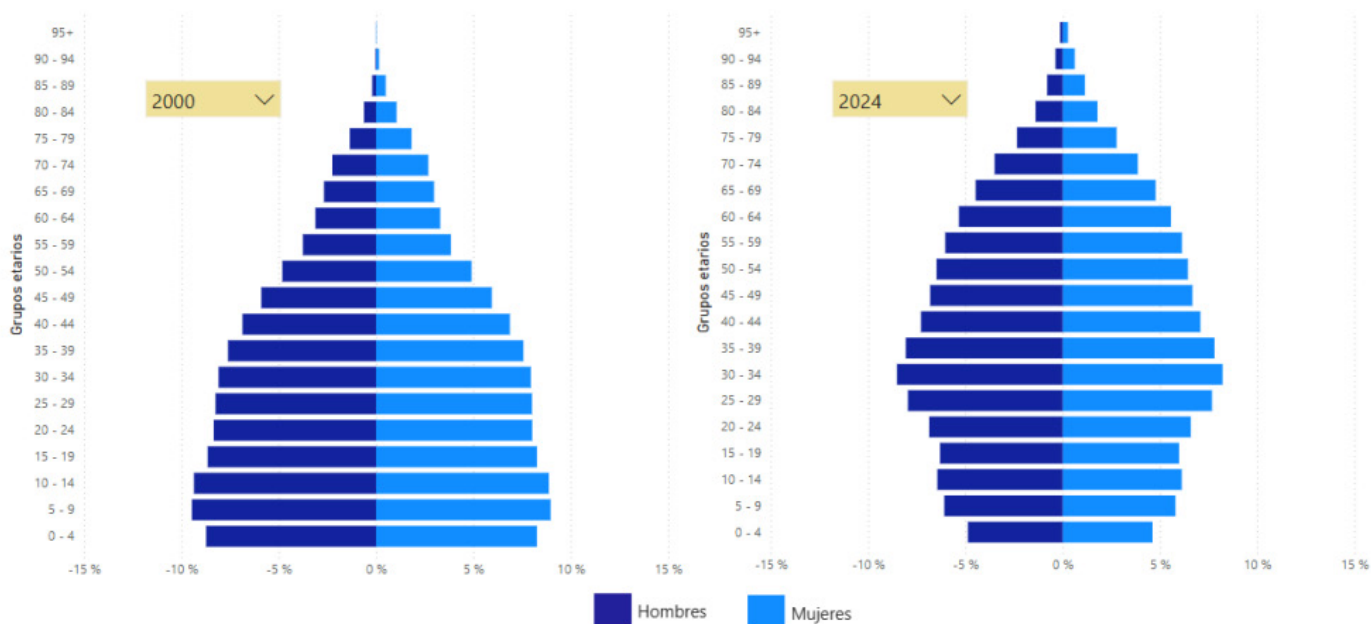
### 1.1 ¿Qué sabemos del perfil demográfico de nuestro país?

Según los datos obtenidos en el Censo 2024 (4), publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Chile tiene una población total de 18.480.432 de habitantes, de los cuales 8.967.003 son hombres (48,5%) y 9.513.399 son mujeres (51,5%).

Respecto a la estructura etaria, la comparación entre las pirámides poblacionales de 2000 y 2024 evidencia cambios significativos en el país (ver figura N°7). Mientras en el año 2000 la población se concentraba en los grupos más jóvenes de personas, entre los 5 y 14 años, para el 2024 la mayor concentración se ubica en la población adulta de 30 a 34 años. Esto refleja una disminución sostenida de la población menor de 15 años y un aumento de las personas mayores de 65 años, evidenciando un claro proceso de envejecimiento demográfico (ver figura N°8).

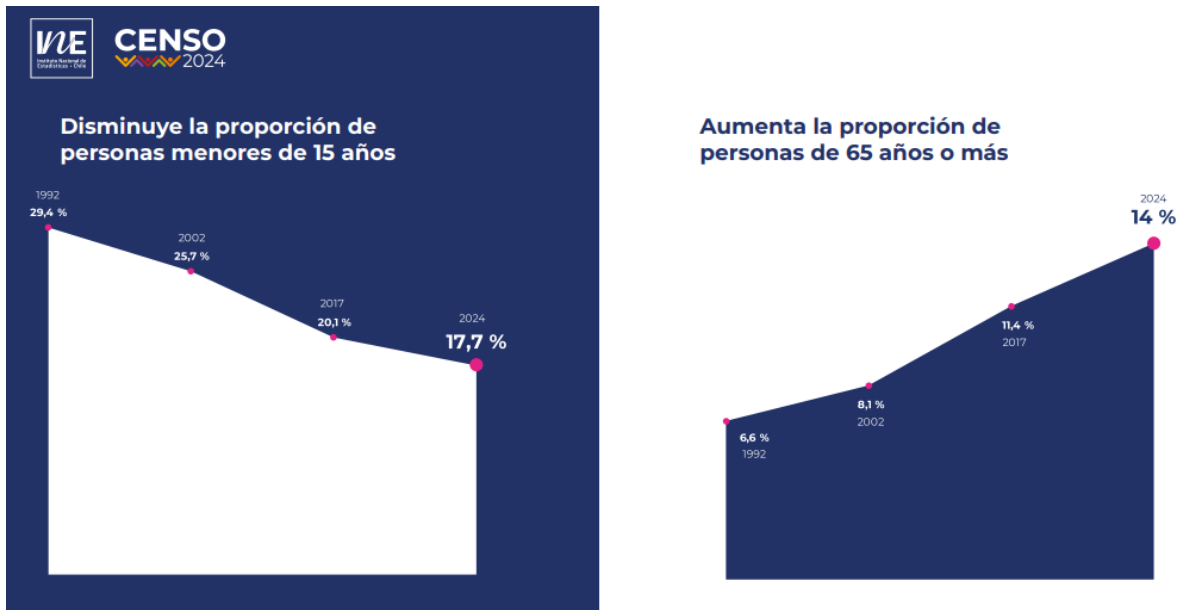
Asimismo, persiste una mayor proporción de mujeres que de hombres en la mayoría de los grupos etarios, lo que también requiere consideraciones específicas de política pública. Finalmente, estos datos, junto con la estimación censal de más de 18 millones de habitantes en el país, permiten comprender con mayor precisión cómo evoluciona y se distribuye la población en el territorio nacional.

Figura N°7. Pirámide poblacional de Chile, años 2000 y 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Resultados Nacionales - Censo 2024.

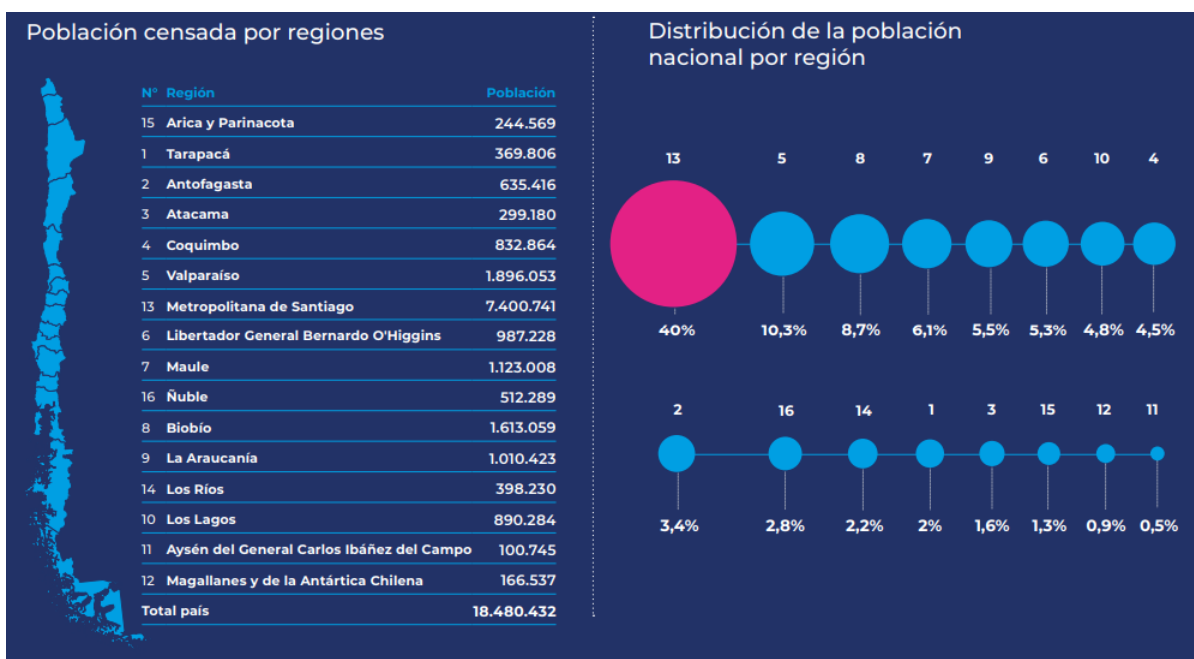
**Figura N°8. Variación de la distribución de la población según edad.**



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Resultados Nacionales - Censo 2024.

En relación con la distribución de la población en el territorio nacional (ver Figura N°9), cerca del 40% de las personas reside en la zona central del país, concentrándose principalmente en la Región Metropolitana, que alcanza 7.400.741 habitantes, una cifra muy superior a la del resto de las regiones, las cuales presentan porcentajes considerablemente menores y una distribución más dispersa. Esta situación refleja la marcada centralización regional del país, donde la mayor proporción de la población se concentra en la Región Metropolitana, seguida por la Región de Valparaíso y la Región del Biobío.

**Figura N°9. Población censada por regiones y distribución de la población nacional por región**



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Resultados Nacionales - Censo 2024.

## 2. Perfil epidemiológico

El perfil epidemiológico es una descripción integral de los principales problemas de salud que afectan a una población determinada, así como de los determinantes sociales, demográficos, económicos y ambientales que influyen en estos problemas.

Conocer el perfil epidemiológico tiene un impacto directo en la gestión sanitaria, ya que permite a los gobiernos y actores de salud identificar prioridades sanitarias y planificar intervenciones preventivas y de control. Además, es útil para evaluar el impacto de las políticas de salud, monitorear los cambios a lo largo del tiempo y realizar comparaciones internacionales.

Para adentrarse en el perfil epidemiológico, es necesario entender algunos conceptos fundamentales:

- **Salud Poblacional:** Se refiere al estado de salud colectivo de una población, determinado por múltiples factores (sociales, económicos, ambientales). Esta disciplina se preocupa no solo por las enfermedades, sino también por los determinantes sociales de la salud, la calidad de vida, el acceso a los servicios y la equidad.
- **Epidemiología:** La OMS la define como el estudio de la distribución y los determinantes de eventos o estados relacionados con la salud, principalmente enfermedades, y la aplicación de esos estudios para su control.

- **Equidad:** Es la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas, debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas. La equidad es de suma importancia en Chile porque se reconoce que existe una alta inequidad (es decir, una alta presencia de diferencias injustas) en la población.
- **Prevalencia:** Es el número total de personas en un grupo específico que tienen o tuvieron una enfermedad, afección o factor de riesgo (como tabaquismo u obesidad) durante un período determinado. Es el total de personas con la condición, ya sean casos nuevos o antiguos.
- **Incidencia:** Refleja únicamente los casos nuevos de una enfermedad que se diagnostican en un año.

En el ejemplo a continuación (Tabla N°4) se observan tres tipos de cánceres: mientras que en incidencia el cáncer de próstata ocupa el primer lugar y el de mama el tercero, en la prevalencia a 5 años este último asciende al segundo puesto. Según datos de la International Agency for Research on Cancer, esta diferencia radica en que la incidencia mide la aparición de nuevos casos, mientras que la prevalencia refleja la supervivencia y la carga acumulada en el sistema de salud. Así, la mayor proporción de pacientes vivas con cáncer de mama tras cinco años de diagnóstico desplaza al cáncer colorrectal en términos de volumen poblacional afectado.

**Tabla N°4. Incidencia y prevalencia de cáncer prostático, colorectal y de mama.**

Cáncer	N° casos nuevos	Ranking	%	Prevalencia 5 años (N°)	Prevalencia 5 años (por 100.000)
Próstata	9.678	1	16,2	36.539	384,8
Colorrectal	6.778	2	11,3	20.588	107,0
Mama	5.640	3	9,4	22.677	232,5

Fuente: Elaboración propia adaptada de Chile Fact Sheet: Globocan 2022, por International Agency for Research on Cancer (WHO).



## 2.1. La Encuesta Nacional de Salud (ENS)

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) es una herramienta que utiliza el Ministerio de Salud para saber qué enfermedades y qué tratamientos están recibiendo hombres y mujeres de 15 años y más que viven en Chile (5). Consiste en un levantamiento periódico de datos que mide variables claves de salud en la población chilena, incluyendo la medición de aproximadamente 60 problemas de salud o enfermedades priorizadas, junto con los principales factores de riesgo, protectores y determinantes en la salud de las personas, para realizar un seguimiento periódico del perfil epidemiológico.

Esta encuesta no solo mide enfermedades, sino que también caracteriza a la población encuestada según sexo, edad, región, recopilando información que permite comprender la distribución de los problemas de salud y sus determinantes sociales, como la variable años de estudio cursados o aprobados, que incide frecuentemente en las condiciones de salud. La versión más reciente de esta encuesta corresponde al periodo 2016-2017.

### Características de la muestra ENS 2016-17:

Figura N°10. Características de la muestra de la ENS 2016-17 según sexo.

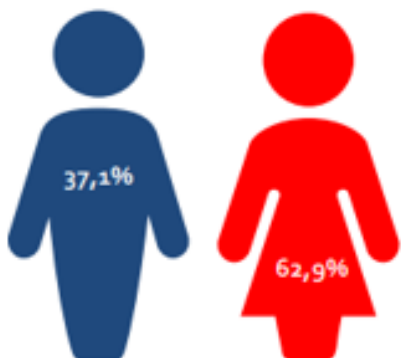
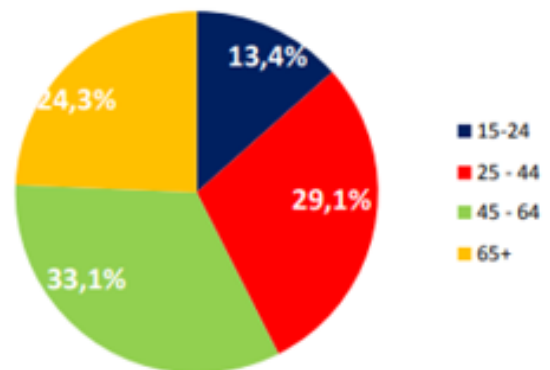
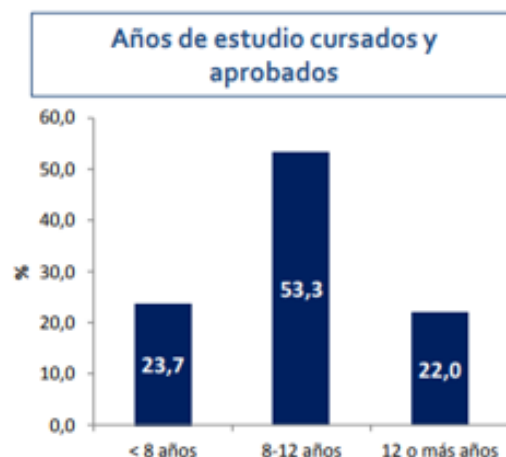


Figura N°11. Características de la muestra de la ENS 2016-17 según edad.



Figuras originales obtenidas de la presentación de resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-17.

Figura N°12. Características de la muestra de la ENS 2016-17 según años de estudio.



Fuente: Ministerio de Salud / Red Salud SSMO. Resultados ENS 2016-17.

## 2.2. Factores de riesgo

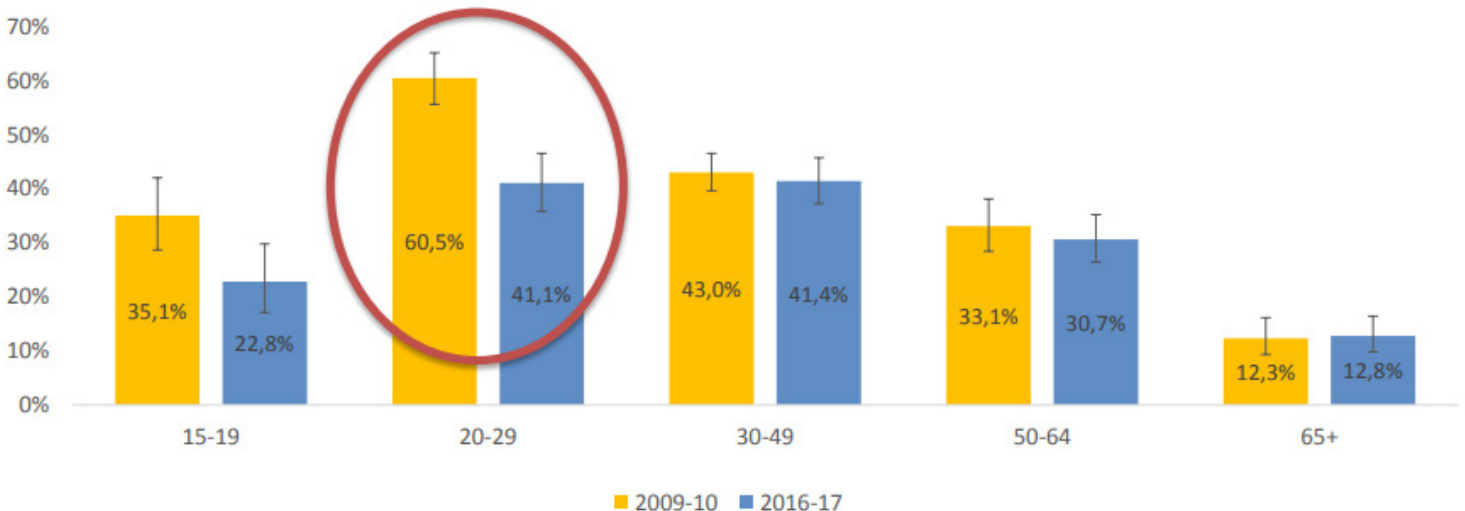
Un factor de riesgo en salud es cualquier característica o comportamiento que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o sufra una lesión. Estos factores pueden modificables, es decir, susceptibles de cambio, o no modificables, como la edad o los antecedentes familiares.

En el ámbito de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), la Encuesta Nacional de Salud (ENS) destaca un conjunto de factores de riesgo modificables que resultan especialmente relevantes por su alta prevalencia y su impacto acumulativo. Entre ellos se encuentran la mala alimentación, el sobrepeso y la obesidad, la inactividad física o el sedentarismo, las alteraciones en los lípidos sanguíneos, el consumo nocivo de alcohol y el tabaquismo, incluida la exposición al humo de tabaco. Estos factores constituyen un foco prioritario para las políticas de prevención y promoción de la salud en Chile.

### 2.2.1. Consumo de tabaco

La ENS 2016-17, reportó una prevalencia del 33,3% para el consumo de tabaco, y de 66,7% para los no fumadores. Se observó un cambio significativo entre las mediciones de 2009-10 y 2016-17, con una importante disminución del consumo de tabaco en el grupo de personas de 20 a 29 años.

**Figura N°13. Consumo de cigarrillo actual (% que respondió Sí) según grupos de edad. ENS 2009-10 y 2016-17**

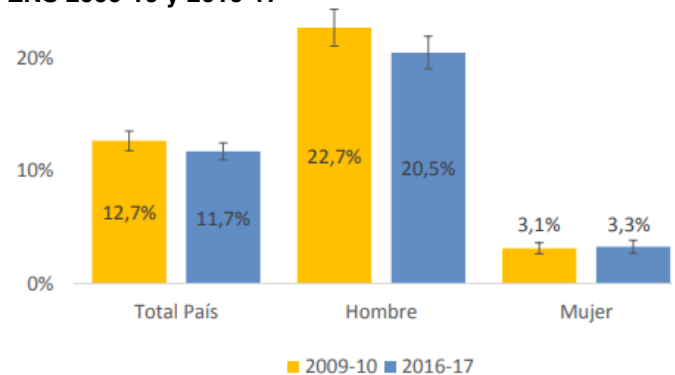


Fuente: Ministerio de Salud / Red Salud SSMO. Resultados ENS 2016-17.

### 2.2.2. Consumo de alcohol

Otro factor de riesgo identificado es el consumo de alcohol, cuya prevalencia en la población es del 11,7%, y no se registraron diferencias significativas entre una medición y otra. Aunque la población de hombres es la que presenta un consumo considerablemente mayor que las mujeres, con un 20,5% de prevalencia respecto al 3,3%, según las cifras de la última medición.

**Figura N°14. Consumo riesgoso de alcohol últimos 12 meses total país y según sexo. (Instrumento AUDIT C) ENS 2009-10 y 2016-17**

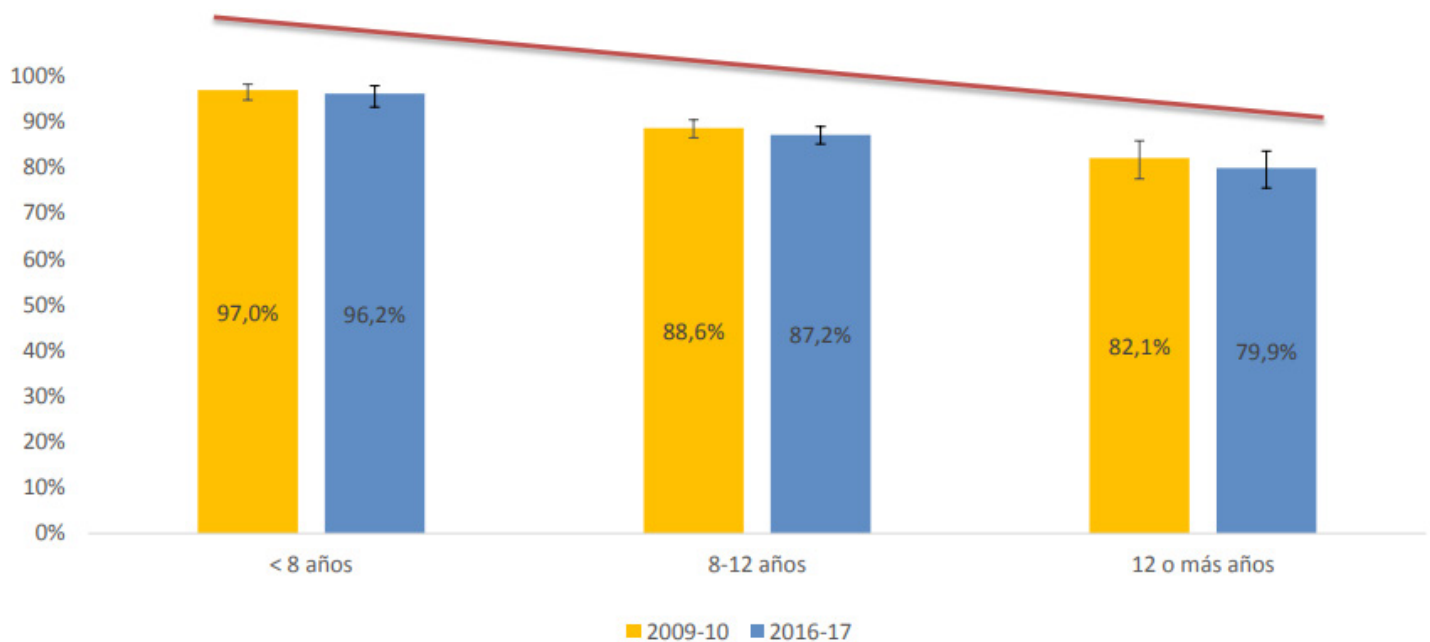


Fuente: Ministerio de Salud / Red Salud SSMO. Resultados ENS 2016-17.

### 2.2.3 Sedentarismo

Un gran porcentaje de la población de Chile es sedentaria (86,7%), es decir, realiza actividad física menos de tres veces a la semana, lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud. A pesar de la alta cifra, se reconoció una disminución significativa del sedentarismo en el grupo de 30 a 49 años. Se evidencia, a su vez, una disminución de la prevalencia del sedentarismo a medida que aumentan los años de estudio de las personas.

**Figura N°15. Sedentarismo en el último mes (<3 veces a la semana), según años de estudio cursados ENS 2009-10 y 2016-17**



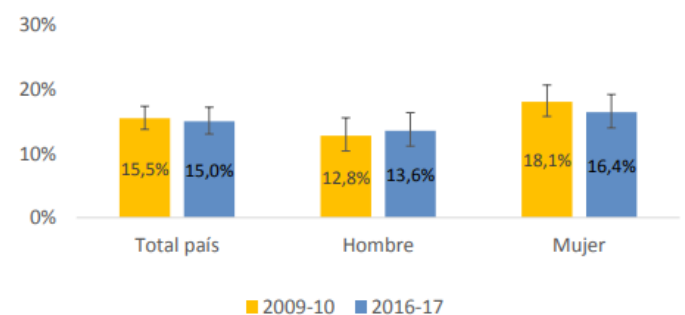
Fuente: Ministerio de Salud / Red Salud SSMO. Resultados ENS 2016-17.

### 2.2.4 Alimentación saludable y estado nutricional

Los resultados de la ENS muestran que el consumo recomendado de al menos cinco porciones diarias de frutas y verduras continúa siendo muy bajo en Chile. A nivel nacional, solo alrededor del 15% de la población cumple con esta recomendación, sin cambios significativos entre las mediciones de 2009–10 y 2016–17.

Al analizar por sexo, las mujeres presentan una mayor adherencia que los hombres, aunque también con una leve disminución en el tiempo.

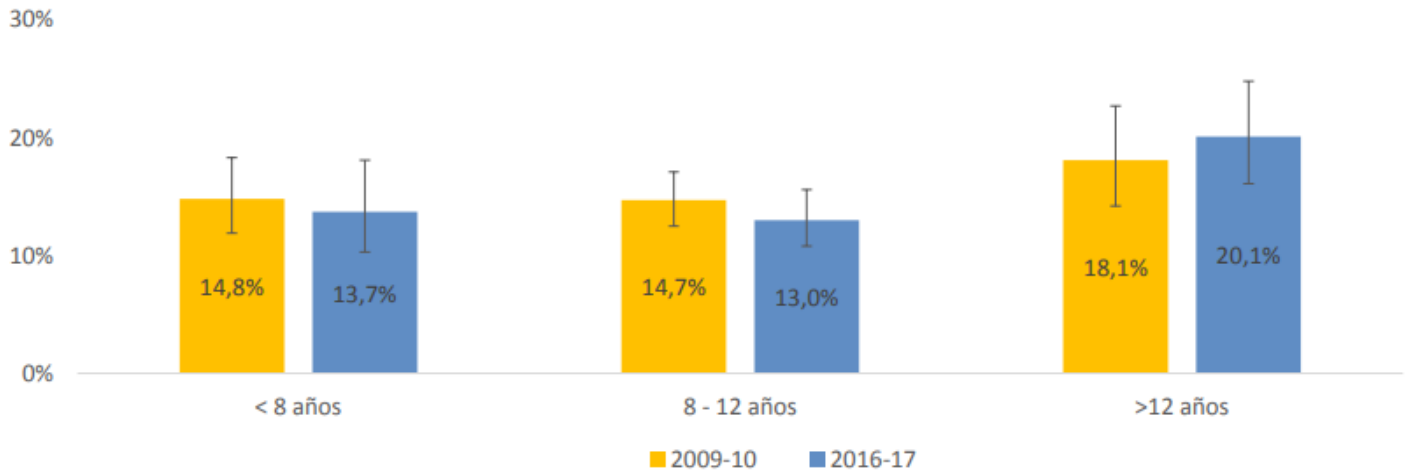
**Figura N°16. Prevalencia de consumo de al menos 5 porciones de frutas y verduras al día, total país y sexo.**



Fuente: MINSAL/Red Salud SSMO. Resultados ENS 2016-17.

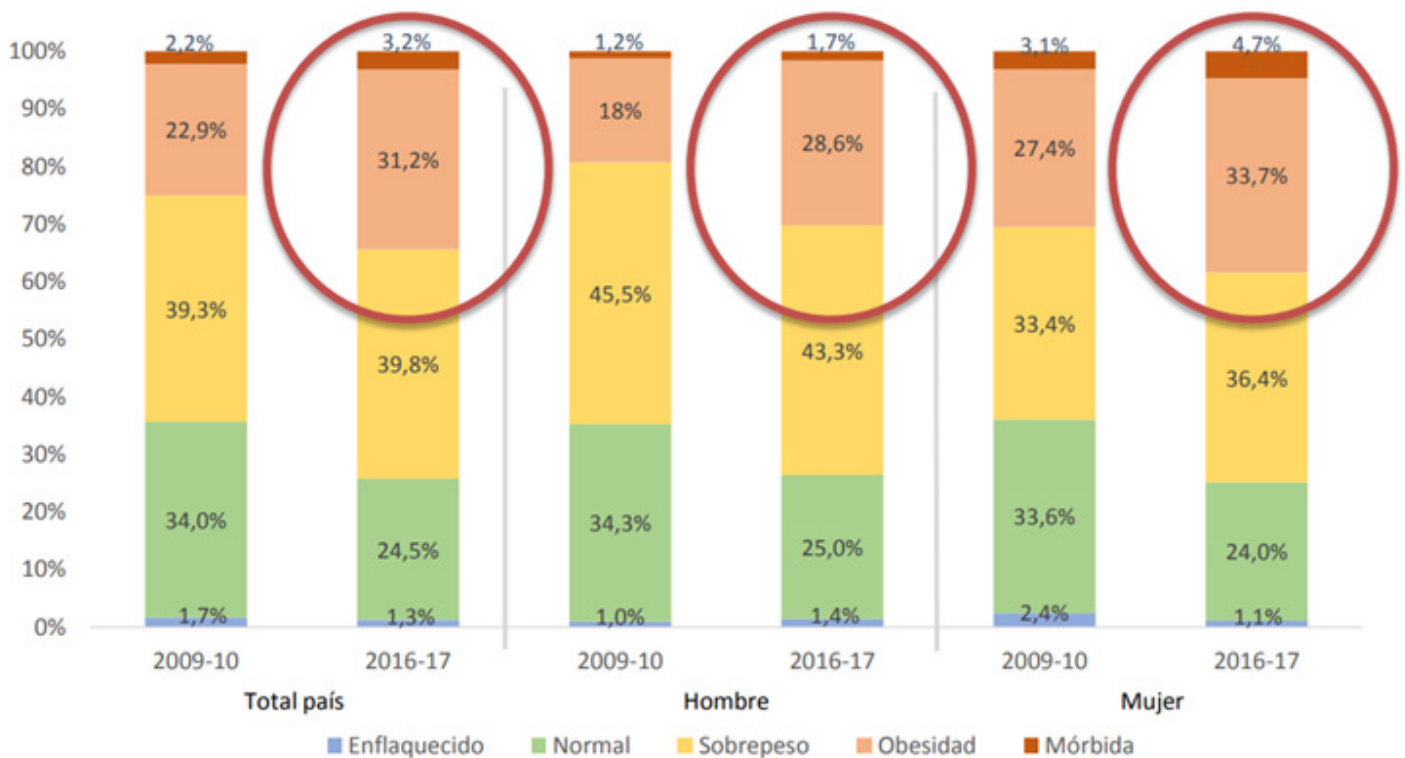
Cuando se observa la prevalencia según años de estudio, se aprecia que los niveles de consumo saludable son bajos en todos los grupos educacionales; sin embargo, quienes tienen más de 12 años de escolaridad muestran cifras ligeramente superiores, superando el 20% en la última medición. En conjunto, estos datos reflejan que el consumo de frutas y verduras es insuficiente en la población chilena y que persisten desigualdades asociadas al nivel educativo, lo que refuerza la necesidad de fortalecer estrategias de promoción de una alimentación saludable.

**Figura N°17. Prevalencia de consumo de al menos 5 porciones de frutas o verduras al día según años de estudio cursados. ENS 2009-10 y 2016-17**



Fuente: Ministerio de Salud / Red Salud SSMO. Resultados ENS 2016-17.

**Figura N°18. Distribución del estado nutricional total país y sexo. ENS 2009-10 y 2016-17.**



Fuente: Ministerio de Salud / Red Salud SSMO. Resultados ENS 2016-17.

En relación con el estado nutricional de la población, el escenario es preocupante, con un aumento sostenido del exceso de peso entre las dos últimas mediciones de la ENS. A nivel nacional, las categorías de sobrepeso y obesidad concentran la mayor parte de la distribución, llegando a un 39,8% de sobrepeso y un 31,2% de obesidad, lo que significa que más de dos tercios de la población presenta algún grado de exceso de peso. La situación se repite al observar hombres y mujeres por separado, aunque estas últimas presentan proporciones más altas de obesidad, y obesidad mórbida, alcanzando un 4,7%. En contraste, la proporción de personas con estado nutricional normal disminuye en todos los grupos en comparación con la medición anterior (24,5% - 34,0%). En conjunto, estos datos reflejan una tendencia al alza del exceso de peso en Chile, evidenciando un desafío relevante para la salud pública por su estrecha relación con enfermedades crónicas no transmisibles (Figura N°19).

### 2.3. Identificación de enfermedades

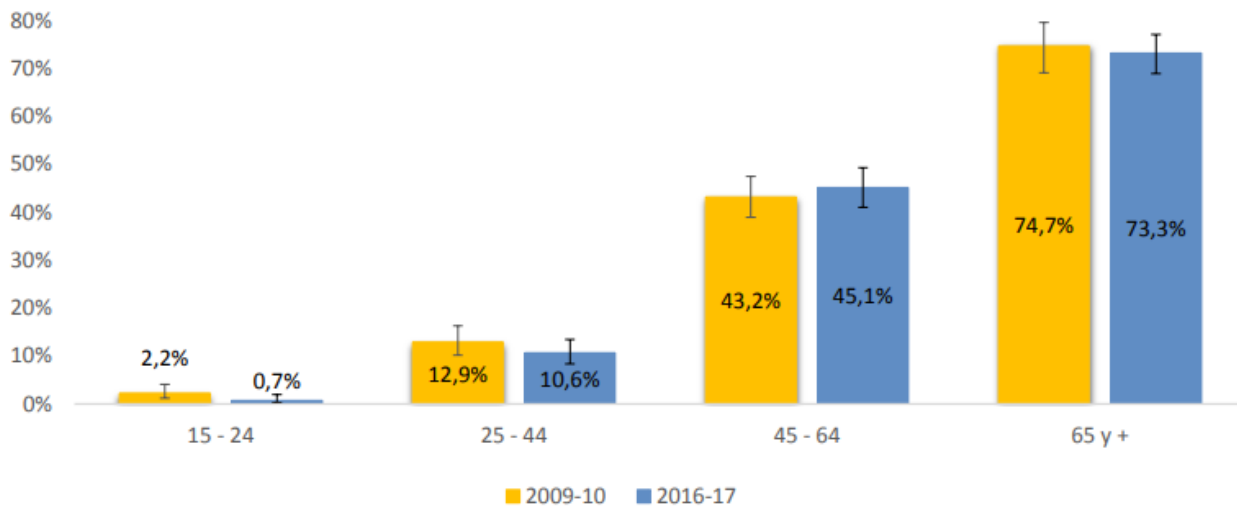
La ENS también se enfoca en enfermedades crónicas prevalentes, como la hipertensión arterial y la diabetes.

#### 2.3.1. Hipertensión Arterial

Un 27,6% del total de personas presentan sospecha de HTA, la que aumenta de manera marcada con la edad. En los grupos más jóvenes (15–24 años), la prevalencia es muy baja, pero a partir de los 45 años se observa un incremento significativo, alcanzando cifras superiores al 70% en las personas de 65 años y más, en ambas mediciones, confirmando que la hipertensión es un problema altamente prevalente, especialmente en la población mayor.

**Se entiende por “sospecha de HTA”, a personas con autoreporte y/o tratamiento médico HTA o con presión elevada mayor 140/90 (promedio con 3 tomas de presión arterial).**

Figura N°19. Sospecha de HTA según grupos de edad. ENS 2009-10 y 2016-17



Fuente: Ministerio de Salud / Red Salud SSMO. Resultados ENS 2016-17.

Al observar la sospecha de HTA según años de estudio, se aprecia que las personas con menor escolaridad presentan las prevalencias más altas: más de la mitad de quienes tienen menos de 8 años de estudio reporta sospecha de hipertensión, mientras que esta proporción disminuye en los grupos con mayor educación. Este patrón muestra cómo los determinantes sociales influyen en la carga de enfermedad, reforzando que la hipertensión es un problema persistente asociado tanto al envejecimiento como a las desigualdades sociales.

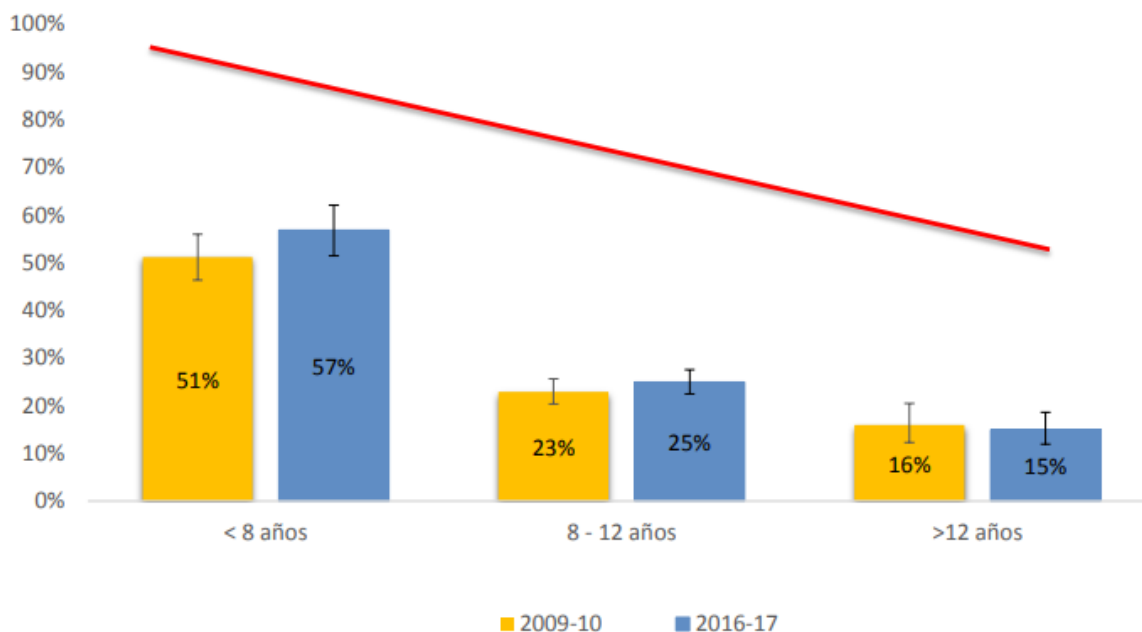
### 2.3.2. Diabetes Mellitus

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud muestran que la sospecha de diabetes mellitus ha aumentado de manera sostenida en el país. La prevalencia pasó de 4,2% en 2003 a 12,3% en 2016–17, evidenciando una tendencia creciente tanto en hombres como en mujeres, siendo estas últimas el grupo con mayor incremento (14% en 2016–17).

Al analizar por grupos de edad, se observa que la sospecha de diabetes es muy baja en la población joven, pero aumenta progresivamente con los años, alcanzando cifras superiores al 30% en las personas de 65 años y más. Estos resultados reflejan la creciente carga de enfermedades crónicas en Chile y cómo el envejecimiento poblacional intensifica su prevalencia.

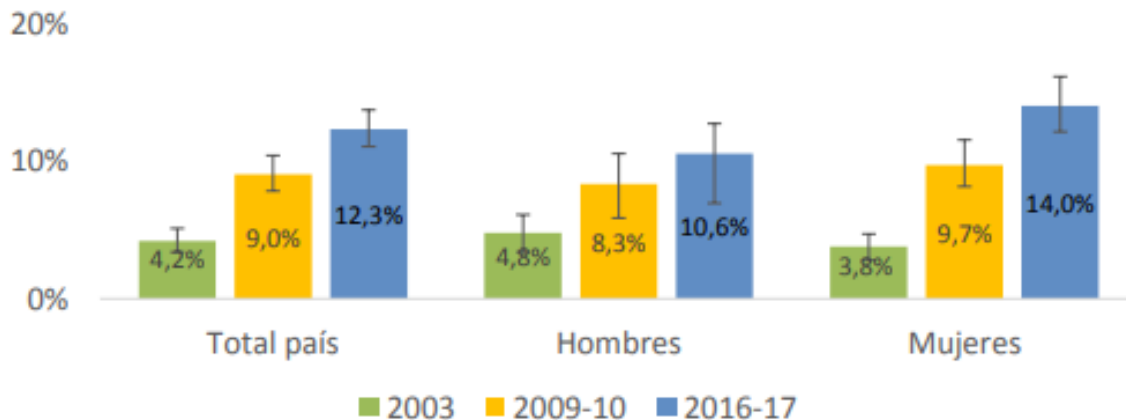
Se entiende por  
“sospecha de  
Diabetes Mellitus”  
a la medición de  
glicemia en ayuno  
con resultados  
mayores o iguales a  
126mg/dl

Figura N°20. Sospecha de HTA según región y años de estudio cursados. ENS 2009-10 y 2016-17



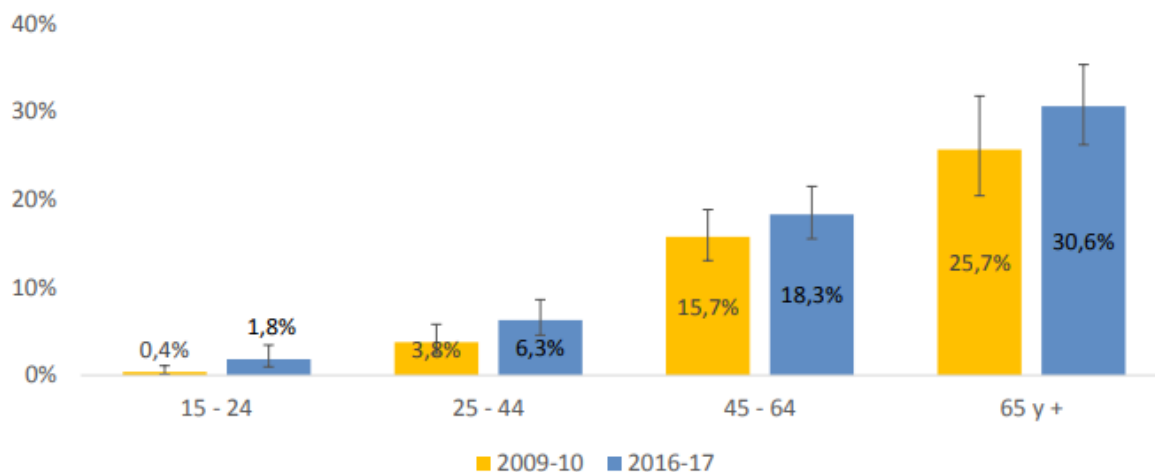
Fuente: Ministerio de Salud / Red Salud SSMO. Resultados ENS 2016-17.

**Figura N°21. Sospecha de Diabetes Mellitus total país y según sexo. ENS 2003,2009-10 y 2016-17.**



Fuente: Ministerio de Salud / Red Salud SSMO. Resultados ENS 2016-17.

**Figura N°22. Sospecha de Diabetes Mellitus según grupo de edad. ENS 2009-10 y 2016-17.**



Fuente: Ministerio de Salud / Red Salud SSMO. Resultados ENS 2016-17.

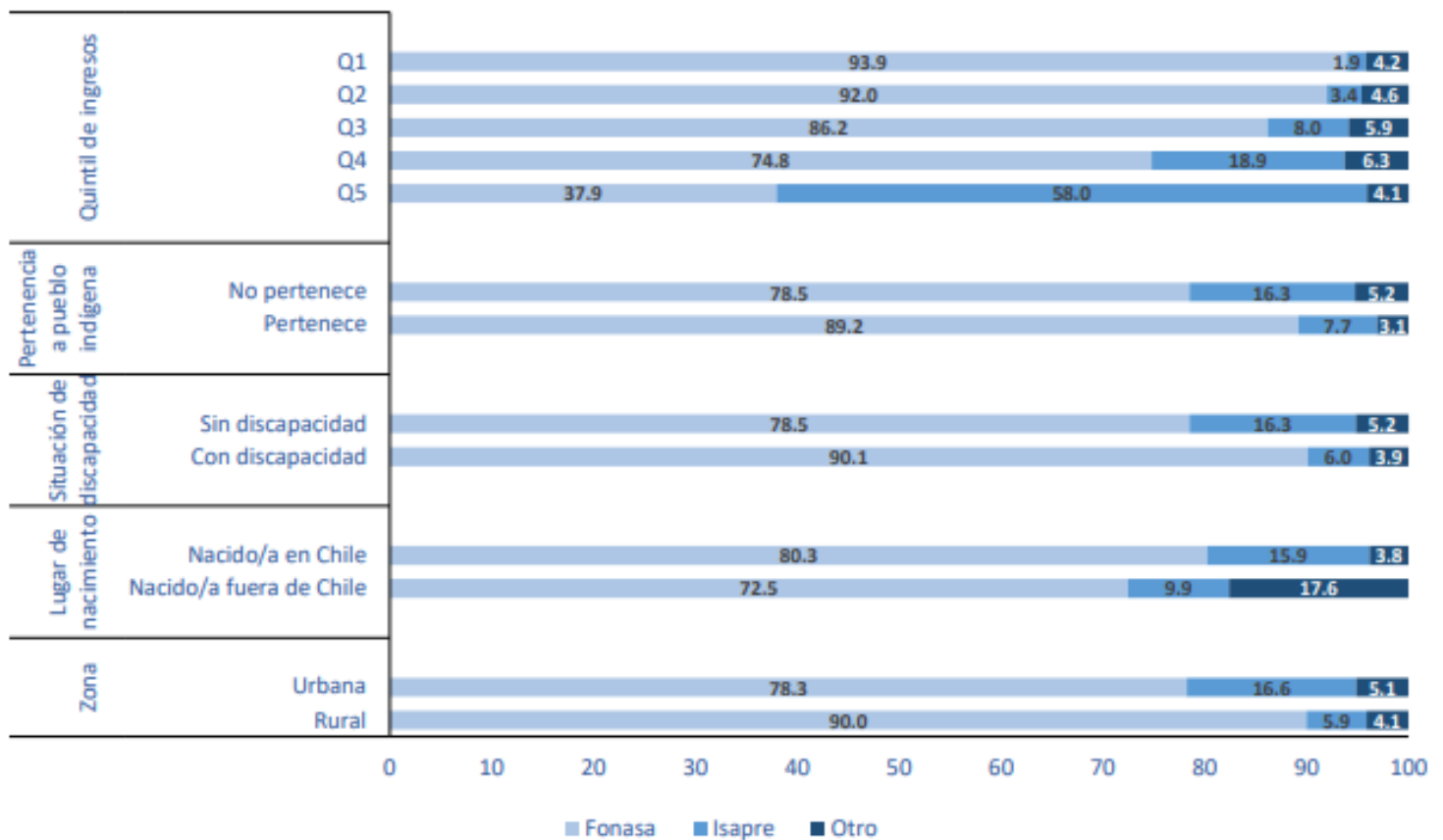
### 3. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)

La vigilancia periódica de la situación epidemiológica del país es fundamental para orientar las decisiones en salud pública. Contar con información actualizada permite no solo monitorear el estado de salud de la población, sino también fortalecer la implementación de políticas públicas, incorporando un enfoque intersectorial que reconozca la interacción entre los determinantes sociales y el desarrollo

de enfermedades. En este sentido, comprender los perfiles demográficos y epidemiológicos requiere atender también a las dinámicas de cobertura y equidad en salud, ámbitos en los que la Encuesta CASEN aporta información clave (6).

La CASEN permite caracterizar la pertenencia de la población a distintos sistemas de aseguramiento (FONASA, ISAPRE u otros) y analizar cómo esta distribución varía según factores como la edad o el quintil de ingreso, ambos determinantes sociales relevantes.

Figura N°23. Distribución de la población según sistema de salud y otras características.

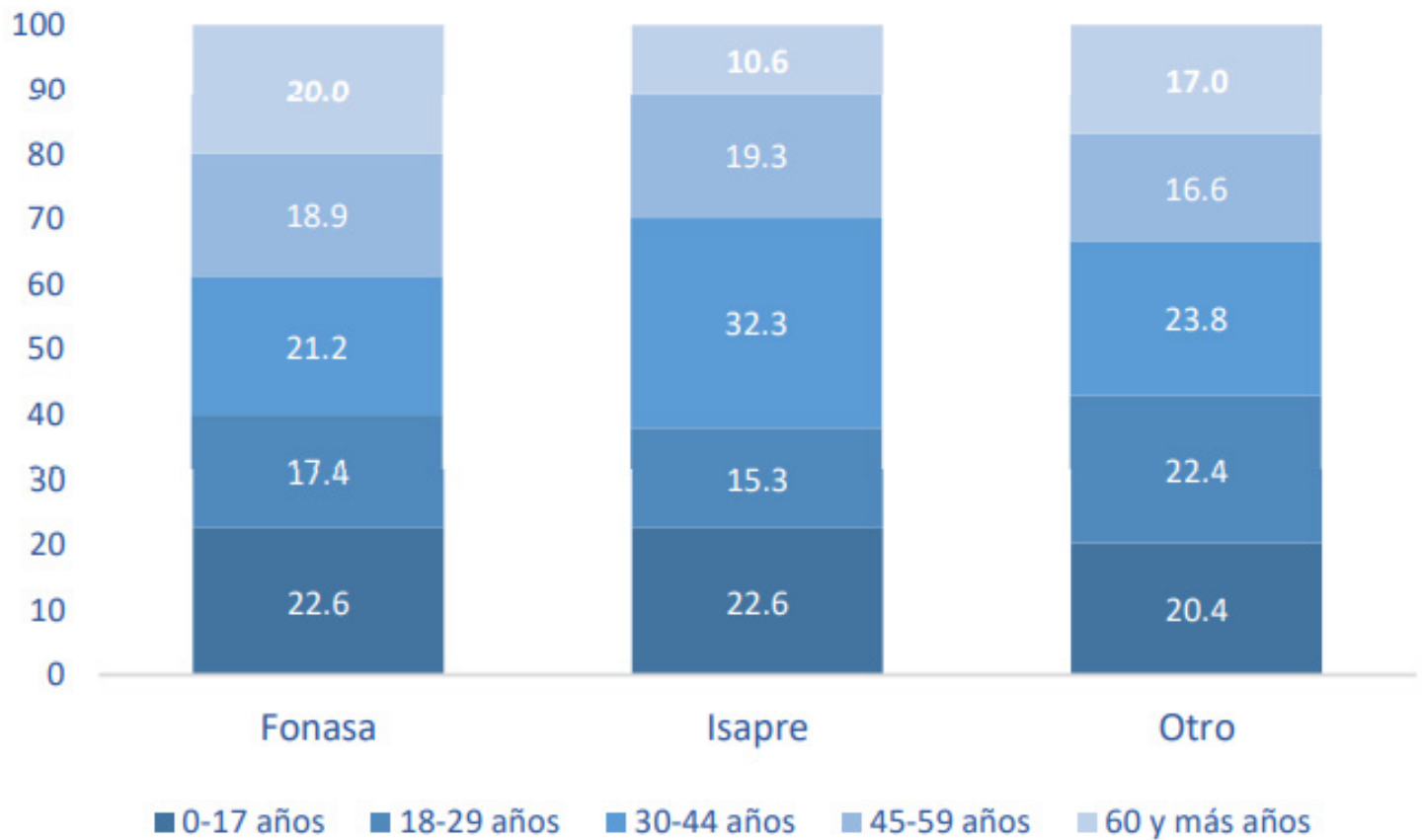


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2023). Resultados Salud – Encuesta CASEN 2022.

Los datos muestran que las personas de menores ingresos, especialmente quienes pertenecen a los quintiles más bajos, se concentran casi en su totalidad en FONASA, superando el 90% de afiliación (Figura N°23). Este patrón refleja cómo el quintil de ingreso, como determinante social, condiciona el tipo de seguro al que las personas pueden acceder. Asimismo, cerca del 20% de la población mayor de 60 años también se encuentra en FONASA, grupo que además presenta una mayor carga de enfermedad, lo que incrementa la presión sobre el sistema público de salud

(Figura N°24). Por el contrario, los grupos considerados más saludables (personas de ingresos más altos o de menor edad) tienden a concentrarse en ISAPRE u otros seguros privados, lo que reproduce desigualdades tanto en el acceso como en el uso de los servicios. De este modo, la CASEN evidencia cómo la estructura social del país se traduce en diferencias en la protección financiera, la distribución del riesgo y la demanda que enfrentan los distintos subsistemas de salud.

**Figura N°24. Distribución de la población según sistema previsional y tramos de edad (2022) (porcentajes).**



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2023). Resultados Salud – Encuesta CASEN 2022.

### 3.1 Atenciones AUGE/GES y carga al sistema de salud

La encuesta Casen 2022 indaga acerca de atenciones en AUGE GES por 20 condiciones de salud. La información de la CASEN también muestra la carga del sistema en relación con condiciones específicas (Ver Tabla N°5). Se reconoce que la hipertensión arterial es una de las enfermedades que más atención está generando a nivel del AUGE/GES.

**Tabla N°5. Distribución de la población en tratamiento médico en los últimos 12 meses por condiciones garantizadas por el sistema AUGE-GES**

Condiciones de salud garantizadas	Número	Porcentaje sobre la población total (%)	Distribución de la población en tratamiento AUGE-GES (%)
Hipertensión arterial	1.730.941	8,8	42,8
Urgencia odontológica	65.423	0,3	1,6
Diabetes	998.800	5,1	24,7
Depresión	421.124	2,1	10,4
Infarto agudo al miocardio	71.122	0,4	1,8
Cataratas	34.614	0,2	0,9
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	86.806	0,4	2,1
Leucemia	7.409	0,0	0,2
Asma bronquial moderada o grave	368.079	1,9	9,1
Cáncer gástrico	14.043	0,1	0,3
Cáncer cérvico uterino	24.663	0,1	0,6
Cáncer de mama	48.071	0,2	1,2
Cáncer de testículo	7.871	0,0	0,2
Cáncer de próstata	27.842	0,1	0,7
Colecistectomía preventiva	6.522	0,0	0,0
Insuficiencia renal crónica terminal	32.894	0,2	0,8
Accidente cerebral isquémico	24.187	0,1	0,6
Cáncer colorrectal	7.389	0,0	0,2
Trastorno bipolar	44.789	0,2	1,1
Lupus	21.694	0,1	0,5
Otra condición de salud	1.937.885	9,9	*
No ha estado en tratamiento por ninguna condición de salud anterior	13.667.813	69,6	*
<b>Total</b>	<b>19.648.895</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Personas en tratamiento en últimos 12 meses por condición AUGE-GES	4.043.197	20,6	

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2023). Resultados Salud – Encuesta CASEN 2022.

#### 4. Desafíos en la cobertura y equidad en salud en Chile.

##### 4.1. Cambios en el perfil epidemiológico del país

El panorama sanitario en Chile se caracteriza por una alta prevalencia de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles y por una baja presencia de factores protectores. Más de la mitad de la población presenta dos o más condiciones crónicas, evidenciando el impacto del exceso de peso, el sedentarismo y otros hábitos poco saludables en la carga de enfermedad.

Los estudios muestran marcadas diferencias según nivel educativo, edad y sexo, demostrando que las desigualdades sociales se expresan como desigualdades sanitarias. Por ello, comprender estos patrones es clave para diseñar políticas que aborden tanto las enfermedades como los determinantes estructurales que las sustentan. La periodicidad de las encuestas poblacionales resulta fundamental para monitorear la evolución de problemas y factores de riesgo, entregar evidencia para la toma de decisiones y fortalecer políticas integrales bajo el enfoque de Salud en Todas las Políticas, que exige un trabajo intersectorial sostenido.

Este escenario, marcado por el aumento de enfermedades crónicas y profundas inequidades en salud, permite entender el cambio reciente en el perfil epidemiológico del país. En

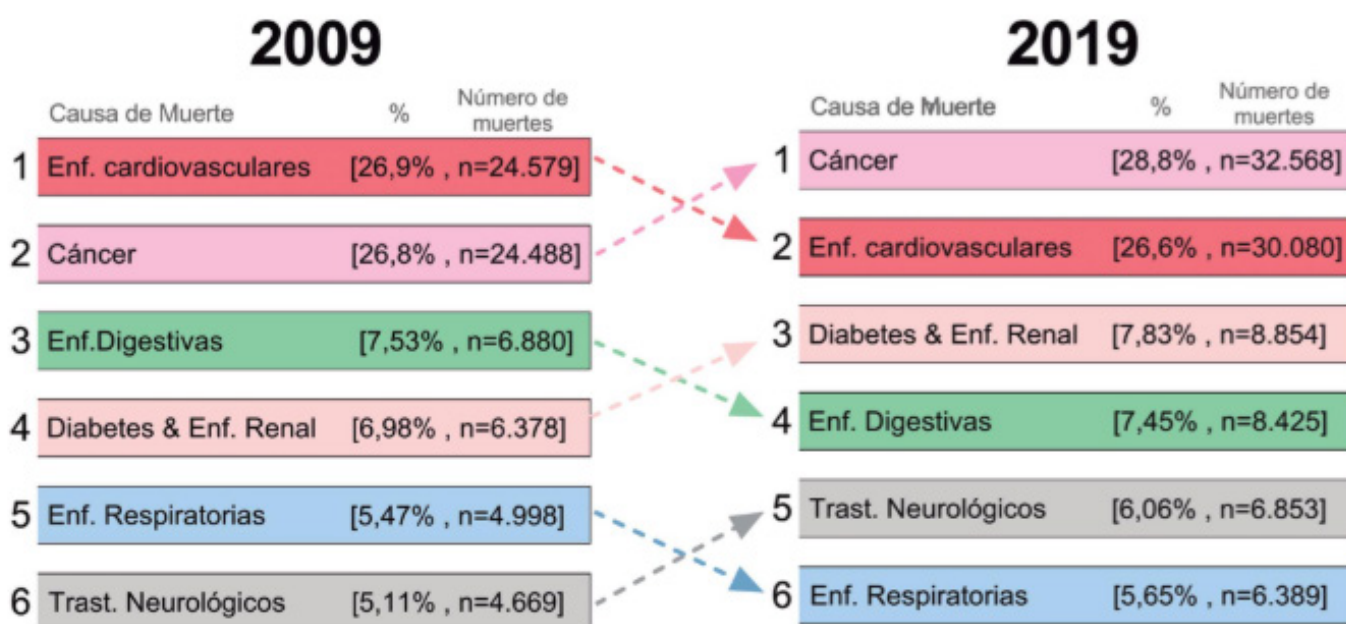
la última década, Chile ha experimentado modificaciones relevantes en las principales causas de muerte, reflejo de una transición epidemiológica avanzada que plantea nuevos desafíos para el sistema de salud.

Entre los años 2009 y 2019, se evidencia un cambio profundo en el perfil de mortalidad del país (Figura N°25). Mientras en 2009 las enfermedades cardiovasculares eran la principal causa de muerte, para 2019 el cáncer pasa a ocupar el primer lugar, concentrando casi un 29% de los fallecimientos. Este desplazamiento refleja una reorganización dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, que continúan dominando la mortalidad pero con un peso relativo distinto.

También se observan variaciones relevantes en otras causas: la diabetes y la enfermedad renal ascienden al tercer lugar, superando a las enfermedades digestivas, y los trastornos neurológicos aumentan su presencia, desplazando a las enfermedades respiratorias al sexto lugar.

En conjunto, estos cambios muestran una transición epidemiológica avanzada, influida por el envejecimiento de la población y por transformaciones en los estilos de vida. Este nuevo escenario plantea desafíos importantes para la planificación sanitaria y la capacidad del sistema de salud para responder a una carga creciente y compleja de enfermedades crónicas.

Figura N°25. Cambio en perfil epidemiológico, Chile 2009-2019.



Fuente: Martínez-Sanguinetti MA. ¿Cómo ha cambiado el perfil epidemiológico en Chile en los últimos 10 años? Revista Médica de Chile. 2021;147-58.

#### 4.2. Desigualdad en el acceso a la salud

La desigualdad en el acceso a la salud sigue siendo uno de los desafíos más persistentes del sistema sanitario chileno. Estas brechas se expresan de distintas formas y afectan directamente las oportunidades que tienen las personas para recibir una atención oportuna y de calidad.

En primer lugar, existen marcadas desigualdades regionales. El acceso a los servicios de salud no es el mismo en todo el territorio: mientras algunas regiones cuentan con mayor oferta de especialistas, infraestructura y recursos, otras enfrentan una disponibilidad limitada, lo que se traduce en barreras adicionales para la población. La ubicación geográfica, por tanto, condiciona fuertemente las posibilidades reales de atención.

A esto se suma el histórico contraste entre el sistema público y el sistema privado. La coexistencia de ambos modelos ha generado diferencias importantes en la calidad, tiempos de espera y oportunidad de acceso. Mientras el sistema privado suele ofrecer respuestas más rápidas, el sistema público concentra a la mayoría de la población y enfrenta mayores niveles de demanda, lo que reproduce y amplifica inequidades preexistentes.

Estas desigualdades impactan con mayor fuerza a las poblaciones más vulnerables, quienes dependen principalmente del sistema público y enfrentan condiciones sociales que ya de por sí dificultan su acceso a la atención sanitaria. Para estos grupos, las barreras acumuladas no solo retrasan los diagnósticos y tratamientos, sino que además agravan sus condiciones de salud y profundizan el círculo de inequidad.

#### 4.3. Financiamiento y Sostenibilidad del Sistema

Garantizar un financiamiento suficiente y sostenible es uno de los mayores desafíos del sistema de salud chileno, especialmente ante la creciente demanda de servicios que presiona su capacidad año tras año. Esta demanda aumenta debido a cambios profundos en la estructura demográfica y en el perfil epidemiológico del país. El envejecimiento poblacional implica más personas requiriendo atenciones frecuentes, seguimiento y tratamientos de largo plazo, mientras que el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y de sus factores de riesgo eleva aún más la necesidad de exámenes, controles y cuidados continuos.

El envejecimiento demográfico es especialmente determinante: a medida que aumenta la proporción de personas mayores, también se incrementa la demanda por cuidados especializados, lo que ejerce una presión constante sobre los recursos y compromete la estabilidad financiera del sistema. Si este no logra adaptarse a los cambios demográficos y epidemiológicos, la sostenibilidad se verá afectada, generando problemas de financiamiento que impactan la calidad, oportunidad y acceso a las prestaciones. Por ello, fortalecer la gestión y el financiamiento resulta esencial para responder adecuadamente a las necesidades presentes y futuras de la población.

## Resumen de contenidos

---

- Chile experimenta un acelerado envejecimiento demográfico, con una disminución de población joven y un aumento sostenido de personas mayores, lo que incrementa la demanda por cuidados y servicios de salud.
- La distribución territorial de la población es altamente desigual, con fuerte concentración en la Región Metropolitana y brechas regionales en acceso, infraestructura y disponibilidad de servicios.
- El perfil epidemiológico está dominado por enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas a factores de riesgo prevalentes como sedentarismo, mala alimentación, tabaquismo, consumo de alcohol y exceso de peso.
- Las desigualdades sociales se reflejan en desigualdades sanitarias, evidenciándose mayor carga de enfermedad en personas con menor nivel educativo, menores ingresos o afiliadas al sistema público.
- Entre 2009 y 2019 el cáncer desplazó a las enfermedades cardiovasculares como principal causa de muerte, mostrando una transición epidemiológica avanzada que plantea nuevos desafíos para la planificación y sostenibilidad del sistema de salud.

# 03

## Marcos globales en Salud Pública

En este capítulo se entrega una visión general de los marcos globales y locales que guían las acciones de salud pública. Se introducen conceptos de salud pública y salud global, enfatizando la perspectiva poblacional y transnacional respectivamente. La sesión se articula en torno a tres elementos principales: los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Agenda 2030, las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) en su versión renovada de 2020, y la Estrategia Nacional de Salud de Chile 2021-2030. Estos marcos se presentan como herramientas interconectadas que ayudan a orientar prioridades, diseñar acciones realistas, y establecer un lenguaje común para abordar desafíos sanitarios, como la respuesta social al cáncer en Chile. En conjunto, estos elementos constituyen una hoja de ruta para fortalecer los sistemas de salud y avanzar hacia la equidad sanitaria a nivel nacional y mundial.

## 1. Conceptos de Salud Pública y Salud Global

Para iniciar esta unidad, es fundamental recuperar el sentido amplio del concepto de salud pública, entendida como un campo que combina ciencia, práctica y acción social para mejorar la salud colectiva. Su definición puede variar según el enfoque teórico o institucional, pero en general subraya la importancia del trabajo organizado de la sociedad para promover la salud, prevenir enfermedades y proteger la vida. La salud pública se distingue por adoptar una mirada poblacional, que reconoce que los procesos de salud y enfermedad no dependen solo de conductas individuales, sino también de condiciones sociales, económicas y ambientales que moldean el bienestar de las comunidades (7).

En relación con ello, el concepto de salud global amplía esta perspectiva situando los problemas sanitarios en una escala transnacional. Constituye un campo interdisciplinario orientado a mejorar la salud y lograr la equidad sanitaria a nivel mundial, poniendo énfasis en los determinantes y soluciones que trascienden las fronteras de los Estados (8). Mientras la salud pública suele actuar dentro de los sistemas nacionales, la salud global incorpora dinámicas macroestructurales y la interacción entre países e instituciones internacionales, lo que permite analizar fenómenos sanitarios que se generan y circulan globalmente. Esta mirada amplia y colectiva abre paso al análisis de marcos internacionales que buscan orientar la acción conjunta de los países, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030.

## 2. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y Agenda 2030

El primer marco global que revisamos son los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Agenda 2030. Estos son objetivos comunes que las naciones articuladas en las Naciones Unidas se han fijado para avanzar hacia el desarrollo sostenible, con la meta idealmente puesta en el año 2030. Los ODS reconocen la interdependencia fundamental entre la prosperidad económica, la inclusión social y la sostenibilidad ambiental. La Agenda se articula sobre cuatro principios rectores: universalidad, integración, “no dejar a nadie atrás” y corresponsabilidad de todos los actores (9).

Actualmente existen 17 ODS integrados, reconociendo su interdependencia y que la acción en un área afectará los resultados en otras áreas, por lo que el desarrollo debe equilibrar la sostenibilidad social, económica y ambiental. Para cada uno de los ODS, existen metas específicas para alcanzar los objetivos propuestos (ver Figura N°26).

Figura N°26. Objetivos de Desarrollo Sostenible Agenda 2030.



Fuente: ONU.

En el contexto nacional, Chile estableció en 2016 el Consejo Nacional para la Implementación de la Agenda 2030, liderado por el Ministerio de Relaciones Exteriores y el Ministerio de Desarrollo Social (10). A nivel país, los ODS actúan como una brújula interna que ayuda a orientar prioridades nacionales, reforzar la coordinación de actores, facilitar la obtención de recursos y evaluar el avance.

El Objetivo número 3, “Salud y Bienestar”, es el más fácil de asociar a las labores sanitarias, incluyendo la temática del cáncer. Dentro de este objetivo encontramos metas específicas, donde se presentan algunos ejemplos a continuación:

- ODS 3.4: reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
- ODS 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- 3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.
- 3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública.

Este enfoque integral y colaborativo permite comprender la importancia de contar con sistemas de salud capaces de responder de manera coordinada, lo que nos conduce directamente al siguiente apartado: las Funciones Esenciales de la Salud Pública, que delimitan el rol estratégico de los Estados y de la sociedad en la protección y promoción de la salud colectiva (7).

### 3. Funciones esenciales de la Salud Pública OPS/OMS

Para comprender las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), es vital entender su contexto de creación a finales de los años 90 e inicios de los 2000. Este periodo estuvo marcado por reformas sectoriales que amenazaban con reducir el papel del Estado y debilitar la función rectora de las autoridades sanitarias. Las FESP surgieron para defender el rol de la salud pública y establecer sus campos de acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. No está referido a la salud pública como disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria (11).

La definición original del año 2000 entendía las FESP como las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública (11). Estas incluían, por ejemplo, el seguimiento y análisis de la situación de salud, la vigilancia, la promoción de la salud y la participación ciudadana (ver Tabla N°6).

Tabla N°6. Funciones esenciales de la salud pública (FESP) - Año 2000. - Fuente: Elaboración propia.

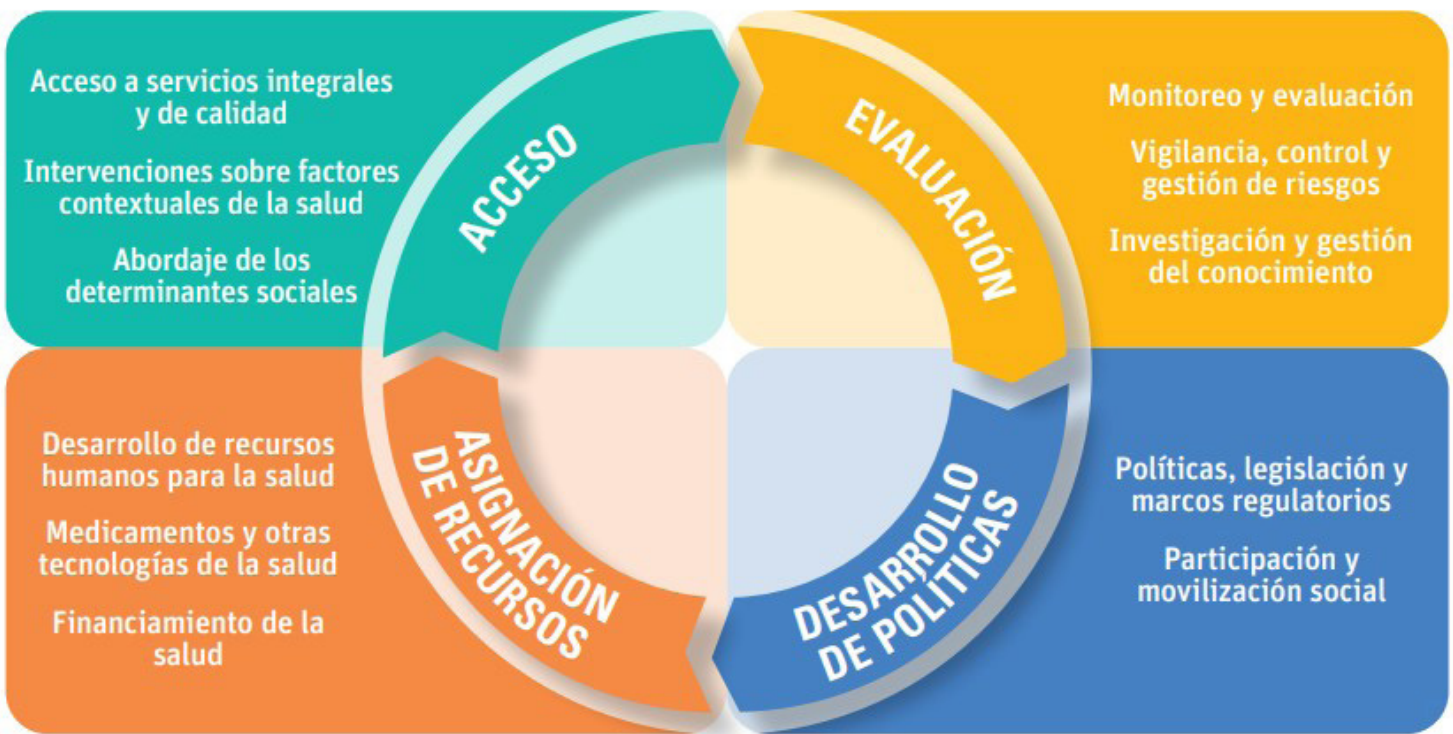
FESP 1	Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
FESP 2	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
FESP 3	Promoción de la salud
FESP 4	Participación de los ciudadanos en la salud
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública
FESP 6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
FESP 7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
FESP 8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
FESP 9	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
FESP 10	Investigación en salud pública
FESP 11	Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Las transformaciones sanitarias recientes, como las pandemias, y los nuevos marcos conceptuales (como las políticas públicas), impulsaron una renovación para que las FESP fueran más actualizadas y pertinentes. Se propuso un abordaje integrado basado en el ciclo de políticas aplicado a la salud. Este ciclo se compone de cuatro etapas interconectadas que se retroalimentan: evaluación, desarrollo de políticas, asignación de recursos y acceso.

Este proceso de ciclo de las FESP debe interpretarse como un ciclo que se retroalimenta. Los resultados de la evaluación son insumos que ayudan a definir lo que está funcionando o no y, por tanto, deben ser considerados en el proceso de formulación de políticas.

La definición renovada (2020) es más específica, y entiende las FESP como las capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales, y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población (12).

**Figura N°27. Caracterización de las funciones esenciales de la salud pública en el abordaje integrado de la salud pública**



Fuente: OPS, 2020. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas: Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción.

#### 4. Estrategia Nacional de Salud (ENS) de Chile

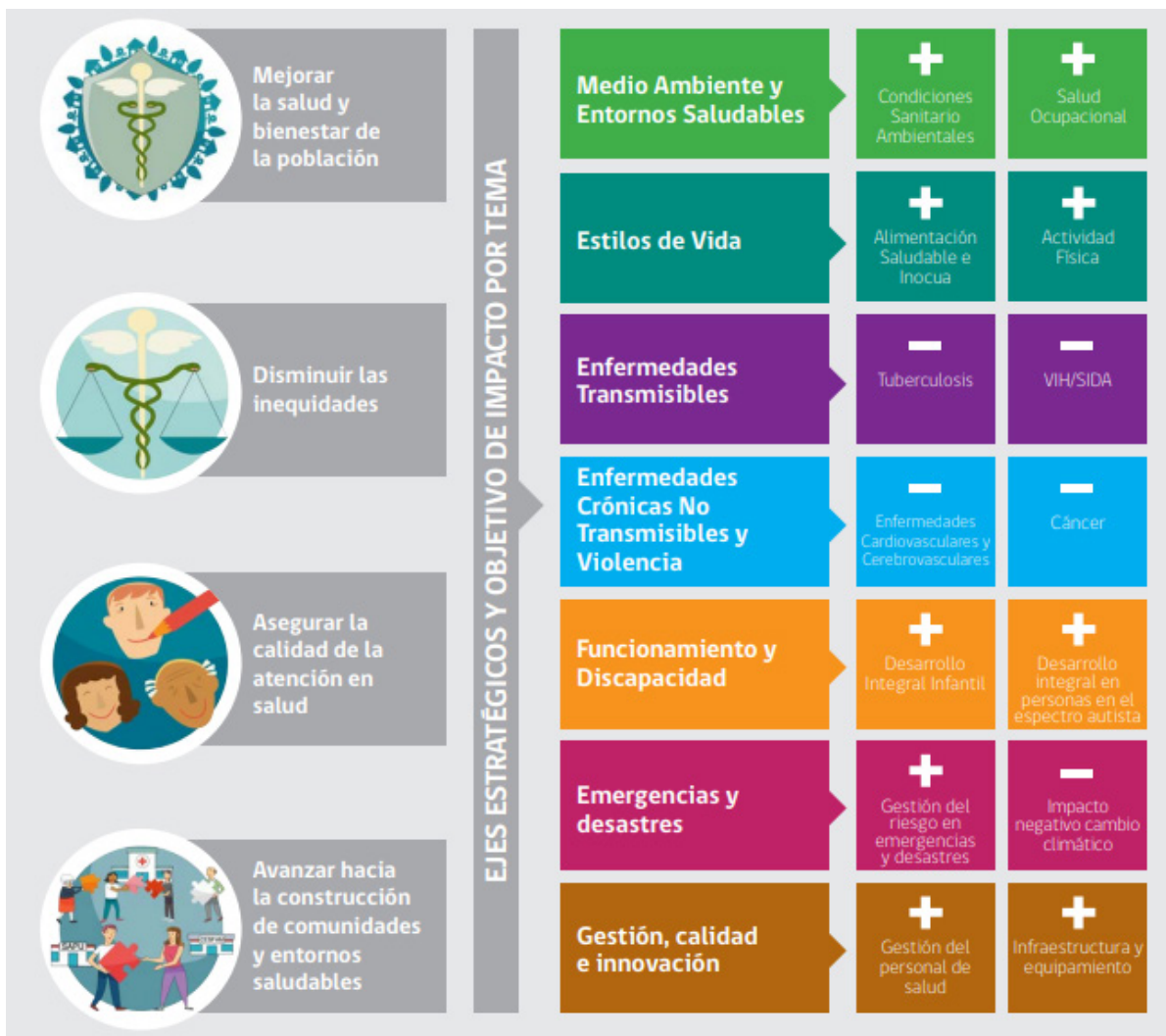
La Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2021-2030 constituye el marco conceptual más local con relación a la salud pública (10). El Ministerio de Salud, tras la reforma de la autoridad sanitaria, está obligado a fijar metas nacionales de impacto poblacional cada 10 años, proceso que se sustenta en la evaluación de los logros y brechas de los ciclos anteriores.

Tras cerrar los períodos 2000–2010 y 2011–2020, en 2018 se inició un nuevo ciclo que integró diagnóstico epidemiológico, análisis organizacional y una amplia participación de actores del sistema. Los objetivos actuales se alinean directamente con la Agenda 2030, incorporando como principios rectores los derechos en salud, la cobertura sanitaria universal y la reducción de inequidades.

La Estrategia Nacional de Salud 2021–2030 funciona como una verdadera “hoja de ruta” que orienta la acción sanitaria del país mediante metas e indicadores concretos, definiendo ejes estratégicos de intervención y abordaje que guían el trabajo del sector durante la década (10).

La ENS se organiza en cuatro ejes centrales, entre ellos: Mejorar la salud y el bienestar de la población, Disminuir las inequidades, Asegurar la calidad de la atención en salud y Avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables. Dentro de estos ejes, el tema de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles busca específicamente disminuir el cáncer, además de otras patologías como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares (Figura N°28).

Figura N°28. Ejes Estratégicos ENS 2021-2030.



Fuente: Ministerio de Salud de Chile. 2022. Estrategia Nacional de Salud 2021–2030.

## 5. Utilidad práctica de los marcos globales y locales

Comprender la existencia de estos marcos (globales y locales) es de gran utilidad para el trabajo diario. Al conectar las metas globales (ODS), las capacidades concretas de la salud pública (FESP), y los objetivos sanitarios locales (ENS de Chile), obtenemos un marco reconocido. Este marco permite delimitar y justificar focos de proyectos en temáticas de salud, potenciando la labor realizada.

Además, estos marcos actúan como una guía técnica para diseñar acciones realistas y relevantes para la salud pública. Si se entienden las capacidades requeridas por la salud pública y las metas a las que se debe apuntar, es posible dirigir mejor las acciones locales, incluyendo la postulación a proyectos.

Finalmente, comprender el funcionamiento de estos marcos nos otorga un lenguaje común con académicos y tomadores de decisión. Esto facilita el involucramiento en discusiones sobre temáticas prioritarias de salud pública, entendiendo el marco de referencia de la autoridad sanitaria al abordar un problema específico.

## Resumen de contenidos

---

- La salud pública y la salud global ofrecen miradas complementarias, que permiten entender los problemas sanitarios desde lo poblacional y lo transnacional, incorporando determinantes sociales y dinámicas globales.
- Los ODS y la Agenda 2030 funcionan como un marco universal, que orienta prioridades sanitarias, promueve la corresponsabilidad entre actores y alinea metas globales con desafíos nacionales, especialmente en torno al ODS 3.
- Las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) definen las capacidades mínimas que los países deben desarrollar para proteger la salud colectiva, integrando evaluación, política, recursos y acceso dentro de un ciclo continuo.
- La Estrategia Nacional de Salud 2021–2030 actúa como hoja de ruta local, estableciendo metas nacionales, reduciendo inequidades y articulando prioridades como las enfermedades crónicas, incluido el cáncer.
- La integración de estos marcos ofrece una guía práctica, permitiendo delimitar focos de proyectos, diseñar acciones realistas y compartir un lenguaje técnico con tomadores de decisión, fortaleciendo la coherencia del trabajo en salud pública.

# Cuestionario Final

- 1. ¿Cuál de las siguientes corresponde a una de las cuatro funciones esenciales de los sistemas de salud según el marco de la OMS?**
  - a) Transparencia institucional
  - b) Rectoría
  - c) Educación sanitaria
  - d) Innovación tecnológica
  
- 2. ¿Qué característica define a las unidades de mercado dentro de los modelos de organización de sistemas de salud?**
  - a) Alta integración entre financiamiento y provisión
  - b) Provisión exclusivamente pública
  - c) Múltiples pagadores y prestadores con escasa regulación
  - d) Sistema único con control estatal directo
  
- 3. Según el Censo 2024, uno de los principales cambios demográficos observados en Chile es:**
  - a) El aumento sostenido de la natalidad
  - b) La concentración de la población en grupos jóvenes menores de 15 años
  - c) El envejecimiento de la población con mayor proporción de personas mayores
  - d) La reducción significativa de la población en la Región Metropolitana
  
- 4. ¿Cuál de los siguientes factores de riesgo presenta una alta prevalencia en Chile según la ENS 2016–2017?**
  - a) Bajo consumo de tabaco
  - b) Sedentarismo
  - c) Alta ingesta de frutas y verduras
  - d) Baja prevalencia de obesidad
  
- 5. ¿Cuál es el objetivo principal del ODS 3 “Salud y Bienestar”?**
  - a) Regular el comercio internacional de medicamentos
  - b) Reducir en un tercio la mortalidad prematura por ECNT y promover el bienestar
  - c) Garantizar la formación universal de especialistas
  - d) Aumentar el financiamiento privado en salud
  
- 6. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) renovadas en 2020 se entienden como:**
  - a) Un listado de servicios clínicos obligatorios para hospitales
  - b) Las capacidades institucionales para garantizar el derecho a la salud y actuar sobre determinantes
  - c) Una estrategia exclusiva de vigilancia epidemiológica
  - d) Un conjunto de normas para la acreditación de establecimientos

# MÓDULO 2.

## Evaluación de tecnologías sanitarias

### Objetivos de aprendizaje del Módulo 2

1. Comprender cómo se determina el valor clínico de una tecnología sanitaria, analizando el efecto de tratamiento, la calidad de la evidencia y los principales estimadores utilizados para apoyar decisiones en salud.
2. Comprender los mecanismos de evaluación de tecnologías sanitarias, integrando conceptos como costo de oportunidad, costo-efectividad, umbrales y métricas de salud como QALYs y DALYs.
3. Reconocer cómo se estructuran los procesos de priorización mediante el marco GRADE EtD y enfoques multicriterio (MCDA), comprendiendo la lógica de los criterios utilizados y su aplicación en decisiones de cobertura.

# 04

## Evaluación clínica

## 1. El valor clínico y el efecto de tratamiento

La investigación y evaluación clínica se centran en comprender el valor clínico de las tecnologías y tratamientos médicos, es decir, su capacidad real para responder a una necesidad de salud en el contexto de una enfermedad (14).

Lo “clínico” remite a la práctica médica situada en la cama del paciente —su origen etimológico proviene del griego kliné, cama— y se vincula estrechamente con el examen de las personas enfermas y el manejo de sus padecimientos, más que con la salud en general. Desde esta perspectiva, el valor clínico se expresa principalmente a través de la magnitud del beneficio clínico, también llamado efecto de tratamiento, que puede medirse en términos de cuánto prolonga la vida una intervención, cuánto mejora la calidad de vida o si permite curar o no una enfermedad.

**Tabla N°7. Magnitud de beneficios: efecto de tratamiento.**

Categoría	Pregunta orientadora
Tiempo de vida	¿Cuánto alarga la vida?
Calidad de vida	¿Cuánto mejora la calidad de vida?
Capacidad de curación	¿Cura la enfermedad?

Fuente: Elaboración propia.

El efecto de tratamiento está referido al paciente o individuo y no a la población. Sin embargo, estimar este efecto no es tan sencillo como predecir qué ocurrirá con un paciente individual. En la práctica, el efecto de tratamiento solo puede calcularse para grupos de pacientes, lo que explica por qué los médicos suelen comunicar pronósticos en términos de probabilidades basadas en estudios poblacionales. El efecto de tratamiento se estima a partir de información verídica, verosímil, constituyéndose lo que se denomina evidencia.

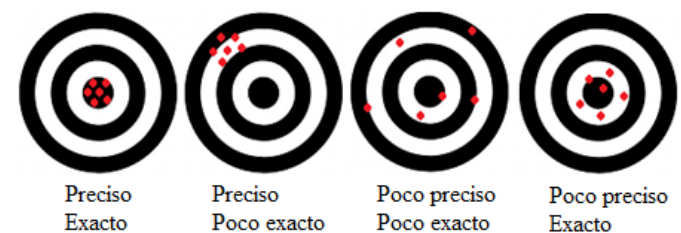
En investigación clínica, evaluar la calidad de la evidencia es un paso fundamental para determinar si los resultados de un estudio pueden considerarse confiables y útiles para orientar decisiones en salud. Esta evaluación se sustenta en revisar si los estudios fueron realizados con métodos rigurosos y si sus conclusiones se elaboraron desde una postura conservadora, es decir, asumiendo el peor escenario posible para una nueva intervención.

Esta exigencia busca asegurar que solo aquellas tecnologías que demuestran beneficios claros y verificables sean adoptadas en la práctica clínica. En este proceso, un elemento central es la identificación y reducción del sesgo, entendido como cualquier factor que distorsiona los resultados y los aleja del verdadero efecto de tratamiento. Minimizar el sesgo permite que la evidencia sea una representación más fiel de la realidad clínica.

### 1.1. Exactitud, insesgamiento, precisión y varianza

Para comprender la reducción del sesgo, la metáfora del tiro al blanco resulta especialmente útil. Cada estudio clínico puede imaginarse como un dardo lanzado hacia un blanco cuyo centro representa la “verdad” del efecto de tratamiento. Un conjunto de estudios puede ser preciso si todos los dardos caen muy cerca entre sí, aun cuando estén lejos del centro; o exacto si su promedio coincide con el centro aunque los dardos estén dispersos. El escenario ideal es aquel en que los estudios son a la vez precisos y exactos: todas las estimaciones se agrupan cerca del centro y representan de manera fiel el valor real del tratamiento. Por el contrario, cuando las estimaciones son dispersas y están lejos del centro, se considera que existe alta variabilidad y sesgo, reduciendo la confiabilidad de la evidencia. Así, los conceptos de exactitud e insesgamiento, y de precisión y varianza, son pilares fundamentales para interpretar correctamente los resultados de la investigación clínica y valorar su utilidad en la toma de decisiones sanitarias (ver Figura N°29).

**Figura N°29. Relación entre exactitud y precisión en la metáfora del tiro al blanco.**



Fuente: Exactitud, precisión y análisis gráfico [Internet]. [16 de diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.testexamen.com/test/practicas-laboratorio/exactitud-precision/exacto-preciso-analisis-grafica.html>

### 1.1.1. ¿Precisión o exactitud?

En la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia, se prioriza la exactitud, entendida como la ausencia o minimización del sesgo. Incluso cuando un estudio presenta mayor variabilidad en sus estimaciones, es decir, menor precisión, sigue siendo preferible si su sesgo es bajo, porque ello garantiza que el estimador se aproxima de manera confiable a la verdad. En consecuencia, el esfuerzo central de la evaluación del valor clínico se orienta a asegurar que los estudios hayan minimizado al máximo el sesgo, lo cual se analiza a través de la validez interna.

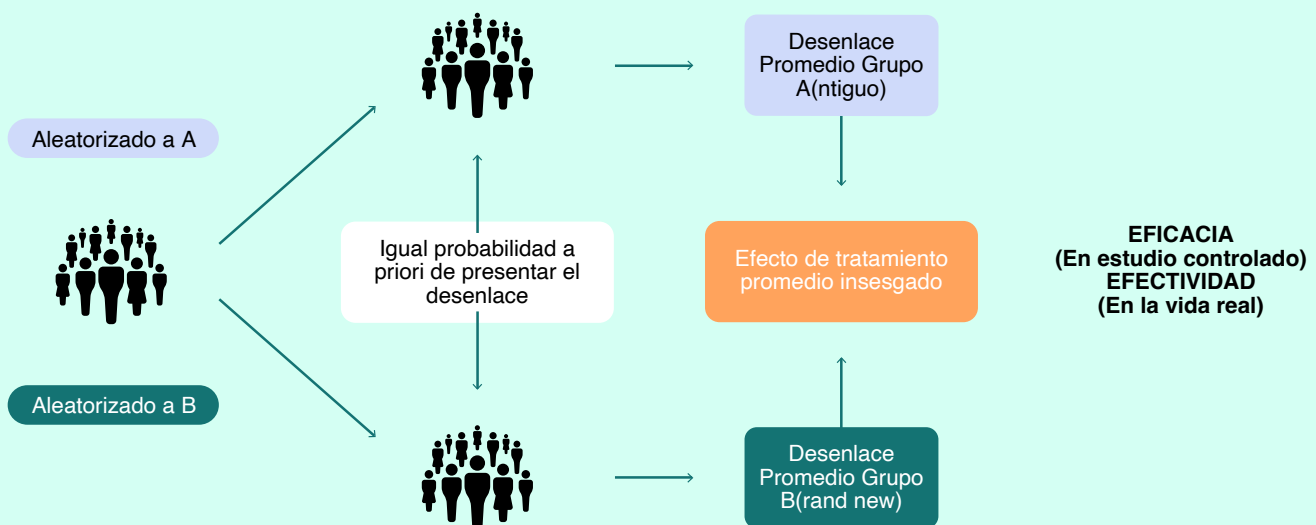
Evaluar la validez interna equivale, en la práctica, a juzgar en qué medida el diseño y la ejecución del estudio lograron reducir fuentes de error sistemático. Así, cuando se concluye que un estudio posee alta validez interna, simultáneamente se afirma que presenta poco sesgo y, por tanto, que sus resultados constituyen una estimación exacta —o lo más cercana posible— del efecto del promedio del tratamiento verdadero.

### 1.1.2. Reducción del sesgo

Minimizar el sesgo es fundamental para asegurar que un estudio clínico entregue resultados confiables y cercanos al efecto real de una intervención (15). Para ello, la investigación debe seguir un conjunto de normas ampliamente consensuadas que garanticen transparencia y rigor metodológico. Entre estas prácticas se incluye diseñar el estudio siguiendo estándares reconocidos, publicar el protocolo antes de su ejecución y reportar los resultados demostrando que el estudio se llevó a cabo conforme al plan original.

Una de las herramientas más importantes para reducir sesgo es la aleatorización, mediante la cual los pacientes elegibles —aquellos que presentan la enfermedad y podrían beneficiarse de una intervención— son asignados al azar a dos o más grupos. Un grupo (A) recibe la terapia estándar y el otro (B) la nueva intervención. En cada grupo se mide el desenlace promedio y luego se calcula la diferencia entre ellos, lo que constituye el efecto de tratamiento promedio (insesgado).

Figura N°30. Esquema de ensayo clínico aleatorizado



Fuente: Elaboración propia.

Gracias a la aleatorización, ambas cohortes tienen, en promedio, la misma probabilidad inicial de presentar el desenlace, de modo que cualquier diferencia observada al final del seguimiento puede atribuirse únicamente a la intervención. Esta estimación, libre de sesgo sistemático, recibe el nombre de eficacia cuando proviene de ensayos

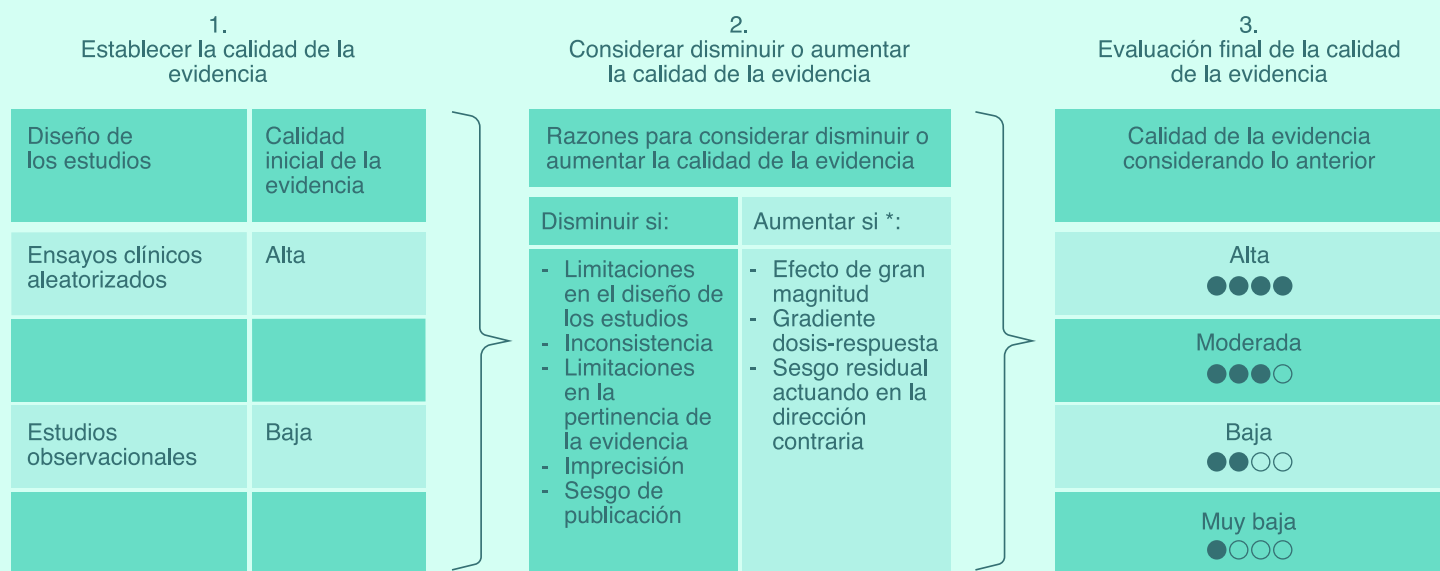
clínicos aleatorizados y de efectividad cuando se mide en condiciones reales. Sin embargo, la evaluación clínica no se basa en un único estudio, sino en un conjunto de investigaciones que pueden incluir ensayos aleatorizados y estudios observacionales.

## 1.2. Sistema GRADE

Para valorar la calidad de este “cuerpo de evidencia”, se utiliza el sistema GRADE, ampliamente adoptado a nivel internacional y también en Chile (Figura N°31)(16). GRADE clasifica inicialmente la evidencia como de calidad alta si proviene de ensayos aleatorizados o baja si proviene de estudios observacionales. Posteriormente, ajusta esta clasificación según diversos criterios, como limitaciones en el diseño, inconsistencia de resultados, falta de pertinencia, imprecisión o sesgo de publicación, lo que puede disminuir la calidad a niveles moderado, bajo o muy bajo.

A la inversa, ciertos elementos pueden elevar la calidad, como un efecto de gran magnitud o la existencia de gradientes dosis–respuesta. Al concluir, el sistema entrega un juicio sintético —alta, moderada, baja o muy baja calidad— que resume el grado de confianza en la evidencia disponible para responder una pregunta formulada bajo la lógica PICO (Paciente, Intervención, Comparador y Outcome).

Figura N°31. Esquema del sistema GRADE.



Fuente: Elaboración propia.

## 1.3. Paciente, intervención, comprador, outcomes y resumen de evidencia (Summary of Findings – SoF)

La evaluación clínica parte por formular una pregunta estructurada según el formato PICO, que identifica al Paciente, la Intervención, el Comparador y los Outcomes o desenlaces. Este enfoque permite delimitar con precisión qué se desea evaluar en términos de valor clínico. Por ejemplo, en pacientes con cáncer de mama HER2 positivo, irreseccable o metastásico, se compara un medicamento nuevo con el tratamiento estándar actual del sistema de salud. El objetivo es determinar si la nueva intervención mejora la supervivencia y reduce la probabilidad de eventos adversos, lo que permite orientar decisiones informadas basadas en evidencia.

La tabla Summary of Findings (SoF) sintetiza la evidencia disponible para una intervención, mostrando sus efectos sobre desenlaces clave y la certeza de la evidencia según GRADE (ver Tabla N°8). En el caso del pertuzumab añadido a trastuzumab y taxano para cáncer de mama HER2 positivo, los desenlaces analizados incluyen la mortalidad a 3 años y los eventos adversos de grado 3 y 4. La tabla presenta tanto el efecto relativo como el efecto absoluto, además de un mensaje interpretativo en lenguaje simple. La certeza de la evidencia es alta para ambos desenlaces, permitiendo concluir que la adición de pertuzumab disminuye la mortalidad y aumenta los eventos adversos, aunque estos se consideran dentro del perfil esperado para este tipo de terapias. Este tipo de tablas facilita la comunicación clara entre clínicos, tomadores de decisiones y pacientes.

Tabla N°8. Resumen de evidencia para Pertuzumab.

Adición de pertuzumab para el tratamiento de cáncer de mama HER2 positivo						
Pacientes	Cáncer de mama HER2 positivo irresecable o metastásico					
Intervención	Pertuzumab agregado al esquema de trastuzumab más taxano.					
Comparación	Trastuzumab más taxano.					
Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%)	Efecto absoluto estimado*			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave en términos sencillos
		SIN Pertuzumab	CON Pertuzumab	Diferencia (IC 95%)		
<b>Mortalidad</b> 3 años	RR 0,77 (0,66 a 0,89) -- (1 ensayo/ 808 pacientes)	544 por 1000	419 por 1000	125 menos (60 a 185 menos)	⊕⊕⊕⊕ Alta	La adición de pertuzumab al tratamiento con trastuzumab y taxano disminuye la mortalidad en el cáncer de mama HER2 positivo irresecable o metastásico.
<b>Eventos adversos</b> (Grado 3 y 4)	RR 1,62 (1,20 a 2,20) -- (1 ensayo/ 804 pacientes) (referencia)	139 por 1000	225 por 1000	86 más (28 a 167 más)	⊕⊕⊕⊕ Alta	La adición de pertuzumab al tratamiento con trastuzumab y taxano aumenta los efectos adversos grado 3 y 4

*IC = Intervalo de confianza del 95%. RR: Riesgo relativo. GRADE: grados de evidencia del GRADE Working Group*  
*\*Los riesgos SIN pertuzumab están basados en los riesgos del grupo control del estudio. El riesgo CON pertuzumab (y su margen de error) está calculado a partir del efecto relativo (y su margen de error).*

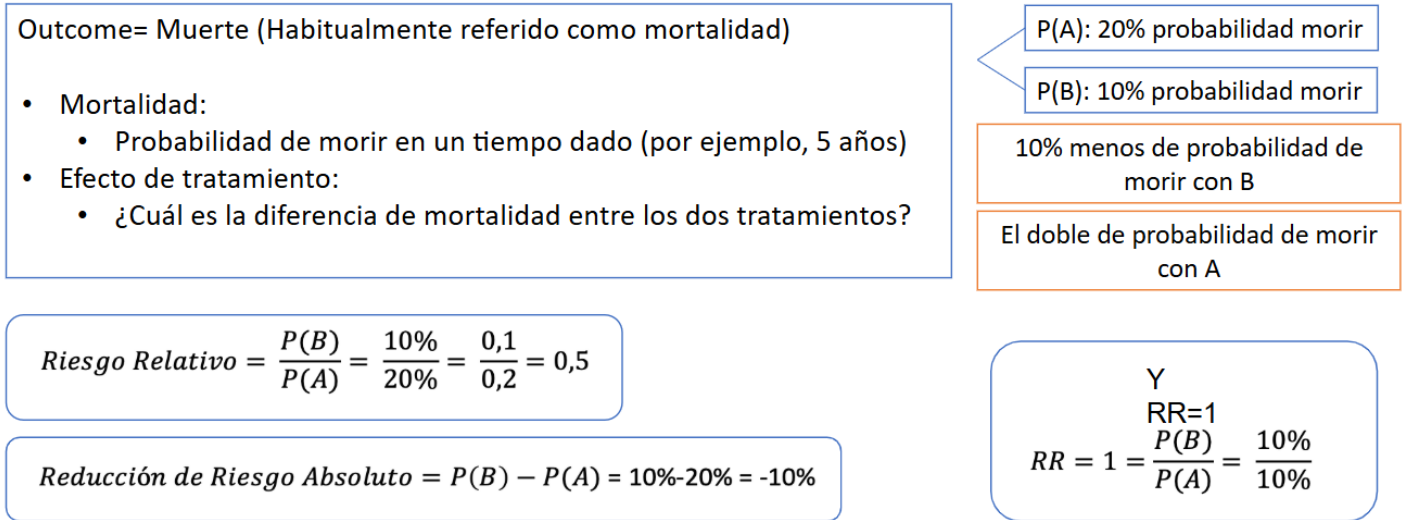
Fuente: Guyatt GH, Oxman AD et al. GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008.

## 2. Outcomes: mortalidad y estimadores absolutos y relativos

Cuando el desenlace es la mortalidad, se entiende como la probabilidad de morir en un periodo de tiempo determinado. Para estimar el efecto de tratamiento, se compara la probabilidad de morir con cada terapia. Si un tratamiento A tiene una mortalidad de 20% y un tratamiento B una

mortalidad de 10%, la diferencia absoluta de riesgo es de 10 puntos porcentuales, lo que implica una reducción del 10% con B. En términos relativos, B tiene la mitad del riesgo de morir que A, lo que se expresa mediante un riesgo relativo (RR = 0,5). El RR muestra cuántas veces mayor o menor es el riesgo entre tratamientos, mientras que la diferencia absoluta indica cuántas personas por cada 100 se beneficiarán directamente del cambio terapéutico.

Figura N°32. Outcomes de mortalidad.



Fuente: Elaboración propia.

## 2.2. Outcome: sobrevida global y hazard ratio

Cuando el desenlace es la sobrevida global, se analiza la probabilidad de vivir al menos un periodo dado. Un concepto relacionado es el riesgo o hazard, que corresponde a la probabilidad de morir en un tiempo específico condicionado a haber llegado vivo a ese momento. Para este tipo de desenlaces se utiliza el hazard ratio (HR) como estimador de efecto. Aunque su cálculo es más complejo, su interpretación es similar a la del riesgo relativo: un HR de 0,5 indica que, en cualquier punto del seguimiento, la probabilidad de morir con la nueva intervención es la mitad de la observada con la alternativa estándar. El HR tiene la ventaja de ser independiente del momento exacto del seguimiento en que se evalúa.

## 2.3. Interpretación de estimadores de efecto

Los efectos de tratamiento pueden expresarse mediante distintos estimadores, cada uno con implicaciones distintas. El riesgo relativo compara la probabilidad de un evento entre la intervención y el comparador; un RR de 0,5 indica que el riesgo es la mitad con la intervención. La reducción relativa del riesgo (RRR) expresa la disminución proporcional del riesgo, por ejemplo 40% si el RR es 0,6. La reducción absoluta del riesgo (RAR) revela cuántas personas por cada 100 evitarán el evento con la nueva terapia. El odds ratio (OR) expresa la “chance” de que ocurra un evento y se interpreta de forma cualitativamente similar al RR cuando los eventos son poco frecuentes. El hazard ratio, utilizado en análisis de sobrevida, refleja el riesgo instantáneo a lo largo del tiempo. Estos estimadores permiten comprender con exactitud el impacto real de una intervención clínica.

**Tabla N°9. Interpretación de estimadores de efecto**

Estimador	Estimador Puntual	Interpretación
Riesgo relativo	0,5	El riesgo de que ocurra el evento con la intervención es la mitad del riesgo (o 50% del riesgo) que con la alternativa estándar.salud pública
Riesgo relativo	0,6	El riesgo de que ocurra el evento con la intervención es un 60% del riesgo que con la alternativa estándar.
Reducción de riesgo relativo	$1 - 0,6 = 0,4$	El riesgo de que ocurra el evento con la intervención es un 40% menos que el riesgo con la alternativa estándar.
Reducción de riesgo absoluto	0,1 (o 10%)	El riesgo de que ocurra el evento con la intervención es un 10% menos absoluto que con la alternativa estándar.materia de salud pública
Odds Ratio	0,5	La chance de que ocurra el evento con la intervención es la mitad de la chance (o 50% del riesgo) que con la alternativa estándar.materia de salud pública
Hazard Ratio	0,5	El riesgo de que ocurra el evento con la intervención es la mitad del riesgo (o 50% del riesgo) que con la alternativa estándar, independiente del tiempo.

Fuente: Elaboración propia.

## 2.4 Intervalos de confianza

Todo estimador de efecto debe interpretarse considerando su intervalo de confianza (IC), que refleja la precisión de la estimación. Un IC estrecho indica mayor certeza. Si el IC del riesgo relativo no cruza el valor 1, el resultado se considera estadísticamente significativo. Por ejemplo, un RR de 0,5 con IC 0,35–0,77 indica una reducción consistente del riesgo. En cambio, un RR de 0,5 con IC 0,24–1,34 implica una estimación imprecisa que podría representar tanto beneficio como ausencia de efecto, por lo que no es estadísticamente significativo. La interpretación del IC es esencial para evaluar la confiabilidad de los resultados y evitar conclusiones incorrectas.

## Resumen de contenidos

---

- El valor clínico se expresa como efecto de tratamiento, es decir, cuánto una intervención prolonga la vida, mejora la calidad de vida o cura una enfermedad; este efecto solo puede estimarse en grupos de pacientes y constituye la base de la evidencia clínica.
- La confiabilidad de la evidencia depende de minimizar el sesgo, priorizando la exactitud por sobre la precisión; un estudio con baja variabilidad pero sesgado sigue siendo menos útil que uno impreciso pero exacto.
- La aleatorización es la herramienta central para reducir el sesgo, ya que iguala las características iniciales de los grupos y permite atribuir las diferencias observadas exclusivamente a la intervención.
- El sistema GRADE evalúa la calidad del “cuerpo de evidencia”, clasificándola en alta, moderada, baja o muy baja según elementos como diseño, consistencia, precisión y riesgo de sesgo, lo que determina cuánta confianza puede depositarse en los resultados.
- Los estimadores de efecto (RR, RRR, RAR, OR, HR) y sus intervalos de confianza permiten interpretar el impacto real de una intervención, diferenciando riesgos absolutos y relativos, y entendiendo la certeza de la evidencia utilizada en decisiones clínicas.

# 05

## Evaluación económica

## 1. El valor económico en salud

La evaluación económica en salud surge a partir de una pregunta fundamental que orienta la toma de decisiones en los sistemas sanitarios: ¿vale la pena pagar por una nueva tecnología? En un contexto donde constantemente emergen intervenciones que demuestran ser eficaces y capaces de mejorar los resultados de salud, esta pregunta adquiere especial relevancia.

No se trata solo de reconocer los beneficios clínicos que una nueva tecnología puede ofrecer, sino de determinar si esos beneficios justifican la asignación de recursos adicionales, considerando las limitaciones presupuestarias siempre presentes en salud.

Esta reflexión se enmarca en una noción económica básica ilustrada por una frase clásica de Alan Williams, pionero de la economía de la salud:

“Estamos en una situación afortunada aunque dolorosa de tener a nuestra disposición más actividades beneficiosas de las que podemos financiar.... La decisión explícita de asignar recursos a un paciente es inevitablemente la decisión implícita de negárselos a otro” (Allan Williams, 1988).

En otras palabras, incluso en sistemas de salud altamente eficientes, financiar una nueva tecnología significa renunciar a otras oportunidades igualmente valiosas. Desde esta perspectiva, el concepto de valor se relaciona directamente con el beneficio que se obtiene al destinar recursos a una intervención específica, en comparación con los beneficios que se habrían alcanzado si esos recursos se hubieran invertido en alternativas dentro del sistema de salud.

La evaluación económica, por tanto, busca responder a esta tensión inherente en la asignación de recursos, proporcionando herramientas para determinar qué tan justificable es el costo de una nueva tecnología en función del impacto real que produce en la salud de la población.

### 1.1. Ejemplo 1: La manzana y el costo de oportunidad

#### Figura N°33. Costo de oportunidad en la elección de una manzana.



- ¿En qué frutería compra usted esta manzana? Si usted compra en Frutería Hernández, ¿qué estaría sacrificando?

Para comprender qué significa preguntarnos si “vale la pena pagar por una nueva tecnología”, supongamos que existen dos fruterías —Hernández y Fernández— que venden exactamente la misma manzana, con igual calidad, sabor y satisfacción esperada. La única diferencia es el precio: en frutería Hernández cuesta \$500, mientras que en frutería Fernández cuesta \$250. Como ambas fruterías están una al lado de la otra y el costo de acceder a ellas es el mismo, la pregunta es evidente: ¿dónde compraría usted la manzana?

La mayoría elegiría la frutería más barata. Sin embargo, el punto clave no es únicamente que la manzana cueste menos, sino qué se sacrifica si uno decide comprar la manzana más cara. Pagar \$500 en lugar de \$250 implica renunciar a distintas alternativas: perder \$250, dejar de comprar una segunda manzana con el mismo dinero e incluso renunciar a cualquier otro uso que podría haberse dado a esos \$250. Esta renuncia es lo que en economía se denomina costo de oportunidad: aquello a lo que se renuncia cuando se elige una opción por sobre otra. En toda decisión de asignación de recursos siempre hay algo que se deja de obtener.

### 1.2. Ejemplo 2: de la manzana a las tecnologías en salud

El mismo principio se traslada al ámbito sanitario. Para simplificar, imaginemos que el “producto” que se busca comprar en salud son años de vida (aunque en la realidad la salud también involucra calidad de vida). Supongamos que existe una nueva tecnología, representada por un medicamento, que cuesta \$20.000.000 por cada año de vida adicional que genera. Al mismo tiempo, sabemos que si esos mismos recursos se invierten en acciones ya existentes dentro del sistema de salud —como cirugías atrasadas o tratamientos que no se realizan por falta de presupuesto— el sistema podría generar un año de vida por cada \$10.000.000 adicionales.

La pregunta entonces es: si un año de vida tiene el mismo valor independientemente de quién lo reciba, ¿es razonable destinar recursos a la nueva tecnología? Desde una perspectiva puramente económica, la respuesta sería no: con los mismos \$20 millones se podrían generar dos años de vida dentro del sistema de salud, mientras que la nueva tecnología solo genera uno. En ese caso, financiar el medicamento implica sacrificar la posibilidad de obtener un beneficio mayor si se asignaran los recursos a otra intervención.

Este razonamiento es la base del análisis de costo-efectividad, donde se comparan la razón incremental de costo-efectividad (RICE) y el umbral de costo-efectividad, elementos en los que profundizaremos a continuación.

## 2. Razón Incremental de Costo-Efectividad (RICE) y Umbral de Costo-Efectividad

En un análisis de costo-efectividad, la pregunta central es si vale la pena financiar una nueva tecnología considerando lo que se obtiene a cambio del gasto adicional. Para ello se utilizan dos conceptos fundamentales: la Razón Incremental de Costo-Efectividad (RICE) y el umbral de costo-efectividad.

La RICE expresa cuánto cuesta obtener una unidad adicional de salud (por ejemplo, un año de vida) cuando se adopta una nueva tecnología en comparación con la alternativa vigente. En la figura N°34, esta razón aparece representada como \$20.000.000 por año de vida adicional, lo que significa que cada año extra de vida logrado con el nuevo medicamento requiere ese monto adicional respecto del tratamiento estándar.

Por otro lado, el umbral de costo-efectividad corresponde a cuánto necesita invertir el propio sistema de salud para generar una unidad adicional de salud en las condiciones actuales en las que el sistema está operando. En el ejemplo, el sistema de salud puede producir un año de vida por cada \$10.000.000 adicionales. Este valor es clave, porque representa el costo de oportunidad: aquello

a lo que se renuncia cuando se decide financiar una nueva tecnología en lugar de invertir esos mismos recursos en prestaciones que ya ofrece el sistema.

Desde esta perspectiva, no basta con preguntar cuánto estaría dispuesta a pagar la sociedad o los pacientes por la nueva tecnología. Aunque algunas personas pudieran declarar que estarían dispuestas a pagar 100 o incluso 500 millones de pesos por un año de vida, dicha disposición no guarda relación directa con la realidad operacional del sistema de salud, que efectivamente podría generar un año adicional de vida con solo 10 millones. Por eso, en decisiones sanitarias, la disposición a pagar no es un criterio relevante: lo relevante es cuánto sacrifica el sistema cuando reasigna recursos a intervenciones nuevas.

Si el sistema puede generar un año de vida con \$10 millones y la nueva tecnología requiere \$20 millones por ese mismo beneficio, entonces financiar el medicamento implica sacrificar la posibilidad de generar dos años de vida dentro del sistema a cambio de obtener solo uno con la nueva intervención. Ese es el verdadero costo de oportunidad que enfrenta la política pública.

Figura N°34. Ejemplo práctico de evaluación de costo-efectividad entre dos medicamentos.



\$20.000.000/Año de vida

**Razón de Costo efectividad incremental (RCEI)**



\$10.000.000 /Año de vida

**Umbral de Costo Efectividad**

Si la RCEI es menor que el umbral de costo efectividad, la nueva estrategia es costo efectiva

	Costo (USD)	Año de vida	RCEI
Medicamento estándar	10.000.000	6	
Medicamento nuevo	50.000.000	8	
	40.000.000	2	20.000.000

Fuente: Elaboración propia.

## 2.1. Determinación de costo-efectividad

Para evaluar si una nueva estrategia es costo-efectiva, se compara la RICE con el umbral:

- Si la RICE es menor que el umbral, la nueva tecnología se considera costo-efectiva, ya que genera unidades adicionales de salud a un costo igual o inferior al que el sistema ya necesita para producirlas.
- Si la RICE es mayor que el umbral, la estrategia se considera no costo-efectiva, porque consume más recursos por unidad de salud que las intervenciones ya disponibles.

Ejemplo Figura N°34: El costo incremental es \$40 millones (50 - 10), y el beneficio incremental es 2 años (8 - 6). La razón incremental resulta en:

$$\frac{40.000.000}{2} = 20.000.000 \text{ por año de vida adicional}$$

Dado que el sistema puede generar un año de vida por solo \$10 millones, la tecnología no es costo-efectiva, porque cuesta el doble por unidad de beneficio.

El mensaje es que la evaluación económica no busca simplemente determinar si una nueva tecnología es beneficiosa, sino si los beneficios que produce compensan el sacrificio que implica dejar de financiar otras actividades de salud. Por ello, la comparación entre la RICE y el umbral permite tomar decisiones transparentes que consideran explícitamente el costo de oportunidad en un sistema donde los recursos siempre son limitados.

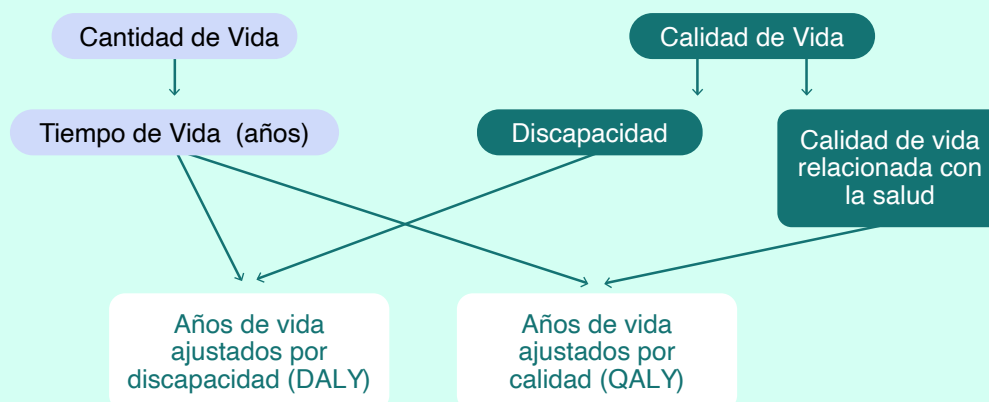
## 3. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALY) y Años de Vida Ajustados por Calidad (QALY)

Cuando analizamos si una nueva tecnología “vale la pena”, es fundamental definir qué entendemos por salud. En la explicación previa simplificamos salud como años de vida, pero esta dimensión no es suficiente: la salud no solo depende de cuánto vivimos, sino también de cómo vivimos. Por ello, además de considerar el tiempo de vida, se incorpora una segunda dimensión: la calidad de vida relacionada con la salud.

La calidad de vida puede medirse de distintas formas. Una aproximación clásica es evaluarla a través de la discapacidad, lo que permite construir los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALY). En esta lógica, más DALYs equivalen a peor salud, y mejorar la salud significa evitar DALYs.

Otra forma, más ampliamente utilizada en evaluaciones económicas, mide directamente la calidad de vida relacionada con la salud a través de instrumentos estandarizados. Estos instrumentos capturan aspectos como movilidad, dolor, salud mental, capacidad para realizar actividades habituales y cuidado personal. Cuando combinamos el tiempo de vida con esta medida de calidad, obtenemos los Años de Vida Ajustados por Calidad (QALY). A diferencia de los DALYs, más QALYs implican mejor salud.

Figura N°35. Relación entre cantidad de vida, calidad de vida, DALYs y QALYs.



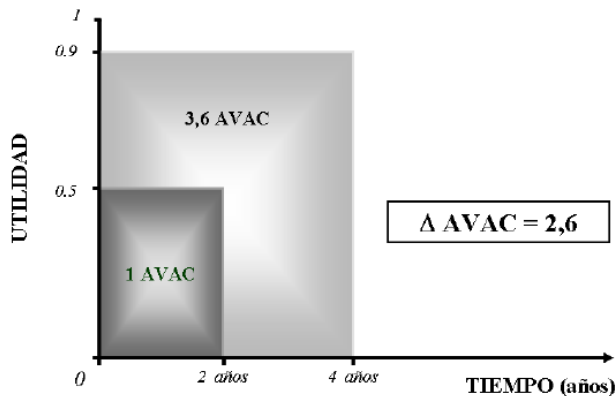
Fuente: Elaboración propia.

Un QALY representa un año de vida vivido en el mejor estado de salud posible. Esta definición permite comparaciones equivalentes (Figura N°35):

- 1 QALY puede corresponder a 2 años vividos con un 50% de la calidad del mejor estado de salud posible.
- También puede equivaler a 4 años vividos con un 25% de la calidad del mejor estado de salud posible.

En términos simples: un QALY es una unidad común de “salud ganada”, que integra cantidad y calidad de vida (Figura N°36).

**Figura N°36. Representación gráfica del cálculo de los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC-QALY)**



Fuente: Servicio de Pediatría. (2010). Evaluación económica en salud (17).

La figura N°36 ilustra cómo se calculan los QALY (Quality-Adjusted Life Years) combinando la duración de la vida con la calidad en que se vive. Para ello, se presentan dos trayectorias de salud distintas:

En el primer caso, una persona vive 2 años después del diagnóstico, pero durante todo ese período su calidad de vida se mantiene en 0,5, es decir, al 50% del mejor estado de salud posible.

El cálculo del QALY se obtiene multiplicando el tiempo por la calidad:  $2 \times 0,5 = 1$  QALY.

Esto significa que, aun cuando la persona vivió dos años, el “equivalente en años de vida con calidad plena” es solo uno. En el segundo caso, otra persona vive 4 años, y además lo hace con una calidad de vida de 0,9 (90% de la salud ideal). El cálculo es:  $4 \times 0,9 = 3,6$  QALY.

Si estas dos trayectorias correspondieran a distintas intervenciones, la diferencia entre ellas mostraría el beneficio atribuible a la nueva alternativa. En términos simples, la segunda persona vive 2 años más, pero al considerar QALY, la ganancia es aún mayor:  $3,6$  QALY –  $1$  QALY =  $2,6$  QALY.

Esto demuestra que el uso de QALY permite valorar no solo cuánto más se vive, sino cómo se vive, integrando ambos aspectos en una métrica común que captura con mayor precisión el beneficio real que puede aportar una intervención en salud.

### 3.1. El instrumento EQ-5D

Para medir la calidad de vida relacionada con la salud, se utilizan instrumentos estandarizados, siendo uno de los más conocidos el EQ-5D, creado por la red EuroQol (18). Este instrumento describe el estado de salud a partir de cinco dimensiones:

1. Movilidad
2. Cuidado personal
3. Actividades habituales
4. Dolor o malestar
5. Ansiedad o depresión

Cada dimensión tiene niveles que representan distintos grados de severidad. En la versión 3L, existen 3 niveles (Tabla N°10); en la versión 5L, cinco (Tabla N°11).

Tabla N°10. EQ-5D, versión 3L.

Dimensión	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Movilidad	Sin problemas para caminar	Algunos problemas para caminar	Confinado a la cama
Cuidado personal	Sin problemas para lavarse o vestirse	Algunos problemas para lavarse o vestirse	Incapaz de lavarse o vestirse
Actividades habituales	Sin problemas para realizar actividades habituales	Algunos problemas para realizar actividades habituales	Incapaz de realizar actividades habituales
Dolor/Malestar	Sin dolor o malestar	Dolor o malestar moderado	Dolor o malestar extremo
Ansiedad/Depresión	Ni ansioso ni deprimido	Moderadamente ansioso o deprimido	Extremadamente ansioso o deprimido

Fuente: Elaboración propia.

Tabla N°11. EQ-5D, versión L5.

Dimensión	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Movilidad	Sin problemas para caminar	Problemas leves para caminar	Problemas moderados para caminar	Problemas severos para caminar	Incapaz de caminar
Cuidado personal	Sin problemas para lavarse o vestirse	Problemas leves para lavarse o vestirse	Problemas moderados para lavarse o vestirse	Problemas severos para lavarse o vestirse	Incapaz de lavarse o vestirse
Actividades habituales	Sin problemas para realizar actividades habituales	Problemas leves para realizar actividades habituales	Problemas moderados para realizar actividades habituales	Problemas severos para realizar actividades habituales	Incapaz de realizar actividades habituales
Dolor/Malestar	Sin dolor o malestar	Dolor o malestar leve	Dolor o malestar moderado	Dolor o malestar severo	Dolor o malestar extremo
Ansiedad/Depresión	Ni ansioso ni deprimido	Ansiedad o depresión leve	Ansiedad o depresión moderada	Ansiedad o depresión severa	Ansiedad o depresión extrema

Fuente: Elaboración propia.

El mejor estado de salud posible es 11111, lo que implica ausencia total de problemas en todas las dimensiones. Cada combinación de niveles describe un estado de salud distinto, al que luego se asigna un valor de utilidad para el cálculo de QALYs.

La versión 5L permite mayor discriminación entre estados de salud, capturando variaciones más finas en la calidad de vida del paciente. Esto enriquece la medición y mejora la precisión de las evaluaciones económicas.

### 3.2. Interpretación de costo-efectividad

El concepto central es que una tecnología es costo efectiva cuando genera más salud (medida en QALYs, años de vida, o DALYs evitados) que la salud que podría producirse destinando esos mismos recursos a otras acciones del sistema de salud. Dicho de otra manera: vale la pena pagar el costo adicional de una nueva tecnología cuando el beneficio en salud supera el beneficio que se produciría usando esos recursos en otra parte del sistema.

Si la tecnología no es costo efectiva, esto no significa que no pueda financiarse, sino que financiarla implica sacrificar salud en otros pacientes que también necesitan atención. Esta es la esencia del razonamiento económico en salud: reconocer el costo de oportunidad y decidir conscientemente a quién se le asignan recursos siempre escasos.

### 3.3. Negociación, precios y justicia distributiva

El análisis de costo-efectividad no solo permite determinar si una nueva tecnología genera suficiente salud adicional como para justificar su costo. También constituye una herramienta clave para negociar precios con la industria farmacéutica. Por ello, los estudios suelen incluir análisis de sensibilidad, que evalúan cómo varía el perfil de costo-efectividad ante reducciones hipotéticas en los precios de los medicamentos. Este enfoque fortalece la capacidad negociadora de instituciones compradoras (como FONASA, el Ministerio de Salud o la CENABAST) al entregar evidencia concreta sobre qué precios serían compatibles con un uso eficiente de los recursos públicos.

La Figura N°37 presenta un ejemplo de evaluación económica en el que se comparan distintas alternativas terapéuticas. Para cada opción se estiman:

- Costo total esperado,
- QALYs obtenidos, y
- Razón de Costo-Efectividad Incremental (ICER), que indica el costo adicional necesario para generar un QALY adicional respecto de la alternativa básica.

**Figura N°37. Resultados de análisis de costo-efectividad de sunitinib versus pazopanib y BSC en el tratamiento del carcinoma renal metastásico en Chile.**

Economic evaluation of sunitinib versus pazopanib and best supportive care for the treatment of metastatic renal cell carcinoma in Chile: cost-effectiveness analysis and a mixed treatment comparison

C. Vargas<sup>a,b</sup>, C. Balmaceda<sup>a</sup>, F. Rodríguez<sup>a</sup>, R. Rojas<sup>a</sup>, A. Giglio<sup>a</sup> and M. A. Espinoza<sup>a\*</sup>

Analysis	TX	Total cost	Total QALY	Inc Cost.	QALY Inc.	ICER (\$/QALY)
Base Case	BSC	\$5,091.97	0.757			
	PA	\$43,255.05	1.370	\$38,163.08	0.61	\$62,327.11
	SU	\$45,786.29	1.399	\$2,501.23	0.03	\$85,885.22

Umbral para Chile = USD 18.000

Table 4. Cost-effectiveness results: incremental analysis of sunitinib versus pazopanib and BSC as first-line treatments for the base case and price reduction scenarios.

Analysis	TX	Total cost	Total QALY	Inc Cost.	QALY Inc.	ICER (\$/QALY)
Base Case	BSC	\$5,091.97	0.757			
	PA	\$43,255.05	1.370	\$38,163.08	0.61	\$62,327.11
	SU	\$45,786.29	1.399	\$2,501.23	0.03	\$85,885.22
25% reduction	BSC	\$5,091.97	0.757			
	PA	\$35,090.56	1.370	\$29,998.59	0.61	\$48,993.04
	SU	\$31,177.54	1.399	\$2,086.98	0.03	\$70,811.49
50% reduction	BSC	\$5,091.97	0.757			
	PA	\$26,926.06	1.370	\$21,834.09	0.61	\$35,658.96
	SU	\$28,568.78	1.399	\$1,642.72	0.03	\$55,737.77
75% reduction	BSC	\$5,091.97	0.757			
	PA	\$18,761.57	1.370	\$13,669.60	0.61	\$22,324.88
	SU	\$19,960.03	1.399	\$1,198.46	0.03	\$40,664.04

Abbreviations: BSC: best supportive care; ICER: incremental cost-effectiveness ratio; Inc: incremental; PA: pazopanib, QALY: quality-adjusted life years; SU: sunitinib; TX: treatment.

NOTE: treatment price reduction were relative to the published list price.

Fuente: Servicio de Pediatría. Todo lo que conviene saber sobre estudios de eficiencia (estudios de Evaluación Económica) [Internet]. Curso: ¿Cómo sobrevivir a la PBE? Valencia: Hospital General Universitario de Alicante, 2010.

En este caso, todas las tecnologías evaluadas presentan ICER muy superiores al umbral de referencia utilizado en Chile ( $\approx$  USD 18.000 por QALY). Esto significa que no son costo-efectivas: por cada QALY producido mediante estas intervenciones, el sistema deja de producir muchos más QALYs en otras prestaciones de salud.

Es importante enfatizar que esto no implica necesariamente que el sistema de salud “no pueda” financiarlas, sino que hacerlo tiene un costo de oportunidad real: se genera menos salud en el conjunto de la población. Financiar intervenciones muy costosas equivale a priorizar a un grupo de pacientes por sobre otros que también requieren atención, pero que no siempre son visibles en el debate público.

Además, incluso reducciones de precio tan significativas como el 75% no logran que los ICER caigan dentro del umbral, aunque sí permiten aproximarse a valores más razonables. Esta información ofrece a la autoridad un argumento sólido para negociar rebajas, mostrando que los precios actuales están muy por encima de lo que el sistema puede asumir sin sacrificar salud en otros grupos de pacientes. La evaluación económica, por tanto, no busca restringir el acceso, sino asegurar que los recursos públicos se utilicen de forma justa y eficiente. Cada decisión de cobertura implica elegir qué intervenciones financiar y cuáles quedarán postergadas; por ello, el análisis económico

ayuda a hacer explícitas estas decisiones y a fundamentarlas desde una perspectiva de equidad poblacional.

La pregunta central que debe guiar estas decisiones es: ¿Vale la pena la pérdida de salud que experimentarán algunos pacientes por los beneficios que recibirán otros?

Responderla requiere transparencia, criterios explícitos y una visión amplia de justicia distributiva. Para apoyar este proceso, la evaluación económica ofrece herramientas como:

- Negociación directa de precios
- Acuerdos de riesgo compartido
- Definición de un precio máximo socialmente justificable para que una tecnología sea considerada costo-efectiva.

En un contexto donde emergen terapias de altísimo costo, estos análisis son esenciales para evitar que la inversión en un número reducido de tecnologías desplace intervenciones preventivas o tratamientos altamente efectivos. El objetivo final es maximizar la salud poblacional, utilizando los recursos disponibles de manera responsable, ética y socialmente sostenible.

## Resumen de contenidos

---

- Toda decisión en salud implica un costo de oportunidad: financiar una nueva tecnología significa renunciar a otros beneficios que el sistema podría generar con los mismos recursos, por lo que siempre hay pacientes que ganan y otros que pierden.
- La evaluación económica permite determinar si “vale la pena pagar” por una tecnología, comparando su costo adicional con el beneficio incremental que produce en salud, ya sea en años de vida, calidad de vida o QALYs.
- La Razón Incremental de Costo-Efectividad (ICER) se contrasta con un umbral, que refleja cuánta salud puede producir el sistema con sus propias intervenciones. Si el ICER supera el umbral, la tecnología no es costo-efectiva porque consume más recursos por unidad de salud que las alternativas disponibles.
- Instrumentos como el QALY permiten integrar duración y calidad de vida, ofreciendo una métrica común para comparar distintos tratamientos y valorar de manera más precisa el beneficio real para los pacientes.
- La evaluación económica es una herramienta de justicia distributiva: orienta la negociación de precios, promueve el uso eficiente de recursos públicos y ayuda a que las decisiones de cobertura se tomen con criterios transparentes, equitativos y orientados al bienestar poblacional.

# 06

## Priorización

## 1. Marco GRADE Evidence to Decision (EtD) para decisiones de cobertura

En esta unidad revisamos el proceso de priorización utilizado actualmente en Chile, particularmente en el marco de la Ley Ricarte Soto, que constituye el mecanismo más transparente de priorización vigente. Este proceso es desarrollado por el Ministerio de Salud y liderado por el Departamento de Evaluación de Tecnologías en Salud (DETES) de la División de Planificación Sanitaria. Para orientar las decisiones de cobertura, el ministerio ha adoptado el marco analítico GRADE Evidence to Decision (EtD), ampliamente utilizado a nivel internacional.

El marco EtD organiza la priorización en tres etapas fundamentales:

1. Planteamiento de la pregunta
2. Evaluación
3. Conclusiones

### 1.1. Planteamiento de la pregunta

El primer paso consiste en formular de manera explícita la pregunta que guiará la evaluación. Esta se construye utilizando la estructura PICO, un estándar ampliamente usado en investigación clínica:

- P: Población: grupo de pacientes al que se dirige la intervención (por ejemplo, mujeres con cáncer de mama HER2+).
- I: Intervención: el tratamiento o tecnología evaluada (por ejemplo, un nuevo medicamento).
- C: Comparación: el tratamiento actualmente utilizado o estándar.
- O: Outcomes (resultados): los desenlaces clínicos relevantes (sobrevida global, progresión, calidad de vida, eventos adversos, etc.).

Esta estructura permite plantear preguntas del tipo: “En pacientes con cáncer de mama triple negativo, el tratamiento X comparado con Y, ¿mejora la supervivencia global?”

La formulación clara de la pregunta es esencial, ya que ordena toda la evaluación posterior.

### 1.2. Evaluación

Una vez formulada la pregunta, el marco EtD propone 12 criterios que deben ser valorados para decidir si una tecnología debiera ser priorizada y financiada (19). Cada uno requiere emitir juicios explícitos, sustentados tanto en evidencia como en consideraciones normativas y sociales.

Los criterios se presentan en la Tabla N°12 a continuación:

**Tabla N°12. Criterios del marco Evidence to Decision (EtD) para la formulación de la pregunta PICO**

<b>Criterio</b>	<b>Descripción</b>
1. ¿Es el problema una prioridad?	Determina si la condición de salud debe situarse por sobre otras en la agenda sanitaria. Priorización implica desplazar otras necesidades.
2. Efectos deseables anticipados	Evalúa cuán sustancial es el beneficio clínico esperado: cuánto mejora la salud con la intervención.
3. Efectos indeseables anticipados	Considera los riesgos, eventos adversos o consecuencias negativas asociadas a la intervención.
4. Certeza general de la evidencia de los efectos	Analiza qué tan confiable es la evidencia disponible sobre beneficios y daños.
5. Incertidumbre respecto del valor que las personas asignan a los resultados principales	Moderadamente ansioso o deprimido
6. Balance entre beneficios y daños	Evalúa si el equilibrio global favorece la intervención o el comparador.
7. Requisitos de recursos (costos)	Estima cuánto cuesta implementar la intervención y qué demanda presupuestaria implica.
8. Certeza de la evidencia sobre el uso de recursos	Determina cuán confiables son los datos disponibles sobre costos y utilización de recursos.
9. Relación costo–efectividad	Examina si la intervención genera más salud por unidad de costo que la alternativa comparadora.
11. Aceptabilidad para los principales interesados	Considera la disposición de actores claves (pacientes, clínicos, gestores, industria) a aceptar la intervención.
12. Factibilidad de implementación	Evalúa si la intervención puede implementarse dadas las capacidades del sistema: recursos humanos, infraestructura, logística y normativa.

Fuente: Elaboración propia.

Si bien estos criterios parecen técnicos, en realidad requieren juicios complejos: no existe una única respuesta correcta para cada pregunta. Por ello, el marco GRADE proporciona categorías estandarizadas de valoración, que ayudan a que distintos evaluadores puedan emitir juicios comparables y transparentes.

### 1.3. Conclusiones

En esta etapa se integran las respuestas a los 12 criterios, con el fin de emitir una recomendación explícita sobre si la intervención debiera ser cubierta por el sistema de salud. El valor del sistema EtD radica en que hace visible el razonamiento detrás de cada decisión, permitiendo justificar las elecciones en un contexto donde los recursos son escasos y las necesidades múltiples.

### 1.4. Ejemplo práctico del EtD y transición hacia análisis multicriterio (MCDA)

Para ilustrar el funcionamiento del marco Evidence to Decision (EtD), utilizamos un ejemplo real publicado por el Ministerio de Salud: la evaluación del medicamento Palivizumab para prevenir el Virus Respiratorio Sincicial (VRS) en recién nacidos cardiopatas y prematuros (20).

En la tabla N°13 de resumen de juicios, cada criterio del EtD fue valorado cualitativamente por el panel evaluador. Las opciones disponibles incluyen categorías como sí, probablemente sí, probablemente no, no, varía y no se sabe. Estas categorías permiten reflejar la interpretación de la evidencia disponible y el juicio de los expertos.

Interpretación general del ejemplo:

- **Problema:** Se consideró que el VRS en esta población era prioritario. Esto se refleja en la marca hacia la derecha de la fila “Problema”.
- **Efectos deseables:** Se clasificaron como moderados, dentro de una escala que podría ir desde triviales hasta grandes.
- **Efectos no deseables:** Se valoraron como pequeños, lo que sugiere que la tecnología tiene un perfil de seguridad aceptable.
- **Certeza de la evidencia:** Se calificó como moderada, lo que indica evidencia razonable pero aún con incertidumbres.
- **Equidad:** El panel estimó que la introducción de esta tecnología probablemente incrementaría la equidad, al beneficiar a una población clínica considerada vulnerable.
- **Aceptabilidad y factibilidad:** También fueron valoradas positivamente.

Este tipo de tabla sintetiza decenas de elementos analizados por el panel, pero presenta un desafío significativo: El juicio sigue siendo cualitativo, y diferentes evaluadores podrían interpretar la misma evidencia de forma distinta. Por ejemplo, en el criterio de equidad, alguien podría valorar “se incrementará”, mientras otro podría optar por “probablemente se incrementará”.

La metodología EtD, aunque útil para ordenar la discusión, no establece reglas claras para decidir qué categoría corresponde a cada situación, ni permite comparar tecnologías entre sí de manera sistemática.

Tras completar el juicio para cada criterio, el panel debe llegar a una recomendación. El EtD propone cinco alternativas:

**Figura N°38. Alternativas de recomendación del marco Evidence to Decision (EtD)**

No dar cobertura	Cobertura con evidencia	Cobertura con negociación precio	Cobertura restringida	Otorgar Cobertura
●	●	●	●	●

En Chile, sin embargo, el proceso ha sido simplificado a dos decisiones:

- Otorgar cobertura
- No otorgar cobertura

Esto limita la flexibilidad del instrumento para abordar incertidumbres, negociar precios o condicionar la cobertura a estudios posteriores.

### 1.5. Limitaciones del EtD como mecanismo de priorización

Aunque el EtD ordena el análisis y promueve la revisión explícita de múltiples criterios, presenta limitaciones relevantes:

- No permite ranquear tecnologías entre sí, cada intervención se evalúa en sí misma, sin comparaciones explícitas.
- No cuantifica el aporte relativo de cada criterio (por ejemplo, cuán importante es la equidad en comparación con la efectividad).
- No resuelve el problema de rendición de cuentas pública: No siempre queda claro por qué una tecnología fue priorizada sobre otra.
- Mantiene una fuerte dependencia del juicio subjetivo, lo que puede introducir variabilidad entre evaluadores.

Debido a estas limitaciones, muchos países han complementado, o reemplazado parcialmente, el EtD con modelos más estructurados y cuantitativos, tales como: Análisis de costo-efectividad, donde las intervenciones se priorizan según su razón costo-efectividad incremental (RCEI). Análisis de Decisiones Multicriterio (MCDA), que veremos a continuación.

**Tabla N°13. Virus Respiratorio Sincicial (Recién nacidos cardiópatas y prematuros) – Palivizumab – Resumen de Juicios**

<b>Criterio</b>	<b>Opción 1</b>	<b>Opción 2</b>	<b>Opción 3</b>	<b>Opción 4</b>	<b>Opción 5</b>	<b>Opción 6</b>	<b>Opción 7</b>	<b>Opción 8</b>
<b>Problema</b>	–	No se sabe	Varía	–	Probablemente No	Probablemente Sí	Sí	Option 7
<b>Efectos Deseables</b>	–	No se sabe	Varían	Triviales	Pequeños	Moderados	Grandes	–
<b>Efectos No Deseados</b>	–	No se sabe	Varían	Grandes	Moderados	Pequeños	Triviales	–
<b>Certeza evidencia efectos</b>	–	No se incluyeron estudios	Muy baja	Baja	Moderada	Alta	–	–
<b>Valores y Preferencias</b>	–	Incertidumbre importante	Incertidumbre posiblemente importante	Incertidumbre probablemente no importante	Incertidumbre no importante	–	–	–
<b>Balance efectos</b>	–	No se sabe	Varía	Favorece comparación	Probablemente favorece comparación	No favorece intervención	Probablemente favorece intervención	Favorece intervención
<b>Certeza uso recursos</b>	No se incluyeron estudios	–	Muy baja	Baja	Moderada	Alta	–	–
<b>Análisis Económico</b>	–	No se sabe	Varía	Favorece comparación	Probablemente favorece comparación	No favorece la comparación	Probablemente favorece intervención	Favorece intervención
<b>Equidad</b>	No se sabe	–	Varía	Se reducirá	Probablemente se reducirá	Probablemente no tendrá impacto	Probablemente se incrementará	Se incrementará
<b>Aceptabilidad</b>	No se sabe	–	Varía	No	Probablemente No	Probablemente Sí	Sí	–
<b>Factibilidad</b>	No se sabe	–	Varía	No	Probablemente No	Probablemente Sí	Sí	–
<b>Recursos Necesarios</b>	–	Costos grandes	Costos moderados	Costos mínimos o ahorro mínimo	Ahorro moderado	Ahorro grande	Varía	No se sabe

## 2. Análisis de decisiones multicriterio (MCDA)

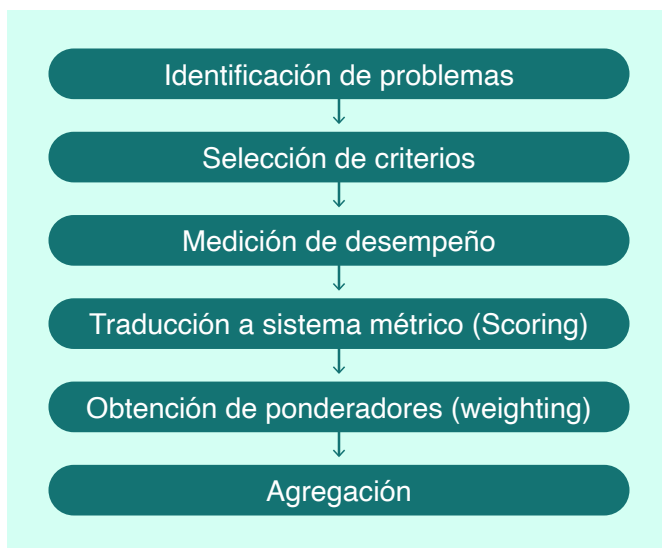
Además de las evaluaciones tradicionales de costo-efectividad, existe otra aproximación ampliamente utilizada para apoyar decisiones sanitarias complejas: el Análisis de Decisiones Multicriterio (MCDA, por sus siglas en inglés). Esta metodología permite comparar tecnologías considerando simultáneamente múltiples criterios que suelen estar en tensión entre sí. Su propósito es integrar esta información en un marco común que facilite decisiones más transparentes, coherentes y fundamentadas (21).

El MCDA no es un método único, sino un conjunto de enfoques estructurados cuyo rasgo común es incorporar explícitamente varios criterios relevantes para la toma de decisiones. Su aplicación es útil cuando los componentes a evaluar (efectividad, costo, equidad, severidad de la condición, entre otros) no pueden ser reducidos a un solo indicador.

### 2.1. Etapas del proceso MCDA

El procedimiento general sigue una secuencia ordenada (Figura N°39):

Figura N°39. Etapas de un MCDA



Fuente: Elaboración propia.

1. Identificación del problema: Definir claramente la situación clínica o sanitaria que motiva la evaluación.
2. Selección de criterios: Se deben elegir los criterios que serán considerados relevantes para comparar alternativas. Por ejemplo: beneficios de salud, costos, severidad de la enfermedad, prevalencia o impacto social.

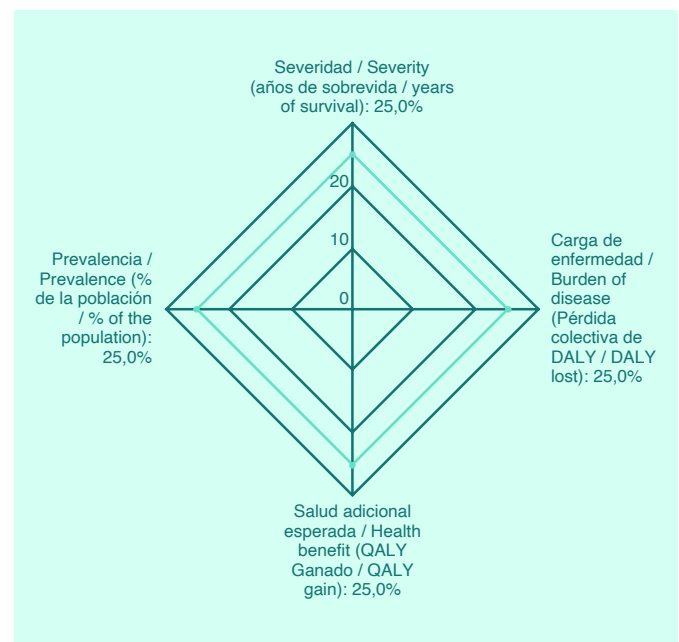
3. Medición del desempeño: Para cada criterio, se cuantifica el valor correspondiente a cada alternativa (por ejemplo, cuántos QALYs aporta, cuál es la prevalencia, cuál es la carga de enfermedad, etc.).
4. Traducción a un sistema métrico común (scoring): Los valores medidos se transforman en puntajes comparables para permitir la agregación posterior.
5. Obtención de ponderadores (weighting): Los ponderadores reflejan la importancia relativa de cada criterio. Se obtienen mediante encuestas, entrevistas o ejercicios estructurados con actores clave (decisores, clínicos, pagadores, pacientes).
6. Agregación: Se combinan los puntajes y ponderadores para obtener una estimación compuesta que resume el valor relativo de cada alternativa.

### 2.2. Ejemplo con cuatro criterios

En la Figura N°40 se presenta un ejemplo simplificado de un análisis multicriterio basado en cuatro atributos:

- Severidad de la condición
- Carga de enfermedad
- Salud adicional esperada (QALY ganado)
- Prevalencia de la condición

Figura N°40. Radar de preferencias MCDA.



Fuente: Elaboración propia.

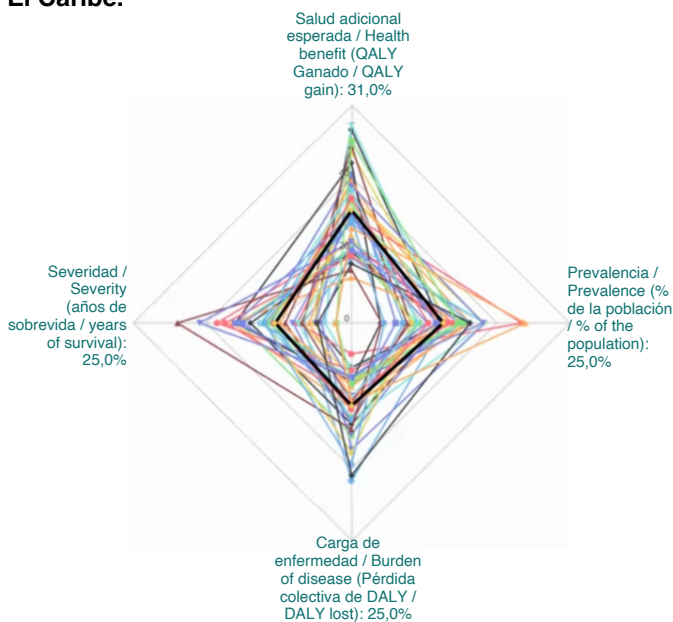
### Escenario 1: todos los criterios pesan lo mismo

Si se asume que cada criterio aporta el mismo valor relativo, entonces cada uno explicaría 25% del valor total. El gráfico resultante es un cuadrado perfectamente simétrico, donde cada vértice se ubica a igual distancia del centro. Este escenario representa una situación idealizada donde la severidad es tan importante como la prevalencia, la carga de enfermedad o los beneficios adicionales.

### Escenario 2: ponderadores obtenidos empíricamente

En la práctica, las personas no valoran todos los criterios por igual. Cuando este método se aplicó en un taller con tomadores de decisiones de Centroamérica y el Caribe, los ponderadores promedio fueron diferentes, generando un polígono asimétrico tras los resultados de la encuesta (Figura N°41):

**Figura N°41. Radar de preferencias MCDA: Summit Pagadores y Tomadores de decisión Centroamérica y El Caribe.**



Fuente: Elaboración propia.

- Salud adicional esperada: 31%
- Prevalencia: 25%
- Carga de enfermedad: 22,7%
- Severidad: 21%

Este ejemplo muestra cómo el MCDA permite capturar las preferencias reales de los decisores, que pueden variar entre grupos (clínicos, pacientes, pagadores, gestores), por

lo que no todos los criterios son igualmente valorados por quienes toman decisiones.

### 2.3. Resultados de ponderadores por categoría

Los resultados desagregados de la ponderación (Tabla N°14) muestran que dentro de cada criterio, los niveles también reciben pesos distintos:

**Tabla N°14. Resultados de ponderadores**

Severidad/Severity (años de sobrevida/years of survival)	Mean
Poca severidad / Low severity (>10)	0%
Medianamente severa / Medium severity (3 - 10)	11.8%
Muy severa / High severity (<3)	21.0%
Carga de enfermedad / Burden of disease (Pérdida colectiva de DALY / DALY lost)	
Baja/Low	0%
Media/Medium	12.4%
Alta/High	22.7%
Salud adicional esperada / Health benefit (QALY Ganado / QALY gain)	
Bajo / Low (0 - 0.3)	0%
Medio / Medium (>0.3 - 0.6)	18.5%
Alto / High (>0.6)	31.0%
Prevalencia / Prevalence (% de la población / % of population)	
Baja / Low (<1%)	0%
Media / Medium (1% - 3%)	14.7%
Alta / High (>3%)	25.2%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N°14, cada criterio del análisis multicriterio (MCDA) se divide en categorías que representan distintos niveles de prioridad. Estas categorías se valoran según parámetros cuantificables, como años de sobrevida, prevalencia o magnitud del beneficio en salud. A partir de estas valoraciones, se asignan ponderadores que reflejan el peso relativo de cada criterio en la priorización de una tecnología sanitaria.

El criterio de severidad se operacionaliza mediante los años de sobrevida esperada. En este caso, la categoría de alta severidad recibe el mayor peso, lo que se traduce en una contribución de 21% al valor total de priorización. Esto refleja que las condiciones más graves, con menor expectativa de vida, tienden a considerarse más prioritarias dentro del proceso de evaluación.

La carga de enfermedad se clasifica típicamente como baja, media y alta, en función de métricas como los DALYs perdidos. La categoría alta concentra el mayor valor, contribuyendo con 22,7% al total del ponderador. Ello expresa que las enfermedades que generan un mayor impacto poblacional (por mortalidad, discapacidad o ambas) adquieren más relevancia al momento de priorizar intervenciones.

El criterio de beneficio adicional en salud se mide mediante indicadores como QALYs ganados. Un beneficio alto (>0,6 QALY) alcanza el valor más elevado dentro del criterio, explicando 31% del peso total. Esto significa que las tecnologías que ofrecen mayores ganancias en salud (en calidad o cantidad de vida) tienden a ser consideradas prioritarias.

La prevalencia de la condición también se clasifica en categorías (baja, media, alta). La categoría de alta prevalencia corresponde a la mayor ponderación, con 25,2%.

Estos resultados permiten observar que los participantes valoran más los escenarios de alta severidad, gran carga de enfermedad, beneficio de salud significativo y condiciones con mayor prevalencia. Reconociendo que las condiciones que afectan a un mayor número de personas pueden tener mayor prioridad desde la perspectiva social o poblacional.

Las categorías más altas dentro de cada criterio suman en conjunto 100% del valor total:

- Severidad alta: 21%
- Carga de enfermedad alta: 22,7%
- Beneficio adicional alto: 31%
- Prevalencia alta: 25,2%

Este conjunto representa un “perfil máximo” de prioridad. Por contraste, una tecnología cuyos desempeños se ubiquen solo en las categorías más bajas de cada criterio obtendría una prioridad total cercana a 0%. De esta forma, el MCDA permite comparar tecnologías según su aporte relativo en distintos dominios, otorgando un puntaje agregado que orienta la toma de decisiones.

## 2.4. Criterios de priorización

**Todo proceso de priorización exige definir qué criterios** serán considerados y, de igual importancia, cómo se medirán. Esta decisión es fundamental porque determina la coherencia, transparencia y comparabilidad del ejercicio, especialmente cuando se evalúan tecnologías para enfermedades muy distintas: como ocurre, por ejemplo, en fondos de alto costo o estrategias nacionales de cáncer.

La práctica internacional muestra que no existe un único set de criterios, sin embargo, sí existen consensos sobre los elementos mínimos que deben evaluarse. La Tabla N°15 resume un conjunto de criterios frecuentemente utilizados y las formas más comunes de medirlos:

**Tabla N°15. Criterios a utilizar y cómo medirlos.**

Criterios	¿Cómo medirlo?
Beneficios de salud adicionales	QALYs adicionales Años ganados Sobrevida Global Sobrevida libre de progresión
Severidad	Expectativa de vida Sobrevida esperada Grado de discapacidad promedio
Equidad	Preventivo versus curativo Iguala la distribución de desenlaces en salud
Frecuencia de la condición	Incidencia
Necesidad insatisfecha	Enfermedad huérfana

Fuente: Elaboración propia.

La tabla anterior no solo enumera criterios; invita a reflexionar sobre qué pregunta intenta responder cada uno y por qué es relevante incluirlo:

**Beneficios adicionales en salud:** Este criterio suele ocupar un lugar central en los procesos de priorización. Sin embargo,

medirlo requiere decisiones explícitas. Los beneficios pueden expresarse en: QALYs adicionales (métrica más utilizada en priorización); Años de vida ganados; Sobrevida global o libre de progresión.

Dado que los desenlaces clínicos específicos no son comparables entre patologías distintas, los sistemas modernos utilizan métricas globales como QALYs o DALYs evitados, que permiten comparar, por ejemplo, tecnologías para cáncer de mama con tecnologías para cáncer renal o enfermedades raras.

Severidad de la condición: La severidad puede reflejarse tanto en la expectativa de vida como en el grado de discapacidad asociado a la enfermedad. Algunas patologías permiten largas supervivencias pero con deterioro severo de la calidad de vida; otras, como ciertos cánceres, se caracterizan principalmente por limitar la sobrevida. Seleccionar una métrica única ayuda a garantizar comparabilidad entre tecnologías.

Equidad en salud: La equidad puede abordarse desde enfoques simples (p. ej., equilibrar acciones preventivas y curativas) o desde análisis más complejos, como evaluar cómo se distribuyen los resultados de salud entre grupos socioeconómicos o poblaciones vulnerables.

Este criterio obliga a pensar quién gana y quién pierde en cada decisión de financiamiento.

Frecuencia de la condición: La frecuencia puede medirse por incidencia o prevalencia, dependiendo del tipo de patología. En cáncer, por ejemplo, la incidencia es más informativa para priorización, ya que refleja cuántos nuevos casos requerirán tratamiento cada año.

Necesidad insatisfecha: Este criterio visibiliza enfermedades históricamente postergadas, especialmente las enfermedades huérfanas. Incorporarlo permite corregir desigualdades acumuladas. No obstante, pierde capacidad discriminadora cuando todas las patologías evaluadas pertenecen a la misma categoría (por ejemplo, cuando todas son enfermedades raras).

Definir criterios de priorización implica tomar decisiones técnicas, pero también éticas. Cada criterio de la Tabla N°15 representa una dimensión distinta del valor en salud, y la forma de medirlos define cómo se entiende ese valor. En sistemas donde participan clínicos, autoridades, pacientes y ciudadanía, estos criterios permiten organizar el debate, evitar arbitrariedades y construir decisiones que sean comprensibles y defendibles. De esta manera, un buen proceso de priorización no solo selecciona criterios, sino que explicita cómo se medirán, por qué son relevantes y cómo se combinarán para orientar decisiones. Esta claridad es la base para avanzar hacia marcos más justos, comparables y participativos en evaluación y financiamiento de tecnologías sanitarias.

## Resumen de contenidos

---

- El marco GRADE EtD organiza la priorización en Chile, guiando decisiones de cobertura mediante 12 criterios que integran evidencia, costos, equidad y factibilidad, con un proceso transparente y estructurado.
- El EtD es útil pero limitado, porque no permite comparar tecnologías entre sí ni cuantificar la importancia relativa de los criterios, manteniendo alta dependencia del juicio subjetivo.
- El Análisis de Decisiones Multicriterio (MCDA) surge como complemento necesario, al permitir integrar múltiples criterios con ponderaciones explícitas, generando comparaciones más sistemáticas y fundamentadas.
- Los ponderadores muestran que no todos los criterios tienen la misma importancia, destacando el beneficio adicional en salud, la prevalencia y la carga de enfermedad como los más valorados por los decisores en ejercicios prácticos.
- Definir criterios y cómo medirlos es central para un proceso de priorización justo y comparable, combinando dimensiones como beneficio, severidad, equidad, frecuencia y necesidad insatisfecha para orientar decisiones coherentes y defendibles.

# Cuestionario Final

**1. ¿Qué expresa el “efecto de tratamiento” en una evaluación clínica?**

- a) La cantidad de estudios publicados sobre una intervención.
- b) El impacto promedio que una intervención tiene en la vida, calidad de vida o curación de un grupo de pacientes.
- c) La aceptabilidad de la intervención entre los profesionales clínicos.
- d) El costo estimado por cada año de vida ganado.

**2. En evaluación de evidencia, ¿qué situación describe un estudio exacto pero impreciso?**

- a) Sus resultados están cercanos a la verdad, aunque dispersos.
- b) Sus resultados son consistentes entre sí, pero están lejos de la verdad.
- c) Utiliza un tamaño muestral demasiado grande.
- d) Tiene baja validez externa pero alta validez interna.

**2. ¿Qué representa el costo de oportunidad en evaluación económica?**

- a) El ahorro obtenido al implementar una nueva tecnología.
- b) El costo financiero que asume la industria por fijar precios altos.
- c) Los beneficios en salud que se dejan de producir al destinar recursos a una intervención nueva en vez de a otra ya existente.
- d) El costo total acumulado de todas las intervenciones dentro del sistema de salud.

**3. Una tecnología es considerada costo-efectiva cuando:**

- a) Su costo es menor que todas las alternativas disponibles.
- b) Su RICE es menor o igual al umbral que representa lo que el sistema de salud puede producir con sus propios recursos.
- c) Los pacientes están dispuestos a pagar por ella.
- d) Los clínicos reportan que tiene alta aceptabilidad.

**4. ¿Cuál es el propósito principal del marco GRADE Evidence to Decision (EtD)?**

- a) Estimar exclusivamente la costo-efectividad de tecnologías sanitarias.
- b) Ordenar la discusión y emitir juicios explícitos sobre criterios relevantes para decisiones de cobertura.
- c) Determinar precios máximos para medicamentos.
- d) Reemplazar completamente los procesos de análisis clínico y económico.

**5. En un análisis multicriterio (MCDA), los ponderadores (weights) permiten:**

- a) Eliminar criterios que no cuenten con evidencia sólida.
- b) Medir el costo financiero de cada intervención.
- c) Representar la importancia relativa que actores decisores asignan a cada criterio de priorización.
- d) Asegurar que todas las tecnologías obtengan la misma puntuación.

# MÓDULO 3.

## Humanización en la atención en salud y dimensión socioantropológica de la salud y enfermedad

### Objetivos de aprendizaje del Módulo 3

1. Comprender los principios, corrientes y desafíos contemporáneos de la humanización en salud, así como su relevancia ética, clínica y organizativa, para transformar los modelos de atención hacia prácticas centradas en la dignidad, la autonomía y las personas.
2. Comprender los principales conceptos socioantropológicos, como la cultura, enfermedad, sistemas de atención, determinantes sociales e interseccionalidad, y su aporte para interpretar de manera situada los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.
3. Reconocer cómo las prácticas culturales, las desigualdades sociales y los múltiples sistemas de atención influyen en las experiencias de enfermar, buscar cuidado y adherir a tratamientos, valorando la diversidad de perspectivas y saberes presentes en las comunidades..

# 07

## Humanización en salud: un imperativo ético y humano

## 1. Introducción a la humanización de la atención en salud

Durante el siglo XXI, la humanización en salud se ha consolidado como un enfoque integral que coloca al ser humano (paciente y familia) en el centro de la atención sanitaria, reconociendo su dignidad, derechos, emociones, valores culturales y contexto social (22). Este enfoque promueve una atención ética, empática, respetuosa, participativa y centrada en la persona, y se basa en principios como:

- Respeto por la autonomía y la dignidad.
- Comunicación clara y compasiva.
- Participación activa del paciente en su proceso de salud/enfermedad.
- Condiciones laborales justas y saludables para el personal.
- Diseño de entornos hospitalarios que favorezcan el bienestar físico y emocional.

Así mismo, la humanización en la atención en salud busca garantizar una atención centrada en la dignidad, los valores, la autonomía y la integralidad del ser humano, promoviendo relaciones respetuosas y empáticas entre los actores del sistema de salud. A su vez, implica reconocer a usuarios/as como personas y no solo como portadores de una enfermedad, integrando el conocimiento técnico-científico con el trato humano y compasivo.

La humanización de la atención en salud surge como una respuesta crítica a los efectos adversos del modelo biomédico positivista, como: la relación médico-paciente vertical y distante; déficits en comunicación clínica, que afectan la comprensión, adherencia y confianza; falta de reconocimiento del contexto cultural y social de los usuarios; y desgaste emocional y precarización de las condiciones laborales de los equipos de salud. Humanizar la atención implica reconocer estas limitaciones estructurales y avanzar hacia prácticas más integrales, inclusivas y respetuosas.

## 2. Corrientes contemporáneas que abordan la humanización en salud

Existen diversas corrientes contemporáneas que abordan el concepto de humanización desde distintas disciplinas (medicina, bioética, psicología, sociología, filosofía). Algunas destacadas son:

- Medicina Centrada en la Persona (MCP): Promueve decisiones compartidas, horizontalidad en la relación

clínica y protagonismo del paciente frente a su propio cuidado.

- Salud Planetaria y One Health: Amplían la noción de salud y humanización hacia el entorno ecológico y animal, reconociendo la interdependencia entre bienestar humano, ecosistemas y otras especies. Promueven un enfoque ético global y sostenible de la salud.
- Psicología humanista en salud: Incorpora la escucha activa, la validación emocional y la comprensión de la experiencia subjetiva del paciente.
- Bioética personalista: Pone la dignidad humana como eje moral que guía el respeto integral por las personas en contextos clínicos.
- Enfoque intercultural en salud: Reconoce la diversidad cultural, integra saberes tradicionales y promueve prácticas respetuosas para comunidades indígenas y migrantes.
- Humanización del cuidado en enfermería: Basada en teorías como la de Jean Watson, enfatiza el cuidado compasivo, la ética del cuidado y la atención emocional.
- Cuidados paliativos y final de vida: Resalta la importancia de la calidad de vida, la dignidad y la atención espiritual, emocional y familiar en etapas terminales.

## ¿Para qué sirve la Humanización en Salud?

La humanización en salud mejora la satisfacción y adherencia de los pacientes, reduce el estrés del personal, favorece mejores resultados clínicos y fortalece una cultura institucional ética y solidaria.

### 3. Humanización en salud como innovación

La humanización es considerada hoy una forma de innovación social en salud, porque propone soluciones sostenibles orientadas al bienestar colectivo, especialmente en contextos de vulnerabilidad (23). Se caracteriza por:

- Diseñar soluciones nuevas, eficaces y sostenibles para mejorar el bienestar.
- Involucrar a comunidades, organizaciones civiles, profesionales de salud, gobiernos y sector privado.

- Transformar prácticas institucionales y relaciones humanas en salud.

Humanizar es innovar: implica reconfigurar los vínculos, reconstruir la confianza y poner en el centro la experiencia de personas y comunidades. La conjugación de los avances médicos y científicos, junto a los vínculos humanos de calidad, dan como resultado la innovación en salud:

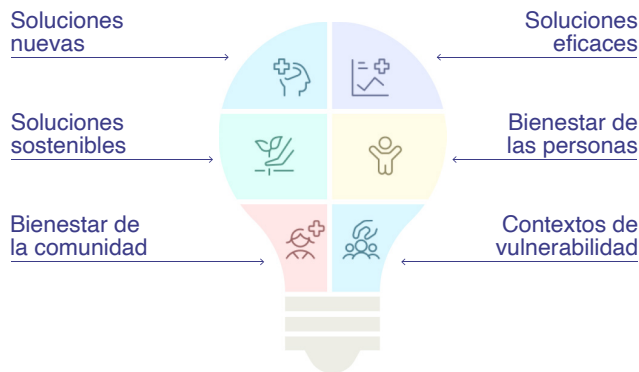
Figura N°42. Componentes de la innovación en salud.



Fuente: Elaboración propia.

La innovación social en salud se basa en generar soluciones nuevas, eficaces y sostenibles, orientadas al bienestar de las personas y de las comunidades, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad (Figura N°43).

**Figura N°43. Elementos que componen la Innovación Social en Salud.**



Fuente: Elaboración propia.

Este tipo de innovación requiere la colaboración de múltiples actores. Las organizaciones civiles aportan experiencia comunitaria y apoyo a programas de salud; las comunidades locales participan activamente desde su conocimiento situado; los gobiernos generan marcos regulatorios y políticas de apoyo; y los profesionales de la salud introducen estas transformaciones en su práctica cotidiana (Figura N°44). La innovación surge, por lo tanto, de un entramado colectivo donde cada actor contribuye a fortalecer un sistema más humano, más eficiente y más cercano.

**Figura N°44. Colaboración para la Innovación en Salud.**



Fuente: Elaboración propia.

Avanzar hacia una innovación social con enfoque de humanización implica transformar prácticas, mejorar las relaciones entre usuarios y equipos, y reestructurar los sistemas para promover mayor equidad y accesibilidad. También involucra fomentar la participación y mantener

un enfoque centrado en las personas, entendiendo que su experiencia, emociones y trayectorias deben guiar las decisiones en salud. Este ciclo de transformación continua permite que los sistemas evolucionen hacia modelos de atención más justos, integrales y centrados en el bienestar (Figura N°45).

**Figura N°45. Dimensiones clave de la Innovación en Salud.**



Fuente: Elaboración propia.

#### 4. Experiencias de las personas como valor en salud

Incorporar las experiencias de las personas y las comunidades en los procesos de atención es esencial para avanzar hacia sistemas de salud más humanos y pertinentes. La vivencia subjetiva de quienes atraviesan una enfermedad (sus emociones, expectativas y dificultades) se convierte en un valor central para orientar decisiones clínicas y organizacionales (24).

En condiciones complejas, como las enfermedades oncológicas, estas experiencias permiten comprender mejor las necesidades reales de pacientes y familias, ampliando el foco más allá de los resultados biomédicos para incluir la calidad de vida, el bienestar emocional y la percepción de dignidad durante la atención.

Integrar la experiencia del paciente al modelo de valor implica reconocer que su bienestar, participación y trato recibido no son elementos complementarios, sino componentes esenciales para una atención significativa y de calidad. Así, la experiencia humana se transforma en un pilar clave para la humanización y la innovación en salud.

## Resumen de contenidos

---

- La humanización en salud sitúa a las personas en el centro del cuidado, promoviendo dignidad, autonomía, comunicación compasiva y relaciones respetuosas.
- Surge como respuesta crítica al modelo biomédico tradicional, reconociendo sus límites en comunicación, vínculo terapéutico y consideración del contexto social y cultural.
- Diversas corrientes sustentan un enfoque integral del cuidado, como: la Medicina Centrada en la Persona, la Psicología Humanista, la Bioética Personalista, la Salud Intercultural y los Cuidados Paliativos.
- La humanización es también una forma de innovación social, que requiere colaboración entre comunidades, organizaciones, gobiernos y equipos de salud para transformar prácticas y sistemas.
- La experiencia de pacientes y comunidades se considera un valor esencial en salud, orientando la atención hacia calidad de vida, bienestar emocional, participación y trato digno.

# 08

## Dimensión socioantropológica de la salud- enfermedad

Esta unidad aborda la dimensión socioantropológica de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado. Desde esta perspectiva, comprender cómo las personas se enferman, buscan atención y cuidan implica situar estos procesos dentro de contextos sociales, culturales, históricos y políticos. Se han propuesto 3 objetivos para esta unidad:

- Comprender la mirada socioantropológica de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.
- Reconocer la influencia de la cultura, la determinación social y la interseccionalidad en las experiencias de enfermar, atenderse y cuidar.
- Valorar la diversidad de sistemas de atención de salud, tanto en el presente como a lo largo de la historia humana.

## 1. ¿Qué es la antropología?

La antropología es una disciplina científica que estudia al ser humano en toda su complejidad. Su propio nombre lo refleja: *anthropos* significa “hombre/humano” y *logos* significa “conocimiento”. La antropología analiza las sociedades humanas, tanto antiguas como modernas, simples y complejas, y busca comprender la totalidad y diversidad de la condición humana, considerando su evolución, sus formas de organización social, sus lenguajes y sus expresiones culturales.

Desde esta visión integral, la antropología no se limita a describir comportamientos o creencias, sino que compara, interpreta y contextualiza prácticas humanas para comprender cómo se construye la vida social y cómo se producen significados colectivos en distintos tiempos y lugares. Posee diferentes ramas:

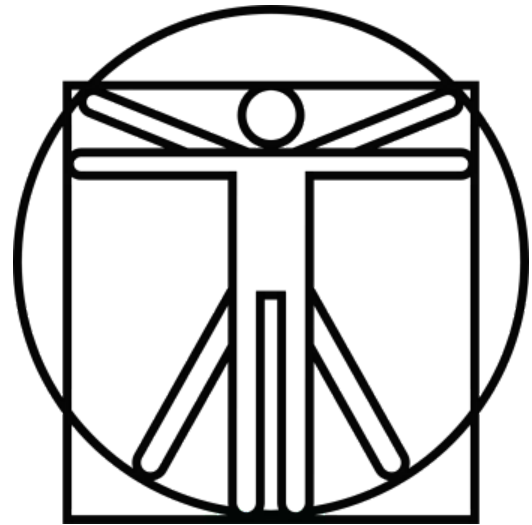
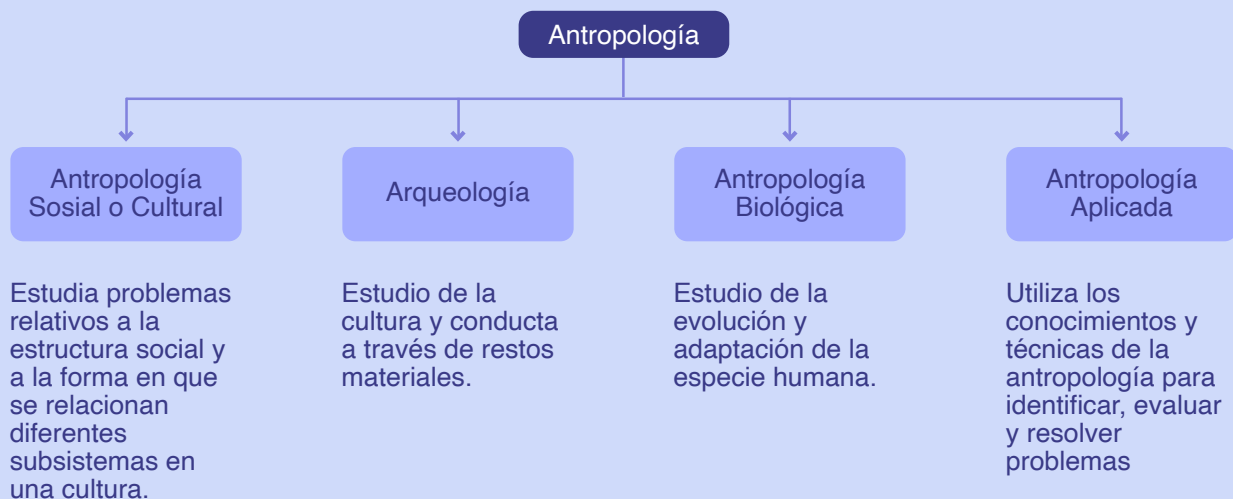


Figura N°46. Ramas de la Antropología.



Fuente: Elaboración propia.

Dentro de la última rama se sitúa la socioantropología de la salud, campo que aplica herramientas antropológicas para comprender los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado en relación con los contextos sociales y culturales.

## 2. La socioantropología de la salud

La socioantropología de la salud estudia cómo la salud y la enfermedad se producen, se interpretan y se distribuyen dentro de una sociedad (25). No solo se interesa por los aspectos biológicos, sino por el anclaje social, cultural y político de los procesos que afectan la vida y el bienestar de las personas. Desde esta perspectiva, la enfermedad y la curación se reconocen como experiencias profundamente humanas, moldeadas por valores, expectativas, identidades, relaciones de poder, normas culturales, desigualdades y condiciones históricas.

Comprender cómo cada cultura entiende y organiza el cuidado de la salud es fundamental para la práctica sanitaria, especialmente en contextos donde conviven personas de diversas tradiciones y sistemas de creencias. Estas concepciones culturales influyen directamente en qué tan aceptados, útiles o efectivos pueden ser ciertos cuidados, tratamientos o intervenciones. Por ello, la salud y la enfermedad no pueden entenderse únicamente desde la biología: también son fenómenos socialmente construidos que moldean las estrategias que utilizan las personas para buscar alivio y condicionan su adherencia a los tratamientos biomédicos.

### 2.1. El “susto” como ejemplo de la dimensión cultural de la salud-enfermedad

Para ilustrar esta dimensión cultural, revisemos el ejemplo del “susto”, una enfermedad culturalmente reconocida en distintos países de América Latina y Centroamérica (26). Según la tradición, el susto ocurre cuando un sobresalto o impacto emocional provoca que el alma “se desprenda” del cuerpo. Los síntomas asociados incluyen cansancio extremo, insomnio, falta de apetito y tristeza profunda. Su tratamiento, lejos de seguir un modelo biomédico, consiste en un “llamado del alma” realizado por un curandero o un familiar, quien acude al lugar donde ocurrió el susto, pronuncia el nombre de la persona afectada y realiza un ritual de “barrido” utilizando hierbas, huevo o copal hasta lograr que el alma regrese al cuerpo.

Este ejemplo evidencia por qué es crucial para los equipos de salud reconocer y dialogar con los saberes culturales de las personas. Un paciente que interprete su malestar como susto puede llegar a consulta médica con síntomas que él o ella atribuye a un desequilibrio espiritual, pero recibir únicamente medicamentos para la somnolencia o la depresión. Si este tratamiento no se ajusta a su marco cultural de comprensión, puede resultar frustrante y disminuir su adherencia.

Conocer estas construcciones culturales permite al profesional de salud abrir un espacio respetuoso de diálogo, que incorpore otras preguntas como: “¿Ha pensado en

realizar un llamado del alma?”. Este gesto no solo valida la experiencia del paciente, sino que también reconoce la coexistencia de otros sistemas de salud y creencias. Al integrar esta sensibilidad cultural, se fortalece la confianza, mejora la comunicación y aumenta la probabilidad de que la persona participe de manera activa y comprometida en su proceso de cuidado.

### 3. Conceptos clave para comprender los procesos de salud-enfermedad en las sociedades

A continuación, se presentan los conceptos centrales de la socioantropología de la salud. Estos permiten analizar de forma situada y crítica cómo las sociedades entienden, viven y organizan sus procesos de salud-enfermedad-atención.

#### 3.1. Cultura

La cultura corresponde al conjunto de tradiciones, prácticas y significados que las personas aprenden dentro de una sociedad y que orientan sus comportamientos y formas de comprender el mundo. Es un proceso que se adquiere mediante la socialización y que moldea necesidades, percepciones corporales y maneras de relacionarse.

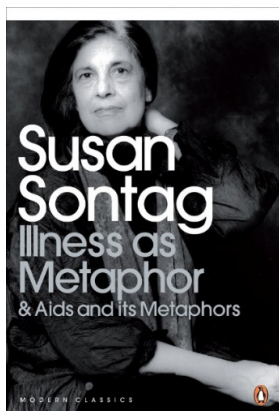
La cultura, además, se comparte y estandariza entre quienes conviven en un mismo grupo social. Sus significados se forman y transforman en la interacción cotidiana, y por ello nunca son estáticos. Cambian a lo largo del tiempo conforme cambian también las relaciones sociales, los contextos y las experiencias colectivas (27).

#### 3.2. Enfermedad

La socioantropología de la salud propone entender la enfermedad como un fenómeno compuesto por tres dimensiones interrelacionadas:

- **Disease / Enfermedad (biológica):** Corresponde a la definición biomédica basada en la evidencia científica.
- **Sickness / Padecimiento (social):** Es la posición que la sociedad asigna a quien está enfermo: expectativas, roles, estigmas o solidaridades.
- **Illness / Malestar (cultural y subjetiva):** Refiere a la experiencia individual de vivir la enfermedad.

Comprender estas tres dimensiones nos permite evitar el reduccionismo biológico, superar explicaciones estigmatizantes y reconocer que toda enfermedad está atravesada por normas sociales, significados y experiencias personales.



Sontag, S. (1978). *Illness as metaphor*. Farrar, Straus and Giroux.

Un ejemplo de estas dimensiones surge de Susan Sontag que mostró cómo las metáforas sociales sobre el cáncer (que aluden a culpa, castigo o debilidad emocional) individualizan la enfermedad y responsabilizan al paciente, dejando fuera su dimensión biológica y social (28).

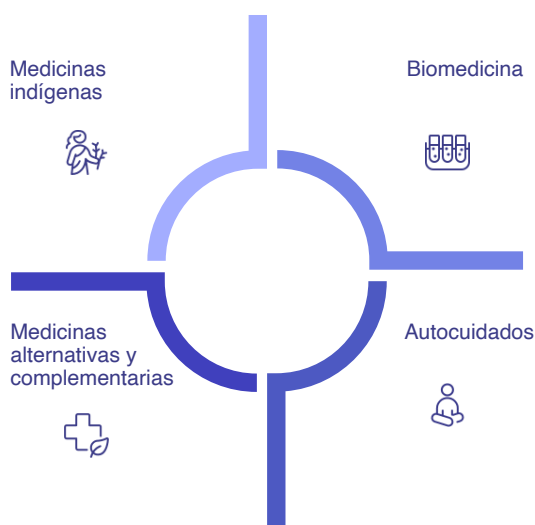
Estas metáforas generan estigma, dificultan la prevención, retrasan la búsqueda de atención y desalientan políticas públicas basadas en evidencia.

Sontag enfatiza que “el cáncer es una enfermedad, no una metáfora”, y destaca la importancia de hablar con claridad, utilizando datos clínicos y sociales que liberen a las personas de cargas simbólicas injustas.

### 3.3. Sistemas de atención de salud

Los sistemas de atención de salud son conjuntos organizados de saberes, normas, prácticas y actores que una sociedad utiliza para prevenir, diagnosticar, tratar enfermedades y mantener el bienestar (29). No existe un único sistema universal; cada cultura desarrolla el suyo o convive con varios simultáneamente. De esta forma, en la figura N°47 a continuación vemos 4 ejemplos de sistemas de salud, ya que existen otros.

Figura N°47. Algunos Sistemas de Atención en Salud.



Fuente: Elaboración propia.

Entre estos sistemas se encuentran, por ejemplo:

- Medicinas indígenas
- Medicinas alternativas y complementarias
- Autocuidados
- Biomedicina

A lo largo del tiempo, la biomedicina ha adquirido una posición hegemónica. Esta hegemonía se basa en un enfoque biologicista, pragmático e individualista, que suele excluir dimensiones psicológicas y socioculturales, así como el saber de pacientes y comunidades. Esto genera relaciones asimétricas entre profesionales y usuarios, promoviendo una participación pasiva del paciente (30).

### ¿De qué sirve comprender esto?

Nos permite entender que los sistemas de salud son sistemas culturales, con normas propias, y las personas pueden transitar e interactuar con más de un sistema de salud: esto debe ser tomado en consideración por los sistemas de salud para entregar una atención contextualizada y pertinente, que comprenda que la atención de salud puede incluir distintos métodos y formas, entendiendo la pluralidad de caminos que las personas pueden elegir a la hora de enfrentarse a la experiencia de estar sano o enfermo.

Figura N°48. Aportes de la socioantropología en la atención en salud.

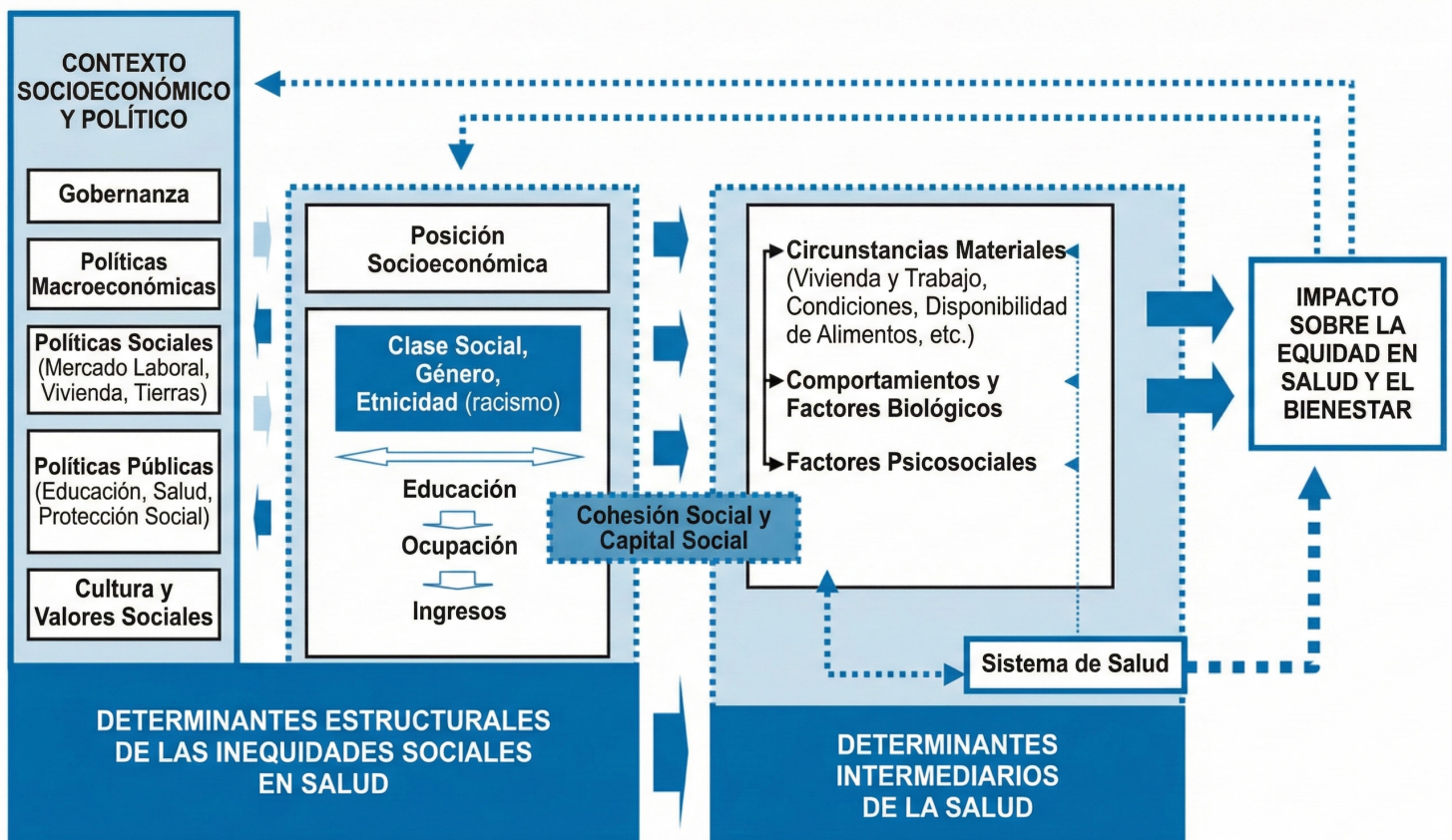


Fuente: Elaboración propia.

### 3.4. Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud corresponden a las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (31). Incluyen políticas públicas, distribución del poder y del dinero, normas sociales, sistema económico y marco jurídico. Estos factores explican gran parte de las desigualdades en salud entre grupos y territorios.

Figura N°49. Determinantes sociales estructurales e intermedios en las desigualdades en salud.



Fuente: Solar, O. e Irwin, A. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, adaptado de A conceptual framework for action on the social determinants of health, WHO, 2010.

### En la figura N°49 se distinguen:

- Determinantes estructurales: contexto político y socioeconómico, junto con ejes de desigualdad como clase social, género, edad, etnia y territorio.
- Determinantes intermedios: condiciones materiales, empleo, vivienda, ingresos, cuidados, entornos residenciales, factores psicosociales, conductuales y biológicos.

Comprender esta estructura permite analizar críticamente los procesos de salud-enfermedad-atención, identificando cómo se reproducen inequidades.

### 2.5. Enfoque interseccional

El enfoque interseccional, desarrollado por Kimberlé Crenshaw y la sociología feminista negra, es un marco analítico que muestra cómo múltiples ejes de identidad y poder (p. Ej. género, raza, clase, migración, discapacidad, territorio, orientación sexual) actúan simultáneamente, generando privilegios o desventajas concretas en la vida de las personas, incluyendo el ámbito de la salud (32).

### ¿Qué ocurre en el cruce de todos estos ejes?

Este enfoque permite identificar zonas ciegas en políticas y programas de salud, prevenir soluciones inequitativas, fortalecer la participación comunitaria reconociendo identidades complejas y orientar reformas y recursos hacia donde convergen mayores desigualdades (Figura N°50).

### 4. Importancia del abordaje socioantropológico para la salud pública

El aporte socioantropológico invita a mirar la salud desde un lugar distinto: uno que reconoce la importancia del contexto, de la cultura y de las experiencias situadas de las personas. Desde esta perspectiva, la formación de profesionales se nutre de un enfoque más humano, sensible a la diversidad y a las realidades cotidianas de las comunidades con las que trabajan.

Este enfoque también abre espacio para metodologías creativas y participativas, que no solo involucran directamente a las comunidades, sino que además fortalecen su voz y su capacidad de acción. Al mismo tiempo, impulsa una lectura crítica de la salud pública tradicional, recordándonos que la salud no es un hecho aislado ni estático, sino un fenómeno profundamente social e histórico. En esa comprensión se encuentra la posibilidad de transformarla, orientándola hacia mayores niveles de equidad y hacia un bienestar verdaderamente colectivo (27, 33).

Figura N°50. Aportes del enfoque interseccional a la Salud Pública



Fuente: Elaboración propia.

## Resumen de contenidos

---

- La socioantropología de la salud permite comprender los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado como fenómenos sociales, históricos y culturales, no solamente biológicos.
- La cultura influye directamente en cómo las personas interpretan sus malestares, buscan atención y deciden qué cuidados son significativos o efectivos para ellas.
- Las enfermedades deben analizarse en sus tres dimensiones (disease, sickness e illness) para evitar reduccionismos biomédicos y reconocer experiencias subjetivas, significados culturales y posiciones sociales.
- Los sistemas de atención de salud son diversos y coexistentes; las personas transitan entre ellos, por lo que la práctica sanitaria debe reconocer la pluralidad terapéutica y las relaciones de poder que estructuran su hegemonía.
- Los determinantes sociales y el enfoque interseccional permiten identificar cómo las desigualdades estructurales y las identidades múltiples configuran riesgos, accesos, experiencias de atención y resultados en salud.

# Cuestionario Final

**1. ¿Cuál es uno de los principios centrales de la humanización en salud?**

- a) Aumentar la eficiencia administrativa del sistema.
- b) Enfatizar exclusivamente los resultados biomédicos.
- c) Reconocer la dignidad, emociones y autonomía de las personas.
- d) Promover la estandarización rígida de los cuidados.

**2. ¿Por qué es importante integrar la experiencia de las personas en la atención en salud?**

- a) Porque permite reemplazar la evidencia científica por testimonios.
- b) Porque mejora la comunicación, la confianza y la adherencia a los tratamientos.
- c) Porque reduce la necesidad de contar con profesionales de la salud.
- d) Porque evita la incorporación de la familia en el proceso de atención.

**3. Según la socioantropología de la salud, la cultura se entiende como:**

- a) Un conjunto fijo de tradiciones sin posibilidad de cambio.
- b) Conocimientos transmitidos genéticamente.
- c) Tradiciones, costumbres y significados aprendidos que orientan el comportamiento.
- d) Un sistema exclusivamente espiritual para interpretar enfermedades.

**4. Las tres dimensiones de la enfermedad (disease–sickness–illness) permiten:**

- a) Sustituir el diagnóstico clínico por interpretaciones subjetivas.
- b) Comprender simultáneamente la base biológica, social y vivida de la enfermedad.
- c) Centrar la experiencia del paciente únicamente en aspectos emocionales.
- d) Homogeneizar las experiencias de enfermedad entre diferentes culturas.

**5. Los sistemas de atención de salud se caracterizan por:**

- a) Ser universales e idénticos en todas las sociedades.
- b) Corresponder exclusivamente a la biomedicina.
- c) Integrar múltiples saberes y prácticas, coexistiendo diversos sistemas en una misma comunidad.
- d) Reemplazar las prácticas de autocuidado por tecnologías biomédicas avanzadas.

**6. ¿Qué permite el enfoque interseccional aplicado a la salud?**

- a) Analizar cada eje de desigualdad por separado.
- b) Identificar cómo múltiples dimensiones de identidad y poder generan ventajas o desventajas simultáneas.
- c) Reducir la diversidad de experiencias en los grupos poblacionales.
- d) Uniformar las intervenciones para que funcionen igual en todos los contextos.

# MÓDULO 4.

## Participación ciudadana en salud

### **Objetivos de aprendizaje del Módulo 4**

1. Comprender los principios, fundamentos y marcos conceptuales que orientan la participación ciudadana en salud, reconociendo su importancia para la transparencia, legitimidad y justicia en la toma de decisiones sanitarias.
2. Identificar los distintos modelos y mecanismos de participación social utilizados en procesos de decisión en salud, incluyendo sus ventajas, limitaciones y los actores involucrados, con especial énfasis en el contexto chileno y latinoamericano.
3. Valorar el aporte de evidencia diversa (técnica, clínica y experiencia de pacientes y comunidades) en procesos deliberativos y de evaluación de tecnologías sanitarias, identificando oportunidades para fortalecer la participación social en el sistema de salud.

# 09

## Participación social y tipos de participación

## 1. ¿Cómo se toman las decisiones sobre cobertura en salud en Chile?

En esta sección quiero que pensemos, primero, en cómo se toman las decisiones en salud en general, y específicamente en materia de cobertura. Cuando hablamos de “cobertura”, nos referimos a qué prestaciones, servicios o tecnologías de salud serán financiados y cuáles quedarán fuera de la canasta de beneficios.

Las decisiones de cobertura son procesos complejos y requieren la identificación y medición de atributos que permitan analizar de manera ordenada cada alternativa. Estos atributos pertenecen tanto al contenido, es decir, los elementos que se evalúan, como al procedimiento (cómo se toman las decisiones).

El ideal es que estas decisiones sean serias, informadas, basadas en evidencia diversa, y sostenidas en un procedimiento claro, transparente y sistemático. Además, se espera que integren atributos de valor que sean realmente relevantes para la población. Lamentablemente, este ideal no siempre se cumple en la práctica, lo cual genera tensiones sobre la justicia del procedimiento y la legitimidad de la decisión final.

### 1.1. ¿Quiénes participan en estas decisiones en Chile?

En la toma de decisiones sobre cobertura participan diversos actores sociales. Cada uno aporta perspectivas, conocimientos y formas de comprender el problema. Entre estos actores destacan:

#### Tabla 16. Actores que participan en la toma de decisiones.

Expertos en diversas áreas: clínicos, científicos, académicos, metodólogos.

Pacientes y líderes de organizaciones de pacientes.

Usuarios y ciudadanía en general.

Profesionales de la salud y equipos clínicos.

Autoridades sanitarias, tanto técnicas como políticas.

Organizaciones sin fines de lucro.

Industria de innovación, especialmente farmacéutica.

Fuente: Elaboración propia.

Cada uno de estos actores influye en las decisiones desde su experiencia, su marco interpretativo y su rol en el sistema de salud.

## 1.2. ¿Qué tipo de evidencia aporta cada actor? ¿Qué entendemos por “evidencia”?

Es importante comprender que la evidencia no se reduce solo a estudios clínicos o resultados biomédicos. Cada actor posee un cuerpo de conocimientos y experiencias que considera válidos y significativos:

- El sistema de salud se apoya fuertemente en la evidencia científica, propia de la tradición biomédica y el método científico.
- Los pacientes y usuarios poseen una evidencia distinta: la evidencia por experiencia. Ellos pueden describir cómo se vive realmente una enfermedad, qué implica seguir un tratamiento y cómo las decisiones impactan la vida cotidiana.

La clave está en reconocer que estos distintos tipos de evidencia no siempre reciben el mismo estatus en el proceso decisional, aun cuando todos pueden aportar a un análisis más justo y completo.

## 2. Métodos utilizados para la toma de decisiones en salud

Existen diversos métodos que pueden emplearse para guiar procesos de decisión sobre cobertura. Entre los más utilizados se encuentran:

- Procesos de deliberación: Espacios donde distintos actores conversan, argumentan y justifican sus posiciones. Requieren procedimientos claros, rigurosos y transparentes.
- Evidence to Decision (EtD) Frameworks: Marco metodológico que organiza la evidencia disponible para facilitar decisiones más estructuradas.
- Análisis de Decisiones Multicriterio (MCDA): Permite ponderar múltiples atributos de una intervención, integrando dimensiones cuantitativas y cualitativas.

Estos métodos no son excluyentes. En general, se espera que la deliberación nunca sea omitida, ya que aporta transparencia y legitimidad. EtD y MCDA funcionan como insumos que complementan y fortalecen la discusión colectiva.

### 2.1. Tipos de Modelos de Participación en Salud

Existen distintas formas de participación en la toma de decisiones sobre la cobertura en salud. Cada sociedad define la propia e involucra a los actores sociales clave que estima pertinentes. Algunos de estos modelos decisionales son: Modelo Consultivo, Modelo Activo y Modelo Informativo (Tabla N°17).

**Tabla N°17. Modelos de Participación en Salud.**

Modelo	Ventajas	Desventajas
Consultivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recoge información de muchas fuentes y actores</li> <li>La deliberación se restringe a un grupo experto, lo cual facilita el proceso deliberativo en comparación con modelos de mayor participación social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El grupo que toma la decisión es restringido y corre el riesgo de excluir ciertas visiones.</li> <li>Puede afectar la confianza en el proceso y su legitimidad.</li> </ul>
Activo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recoge información de muchas fuentes y actores.</li> <li>Incorpora distintas visiones en la deliberación.</li> <li>Maximiza la participación ciudadana, entregando señales de confianza a la población.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfrenta actores diversos con paradigmas distintos, lo que puede dificultar o prolongar la deliberación.</li> <li>Mayor participación social conlleva riesgo de conflictos de intereses.</li> </ul>
Informativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>El proceso de decisión es usualmente más rápido.</li> <li>Si la rendición de cuentas es satisfactoria para la población, el modelo resulta más eficiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Corre el riesgo de obviar información relevante.</li> <li>Puede omitir visiones relevantes.</li> <li>Podría afectar la confianza en el proceso y su legitimidad.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia, basada en Espinoza, Rodríguez & Cabieses (2019) Manual para la participación de pacientes en Toma de Decisiones sobre cobertura en salud.

## 2.2. Visión comparada entre algunos países de América Latina y el Caribe (LAC)

El Manual para la Participación de Pacientes en la Toma de Decisiones sobre Cobertura en Salud (13) identifica al menos tres desafíos clave para fortalecer los procesos de toma de decisiones en nuestro país:

1. Claridad procedimental: La autoridad sanitaria debe definir con precisión y justificación cuáles serán los contenidos y procedimientos en cada proceso decisional que le corresponda liderar.
2. Discusión social amplia: El país necesita abrir un debate sobre quiénes deben ser los actores clave en las decisiones sobre cobertura en salud y por qué.

3. Definición de un modelo adecuado para Chile: Es fundamental promover la discusión sobre qué tipo de modelo de decisión es el más pertinente para nuestro contexto, especialmente en materia de definición de coberturas y priorización en salud.

Estos desafíos reflejan la necesidad de avanzar hacia procesos de toma de decisiones más transparentes, inclusivos y coherentes con los valores de la ciudadanía.

Se presenta a continuación, la tabla N° 18 con la visión comparada entre países:

**Tabla N°18. Visión comparada entre países de Latinoamérica y el Caribe.**

País	Tipo de autoridad sanitaria	Tipo de estructura	Estado de implementación
Argentina	CONETEC creado por el Ministerio de Salud en 2018; descentralizado en 2023.	<p>Cuatro representantes electos de pacientes integran la Mesa de Pacientes (oncología, ECNT, infecciosas, raras). Mandato de 2 años.</p> <p>Tienen voz y voto.</p> <p>Recogen información y experiencias ciudadanas.</p>	Estado inicial.
Brasil	CONITEC creado en 2011 para el sistema universal de salud (SUS).	<p>La iniciativa Perspectiva del Paciente permite testimonios de pacientes en sesiones plenarias de ETESA.</p> <p>Requiere registro y capacitación.</p> <p>Se elige un ponente y un suplente.</p>	Ya implementado.
Costa Rica	<p>La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en 2024 crea el instituto nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA).</p> <p>Desde 2011 existe la Comisión Nacional de ETESA.</p>	<p>Comité de Revisión de ETESA con participación pública:</p> <p>1 representante de pacientes, 1 de consumidores.</p> <p>Pueden convocar a otros pacientes según el tema.</p>	Diseño.
México	ENETEC realiza ETS principalmente para el Consejo Nacional de Salud (CSG) y opera una comisión interinstitucional para ETESA con miembros de cada uno de los principales subsistemas de salud.	No existe mecanismo de participación de pacientes en la ETESA.	N/A
Panamá	La Caja de Seguro Social de Panamá (COSP) supervisa una comisión (Comisión Institucional de Farmacoterapia) que realiza análisis similares a los de una ETESA.	No existe mecanismo de participación de pacientes.	N/A
Chile	<p>MINSAL y afiliados realizan ETESA internamente.</p> <p>Comisión Nacional de ETESA creada en 2013.</p>	<p>Participación según proyecto.</p> <p>Participación formal en LRS.</p> <p>Consejo Asesor en Superintendencia.</p> <p>Registro de organizaciones de pacientes.</p>	Implementado (solo LRS).

Fuente: Elaboración propia, basada en Espinoza, Rodríguez & Cabieses (2019) Manual para la Participación de Pacientes en Toma de Decisiones sobre Cobertura en Salud.

Respecto a participación social, el modelo chileno incluye:

- Solicitud de opinión a pacientes según proyectos específicos.
- Participación formal de organizaciones de pacientes en comités de Ley Ricarte Soto (LRS).
- Integración de representantes de la sociedad civil en el Consejo Asesor de la Superintendencia de Salud.
- Registro de agrupaciones de pacientes en el Ministerio de Salud para temas de cáncer, aunque su uso aún no es sistemático.

El estado de implementación se considera parcial, y solo LRS cuenta con mecanismos formales.

### 3. Desafíos pendientes para Chile

Se reconocen al menos tres desafíos que se deben considerar para el proceso de TDCS en nuestro país:

1. Que la autoridad sanitaria defina en forma explícita y justificada, para cada proceso de toma de decisiones que establezca como propio, qué contenidos y qué procedimiento deberá establecerse para alcanzar la decisión final.
2. Que la sociedad en su conjunto aproveche la oportunidad de discutir sobre quiénes son los actores clave del proceso decisional en salud y por qué.
3. Que la sociedad en general y la autoridad sanitaria en particular, promuevan el debate acerca de qué tipo de modelo de decisión es adecuado para Chile, y en especial, para decisiones sobre cobertura en el sistema de salud.

## Resumen de contenidos

---

- La participación social es un componente clave para legitimar las decisiones en salud, ya que incorpora las experiencias, valores y necesidades de diferentes actores, especialmente pacientes y ciudadanía.
- Los modelos de participación (consultivo, activo e informativo) ofrecen distintos niveles de involucramiento, y su elección determina cuánta incidencia real tienen las personas en las decisiones de cobertura y políticas sanitarias.
- La deliberación es un proceso central para la justicia procedimental, porque permite discutir evidencia diversa, transparentar argumentos y construir decisiones más robustas y comprensibles para la sociedad.
- Chile presenta avances parciales pero importantes, como la Ley Ricarte Soto, aunque aún requiere institucionalizar mecanismos estables, claros y participativos para decisiones de cobertura, tecnologías y políticas en salud.
- La comparación internacional muestra que es posible avanzar hacia modelos más inclusivos y sistemáticos, donde la participación de pacientes y ciudadanía se reconoce como parte esencial de un sistema de salud moderno, transparente y orientado a las personas.

# Cuestionario Final

**1. ¿Cuál es una de las principales razones para incorporar participación social en la toma de decisiones en salud?**

- a) Reducir el tiempo del proceso decisional.
- b) Garantizar que las decisiones se ajusten a intereses exclusivamente técnicos.
- c) Aumentar la legitimidad y transparencia de las decisiones incorporando múltiples perspectivas.
- d) Evitar la deliberación y simplificar el proceso administrativo.

**2. ¿Qué caracteriza al modelo de participación consultivo?**

- a) La ciudadanía tiene voto directo en todas las decisiones.
- b) Recoge información de múltiples actores, pero la deliberación queda restringida a un grupo experto.
- c) Todo el proceso es completamente abierto y público.
- d) La autoridad sanitaria no recibe insumos externos.

**3. ¿Qué riesgo presenta el modelo informativo en la toma de decisiones sobre cobertura en salud?**

- a) Generar exceso de participación y falta de claridad técnica.
- b) Omitir información o visiones relevantes, afectando la legitimidad del proceso.
- c) Exigir demasiado tiempo para la deliberación ciudadana.
- d) Depender exclusivamente de evaluaciones económicas.

**4. Según la comparación internacional, ¿qué país ha implementado mecanismos formales y estructurados para integrar testimonios de pacientes en sus evaluaciones de tecnologías sanitarias?**

- a) México
- b) Panamá
- c) Chile
- d) Brasil

# Cuadro de soluciones para los cuestionarios de los 4 módulos:

Módulo	Pregunta	Respuesta
Módulo 1	1	b
	2	c
	3	c
	4	b
	5	b
	6	b

Módulo 2	1	b
	2	b
	3	c
	4	b
	5	b
	6	c

Módulo 3	1	c
	2	b
	3	c
	4	b
	5	c
	6	b

Módulo 4	1	c
	2	b
	3	b
	4	d

# Referencias

1. World Health Organization. Systems thinking for health 1. World Health Organization. Systems thinking for health systems strengthening. De Savigny D, Taghreed A, editors. WHO; 2009.
2. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Marco Conceptual de la Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. Ciudad de México; 2014.
3. World Health Organization. The World Health Report: 2000. Health systems: improving performance. Geneva; 2000.
4. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Resultados nacionales: Censo de población y vivienda 2024 [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://censo2024.ine.gob.cl/resultados/>
5. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Primeros resultados. Santiago; 2017.
6. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Serie de Resultados Casen. Acceso a Salud en la población chilena. Encuesta Casen 2022. [Internet]. 2024. Available from: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen>
7. World Health Organization. Health Promotion Glossary [Internet]. Geneve; 1998 [cited 2025 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
8. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *The Lancet*. 2009 Jun;373(9679):1993–5.
9. United Nations Department of Economic and Social Affairs SD. The Sustainable Development Goals Report 2025 [Internet]. New York; 2025 [cited 2026 Jan 8]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2025/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2025.pdf>
10. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030. Santiago; 2022.
11. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.; 2002.
12. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.; 2020.

13. Espinoza M, Rodríguez C, Cabieses B. Manual para la participación de pacientes en toma de decisiones sobre cobertura en salud [Internet]. Universidad del Desarrollo - Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019 [cited 2025 Dec 15]. Available from: <http://hdl.handle.net/11447/2908>
14. Porter M, Olmsted E. Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard Business School Press. Boston; 2006.
15. Hernández-Avila M, Garrido F. Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Publica Mex.* 2000 Sep;42(5).
16. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008 Apr 26;336(7650):924–6.
17. Servicio de Pediatría. Todo lo que conviene saber sobre estudios de eficiencia (estudios de Evaluación Económica) [Internet]. Curso: ¿Cómo sobrevivir a la PBE? Valencia: Hospital General Universitario de Alicante; 2010 [cited 2025 Dec 15]. Available from: <https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2019/12/Evaluaci%C3%B3n-econ%C3%B3mica.pdf>
18. Herdman M, Badia X, Berra S, Badia X. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001;28(6):425–9.
19. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *Gac Sanit.* 2018 Mar 1;32(2):166.e1-166.e10.
20. Ministerio de Salud. Informe de Evaluación Científica Basada en la Evidencia Disponible. Virus Respiratorio Sincicial. Santiago de Chile; 2017.
21. Thokala P, Devlin N, Marsh K, Baltussen R, Boysen M, Kalo Z, et al. Multiple criteria decision analysis for health care decision making - An introduction: Report 1 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. *Value in Health.* 2016 Jan 1;19(1):1–13.
22. Carlosama D, Villota N, Benavides V, Villalobos F, Hernández E, Matabanchoy-Tulcan S. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Pers Bioet.* 2019 Dec 3;23(2):245–62.
23. Dekker P, Zimmer A. Social Innovations in the Urban Context [Internet]. 2016. Available from: <http://www.springer.com/series/6339>
24. Porter M, Olmsted E. Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard Business School Press. Boston; 2006.
25. López A, González MC. Socio antropología de la salud. Ideas para el debate. *Pacha Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global.* 2024 Sep 19;5(14):e240312.
26. Rubel AJ. The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic America. Vol. 3. 1964.
27. López A, González MC. Socio antropología de la salud. Ideas para el debate. *Pacha Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global.* 2024 Sep 19;5(14):2–12.
28. Sontag Susan, Silvers RB. *Illness as metaphor, and AIDS and its metaphors.* Picador/Farrar, Straus and Giroux; 1989.
29. Achig D. *Socioantropología de la Salud.* Casa de la Cultura Ecuatoriana; 2010.
30. Menéndez E. *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria.* Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires; 1988.
31. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health : debates, policy & practice, case studies.* Geneva: World Health Organization; 2010.
32. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics [Internet]. Vol. 1989, University of Chicago Legal Forum. Chicago; 1989. Available from: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclfhhttp://chicagounbound.uchicago.edu/uclfh/vol1989/iss1/8>
33. Álvarez Carimoney A, Ruiz Contreras M, Anigstein MS, Oyarce AM. Desafíos para la antropología de la salud: Repensando un abordaje teórico-metodológico para la formación, la investigación y la acción. *Revista Chilena de Antropología.* 2021 Jul 26;(43):96–112