

HISTORICAL ANALYSIS OF THE CONTRIBUTION OF PUBLIC POLICIES TO THE HUMANIZATION OF THE HEALTHCARE SYSTEM IN CHILE

Sebastián Pavlovic Jeldres¹, Eric Tapia Escobar¹, Marcela Riveros Jiménez¹, Augusto Mellado¹, Diego Silva-Jiménez¹, Francisco León¹

Abstract: The objective of this research was to analyze the historical contribution of public policies to the humanization of the healthcare system in Chile between 2004 and 2024. The methodology was a historical analysis of official documents from the Ministry of Health and its dependent agencies. The results show progressive advances in the regulatory recognition and promotion of principles such as dignity, respect, empathy, and participation in healthcare, especially since the enactment of Law 20.584 in 2012. However, gaps remain in implementing these policies, related to staff training, infrastructure, process adequacy, patient empowerment, and control systems. It is concluded that public policies have played a crucial role in establishing humanization as a central axis of the Chilean health system over the last two decades. It is recommended that mechanisms for enforcing rights be strengthened, training in relational skills intensified, a person-centered model be moved toward, resources for its implementation should be allocated, intersectoral initiatives coordinated, and research should be encouraged.

Keywords: humanization, public policies, health system, Chile

Análisis histórico de la contribución de las políticas públicas en la humanización del sistema de salud en Chile

Resumen: El objetivo de esta investigación fue analizar la contribución histórica de las políticas públicas en la humanización del sistema de salud en Chile entre los años 2004 y 2024. La metodología utilizada fue un análisis histórico de documentos oficiales del Ministerio de Salud y sus organismos dependientes. Los resultados muestran un avance progresivo en el reconocimiento normativo y la promoción de principios como la dignidad, el respeto, la empatía y la participación en la atención sanitaria, especialmente a partir de la promulgación de la Ley 20.584 en 2012. No obstante, persisten brechas en la implementación efectiva de estas políticas, relacionadas con la capacitación del personal, la adecuación de infraestructura y procesos, el empoderamiento de los pacientes y los sistemas de control. Se concluye que las políticas públicas han jugado un rol crucial en instalar la humanización como un eje central del sistema de salud chileno en las últimas dos décadas. Se recomienda fortalecer mecanismos de exigibilidad de derechos, intensificar la formación en habilidades relacionales, avanzar hacia un modelo centrado en las personas, asignar recursos para su implementación, articular iniciativas intersectoriales y fomentar la investigación.

Palabras clave: humanización, políticas públicas, sistema de salud, Chile

Análise histórica da contribuição de políticas públicas para a humanização do sistema de cuidados à saúde no Chile

Resumo: O objetivo dessa pesquisa foi analisar a contribuição histórica de políticas públicas para a humanização do sistema de cuidados à saúde no Chile entre 2004 e 2024. A metodologia compreendeu uma análise histórica de documentos oficiais do Ministério da Saúde e suas agências dependentes. Os resultados mostram avanços progressivos no reconhecimento regulatório e na promoção de princípios tais como dignidade, respeito, empatia e participação nos cuidados à saúde, especialmente desde a promulgação da Lei 20.584 em 2012. Entretanto, restam lacunas na implementação dessas políticas, relacionadas ao treinamento das equipes, infraestrutura, adequação de processos, empoderamento de pacientes e sistemas de controle. Concluiu-se que as políticas públicas tiveram um papel crucial em estabelecer a humanização como um eixo central do sistema de saúde do Chile nas duas últimas décadas. Recomenda-se que os mecanismos para reforçar direitos seja fortalecido, o treinamento de habilidades relacionais intensificado, um modelo centrado na pessoa seja impulsionado, recursos para sua implementação devem ser alocados, iniciativas intersectoriais coordenadas e pesquisa deve ser encorajada.

Palavras-chave: humanização, políticas públicas, sistema de saúde, Chile

¹ Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile, Santiago, Chile. **Correspondencia:** eric.tapia@uccentral.cl

Introducción

La humanización de la salud se ha convertido en un enfoque central en los debates sobre la reforma y mejora de los sistemas de salud a nivel global(1). Este enfoque busca trascender la visión tradicionalmente biomédica y crecientemente tecnologizada de la medicina, para enfatizar la importancia de una atención centrada en las personas(2), reconociendo su dignidad, autonomía y necesidades integrales. En este contexto, las políticas públicas desempeñan un papel fundamental en la promoción y consolidación de prácticas humanizadas en los servicios de salud.

En Chile, el sistema de salud ha experimentado transformaciones significativas desde la década de los 90, impulsadas por una serie de reformas orientadas a mejorar la equidad, calidad y eficiencia en la prestación de servicios, como la Ley 20.584 (Derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud”), la Ley 19.664, que crea el sistema de Garantías explícitas de Salud, entre otras(3). Estas reformas han abordado desafíos estructurales y han buscado responder a las demandas cambiantes de la sociedad. Sin embargo, la incorporación efectiva de los principios de humanización en la práctica cotidiana de los equipos de salud sigue siendo un desafío complejo y multidimensional.

Esta investigación se fundamenta en la premisa de que las políticas públicas son herramientas poderosas para moldear las prácticas y la cultura organizacional dentro del sistema de salud(4). Por lo tanto, comprender cómo estas políticas han abordado la humanización a lo largo del tiempo puede proporcionar insumos valiosos sobre los avances logrados, las brechas persistentes y los desafíos futuros en la consolidación de un modelo de atención verdaderamente humanizado.

La humanización ha emergido como un paradigma transformador en el ámbito de la salud, desafiando los enfoques tradicionales centrados en la enfermedad y la incorporación de nuevas tecnologías(5). Este concepto engloba una amplia gama de principios y prácticas que buscan reconocer y responder a las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los pacien-

tes, así como promover su autonomía, dignidad y participación en el proceso de atención(6).

La literatura académica ha destacado consistentemente los beneficios de la humanización en la atención de las personas. Estudios han demostrado que las prácticas humanizadas se asocian con mejores resultados clínicos, mayor adherencia al tratamiento, reducción del estrés y ansiedad en los pacientes, y una mayor satisfacción tanto para los usuarios como para los profesionales de la salud(7-9). Además, la humanización ha sido señalada como un factor clave para mejorar la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas de salud, al promover un uso más racional de los recursos y reducir los costos asociados a complicaciones evitables(8), así como también promover la resiliencia del sistema de salud.

En el contexto chileno, la humanización de la atención en salud ha ganado creciente relevancia en las últimas décadas. Las demandas sociales por un sistema de salud más equitativo, accesible y centrado en las personas han impulsado una serie de reformas y políticas públicas orientadas a mejorar la calidad y humanizar los servicios de salud(11). Sin embargo, la implementación efectiva de estos principios no ha sido fácil, enfrentando múltiples desafíos que incluyen desde limitaciones presupuestarias, sobrecarga del sistema, resistencia al cambio organizacional, aumento de la diversidad cultural y brechas en la formación y capacitación de los equipos de salud(12), hasta un sistema de acreditación creado para evaluar a los prestadores de salud que, en su desarrollo regulatorio posterior (estándares y manuales de acreditación), no contempló explícitamente la humanización en salud.

El sistema de salud chileno se caracteriza por contar con algunas particularidades que es necesario considerar al momento de analizar las políticas públicas en salud, ya que está compuesto por un sistema mixto de atención, integrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), organismo público y un subsistema privado, organizado con entidades denominadas ISAPRES o Instituciones de Salud Previsional que administran parte de las cotizaciones obligatorias de salud y financian las atenciones de salud de las personas afiliadas en redes de atención no integradas(13). Adicional-

mente la atención de salud de los trabajadores se administra y gestiona a través de mutualidades, tres instituciones privadas sin fines de lucro y una estatal, que se financian con un seguro social de accidentes y enfermedades profesionales.

La conformación de este sistema de salud también es criticada por la fragmentación que se produce entre los distintos subsistemas, que atienden a poblaciones con perfiles socioeconómicos y epidemiológicos diferenciados(14). Pese al alcance o pretensión de aplicación con carácter general para todo el sector de las políticas analizadas, esta estructuración fragmentada genera inequidades en el acceso y calidad de la atención, que pueden incidir en la experiencia de humanización percibida por los usuarios. En este contexto, el desafío es lograr articular e integrar el sistema de salud, poniendo al centro a las personas, sus familias y las comunidades. Es así como hace unos años se comienza a trabajar en la implementación de la “Estrategia de Redes Integradas del servicio de Salud en el sistema público (RISS)”, cuyo propósito es abordar la fragmentación de la Red Asistencial y cuyos pilares conceptuales son: Enfoque de Derechos, el Modelo de Salud Familiar y Determinantes Sociales de la Salud, abordando ámbitos estratégicos de la acción sanitaria integral para comprender la complejidad del bienestar de las personas y sus comunidades(15).

En tal sentido, el sistema de salud chileno viene realizando esfuerzos desde hace ya bastantes años, incorporando al modelo de atención el carácter de integral, familiar y comunitario(16), considerando las demandas ciudadanas y constituyéndose en un modelo de relación y cuidado continuo e integral entre las personas y familias con su entorno y los equipos de salud, permitiendo a la red sanitaria responder de manera oportuna, eficiente y eficaz para recuperar el estado de bienestar(17).

A pesar de los esfuerzos realizados, aún hay barreras como la sobrecarga laboral, la falta de tiempo para la interacción con los pacientes, la fragmentación de los servicios y la persistencia de actitudes paternalistas entre los profesionales de la salud(18,19). Estos hallazgos subrayan la necesidad de un análisis crítico y sistemático de las políticas públicas implementadas, con el fin de identificar

fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora. Además, sugieren que aún persisten desafíos significativos para la plena integración de la humanización en el sistema de salud chileno.

Este artículo tiene como objetivo realizar un análisis histórico de la contribución de las políticas públicas en la humanización del sistema de salud en Chile .

Metodología

Este estudio adopta un enfoque de análisis documental histórico, en el cual, a través de una revisión narrativa de documentos oficiales, informes gubernamentales y otros materiales relevantes, busca trazar la evolución de las políticas de salud en Chile respecto de la humanización. Este diseño permite una comprensión de los principios, valores, medidas e hitos propuestos en las normativas desde el punto de vista de la humanización de la salud en los últimos 20 años, debido a la última gran reforma de salud en Chile, las Garantías Explícitas en Salud de 2004(20).

Criterios de selección

Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para seleccionar documentos pertinentes al estudio: a) documentos oficiales del Ministerio de Salud y sus organismos dependientes; b) publicados entre los años 2004 y 2024; c) que abordan directa o indirectamente aspectos de humanización de la salud. Los documentos incluidos son aquellos que directamente discuten, implementan o regulan las políticas de salud que contemplan en alguna medida la humanización y el trato a las personas. Entre estos se incluyen leyes, reglamentos, normas técnicas, circulares y otros documentos sectoriales. Se excluyeron todos los documentos publicados previamente a 2004 y aquellos que no fueron elaborados por un organismo gubernamental del sector salud.

Proceso de análisis

Para el proceso de recolección y análisis de información se utilizaron las estrategias de la revisión narrativa y el análisis documental, tomando en consideración la experiencia de los autores(21). La evaluación de los documentos seleccionados

se llevó a cabo a través de técnicas de análisis de contenido cualitativo. Dicho análisis implicó la codificación temática de los textos por parte de tres expertos en el área, para extraer patrones, temas y tendencias significativas respecto de la evolución de la humanización en las políticas sanitarias(22). Se dio especial énfasis a la detección de principios y valores fundamentales, y a las medidas o hitos legislativos que han contribuido de manera significativa a la humanización del sistema sanitario en Chile. Basándose en estos principios e hitos se identificaron distintas etapas en la evolución legislativa, enfocadas en incorporar aspectos de humanización en los servicios de salud y sus principios rectores.

Resultados

Se identificaron y revisaron un total de 77 documentos relacionados con las políticas públicas de salud en Chile desde 2004 hasta la actualidad. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 69 documentos con los que se realizó una descripción por años y tipo

de documento (gráfico 1) y, dentro de éstos, 19 documentos fueron analizados cualitativamente por su relevancia y aporte a la humanización, a través de cambios en el tiempo, su información rica y descriptiva, además de la experiencia de sus participantes(23) y con relación a los principios de humanización más relevantes encontrados en dichos documentos (tabla 1).

La humanización de la salud en Chile ha sido un proceso gradual pero sostenido en las últimas dos décadas, impulsado por un marco legal y normativo cada vez más robusto y centrado en la dignidad y derechos de las personas. En el gráfico 1, se observa que la mayoría de los documentos publicados corresponden a leyes (n=45), seguidas de resoluciones administrativas (n=19) y reglamentos (n=4). La actividad legislativa varió de un año a otro, con algunos años destacados como 2021 (11 documentos), 2012 (8 documentos) y 2020 (7 documentos). Por otro lado, hubo años con una actividad mínima, como 2004, 2008, 2010, 2014 y 2018, con solo un documento emitido en cada uno.

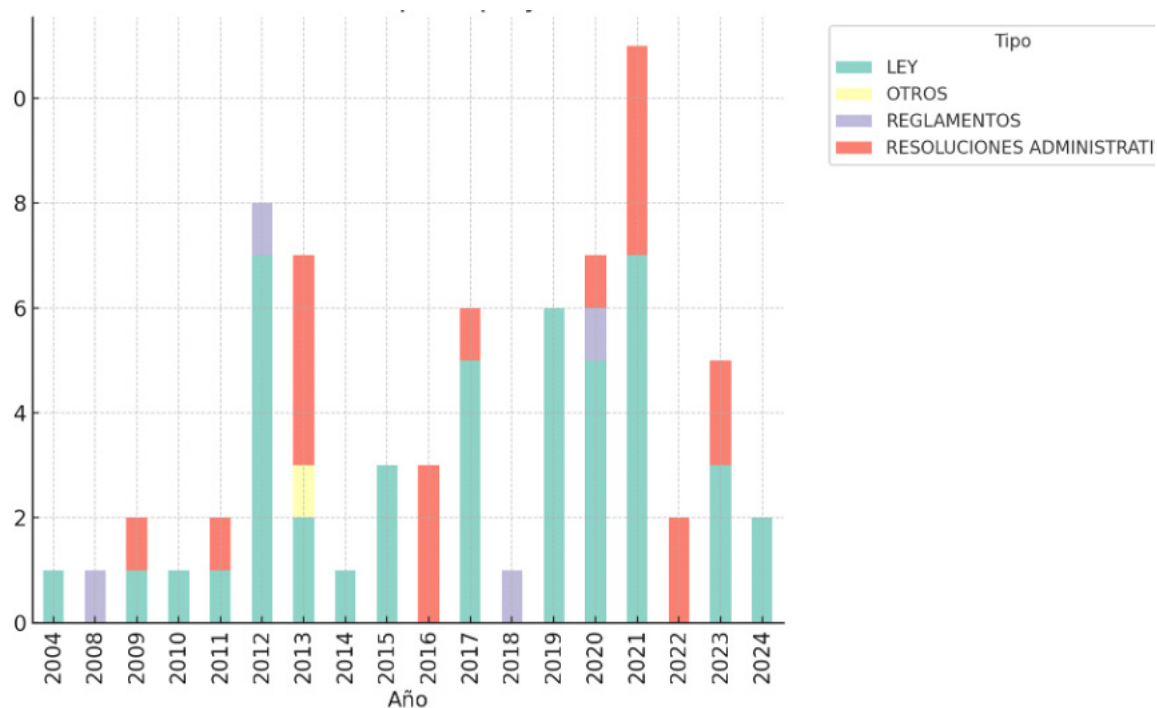


Gráfico 1. Documentos según tipo y año de publicación.

Nota: número de documentos según tipo y año de publicación. En la categoría “otros” se incluyen orientaciones técnicas del MINSAL.

Tabla 1. Resumen de los documentos según año, tipo y principios relacionados a la humanización

Etapa	Documento	Año	Descripción	Principios relacionados a la humanización
Etapa 1 (2004-2011): Sentando las bases de la humanización	Ley 19.966: Régimen GES, garantías exigibles, cobertura gastos catastróficos, responsabilidad sanitaria.	2004	Establece garantías explícitas en salud para un conjunto prioritario de problemas, asegurando acceso, calidad, protección financiera y oportunidad en la atención médica.	Acceso universal, atención de calidad, protección financiera, oportunidad, priorización, participación, transparencia y exigibilidad de derechos.
	Decreto 94: Reglamento asistencia religiosa en hospitales, respetando la libertad de creencia.	2008	Define condiciones para la asistencia religiosa en hospitales, respetando la libertad de creencia de los pacientes.	Libertad de creencias, no discriminación, respeto a voluntad del paciente y confidencialidad en asistencia religiosa.
	Ley 20379: Sistema Protección Social, subsistema “Chile Crece Contigo” para niños vulnerables.	2009	Institucionaliza un sistema de protección integral a la infancia para acompañar su desarrollo desde la gestación hasta los 18 años, destinado a la población más vulnerable socioeconómicamente.	Protección social focalizada, acción intersectorial, acompañamiento personalizado, fomento lactancia y acceso preferente a servicios.
	Ley 20422: Igualdad de oportunidades e inclusión de personas con discapacidad.	2010	Asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades y la plena inclusión social de las personas con discapacidad, abordando diversos ámbitos como la prevención, accesibilidad, educación e inclusión laboral.	Igualdad de oportunidades, inclusión, vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación, no discriminación, respeto y autonomía personal.
	Circular 34: Atención personas trans, estrategia Hospital Amigo, no discriminación.	2011	Instruye sobre la atención de personas trans en servicios de salud, buscando mejorar su acceso y equidad en la atención sanitaria.	Equidad, derechos humanos, no discriminación, respeto a identidad de género, acceso oportuno y atención integral.
	Ley 20.545: Permiso postnatal parental, extensión a padres, subsidio, fuero maternal.	2011	Modifica normas sobre protección a la maternidad e incorpora un permiso postnatal parental, otorgando subsidios y fuero maternal.	Protección a maternidad e infancia, corresponsabilidad parental, no discriminación y conciliación trabajo-familia.
Etapa 2 (2012-2016): Consagración legal de los derechos de las personas en su atención de salud.	Ley 20.584: Derechos y deberes en atención de salud, trato digno, autonomía.	2012	Establece principios para garantizar una atención digna, respetuosa y humanizada, así como deberes de los pacientes y mecanismos de reclamo.	Dignidad, no discriminación, trato humanizado, privacidad, autonomía, información, participación, pertinencia cultural, protección grupos vulnerables, calidad y seguridad.
	Decreto 38: Reglamento Ley 20.584, regula derechos y deberes de pacientes.	2012	Crea un fondo especial para cubrir financieramente diagnósticos y tratamientos de alto costo, asegurando su acceso para todos los beneficiarios de los sistemas de salud.	Atención oportuna sin discriminación, acceso para discapacidad, seguridad y calidad, privacidad, autonomía, protección derechos y participación usuaria.
	Decreto 31: Reglamento sobre consentimiento informado y entrega de información en salud.	2012	Presenta lineamientos para promover un trato digno, inclusivo y humanizador en la atención de salud, buscando mejorar la calidad y satisfacción usuaria.	Derecho a ser informado, consentimiento libre, confidencialidad, autonomía del paciente y deber de informar del profesional.
	Ley 20.850 “Ricarte Soto”: Cobertura financiera	2015	Crea un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo en Chile,	Protección financiera, equidad en acceso, priorización técnica, participación, transparencia y exigibilidad.

	tratamientos de alto costo.		cubriendo financieramente ciertos diagnósticos y tratamientos.	
	Orientaciones Técnicas sobre “Buen Trato”: Lineamientos de trato digno e inclusivo en salud.	2016	Promueve un trato digno, inclusivo y humanizador en la atención de salud en Chile, buscando mejorar la calidad y satisfacción del usuario.	Salud como derecho, enfoque inclusivo, participación, corresponsabilidad, equidad, satisfacción usuaria, trato digno, legitimidad, calidad, oportunidad y gestión abierta.
	Ley 21.030: Despenaliza aborto 3 causales (riesgo vital, inviabilidad fetal, violación).	2017	Regula el acceso al aborto en casos de riesgo vital para la mujer, inviabilidad fetal y embarazo producto de violación, estableciendo requisitos y procedimientos.	Autonomía de la mujer, no discriminación, confidencialidad, información veraz, acompañamiento integral, cuidados paliativos, capacidad de niñas y protección derechos.
Etapa 3 (2017 en adelante): Profundización y especificación de la humanización	Ley 21.063: Seguro SANNNA para padres de niños con enfermedades graves.	2017	Permite a padres y madres trabajadores ausentarse del trabajo para cuidar a sus hijos enfermos, recibiendo un subsidio.	Protección de la infancia vulnerable, conciliación trabajo-familia, solidaridad en financiamiento, universalidad y equidad de género.
	Ley 21.258 “Ley Cáncer”: Plan Nacional, no discriminación, derecho al olvido.	2020	Establece un marco normativo para prevenir y tratar el cáncer, creando un plan nacional, una comisión y un fondo, además de prohibir la discriminación laboral por esta enfermedad.	Cooperación público-privada, protección de datos, participación sociedad civil, humanización, atención integral, acceso equitativo y evidencia científica.
	Ley 21.380: Atención preferente en salud a cuidadores de personas dependientes.	2021	Reconoce el derecho a atención preferente en salud a cuidadores, ampliando el acceso a este beneficio.	Reconocimiento cuidadores, equidad en acceso y dignidad en trato a cuidadores.
	Ley 21.375: Derechos y cuidados paliativos para enfermedades terminales o graves.	2021	Reconoce y regula el derecho a una adecuada atención de salud para pacientes en situaciones terminales o graves, priorizando el cuidado integral y los cuidados paliativos.	Acceso sin discriminación, cuidado integral, respeto dignidad y autonomía, y consideración de la muerte como ciclo vital.
	Ley 21.331: Derechos de personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica.	2021	Reconoce y protege los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.	Reconocimiento integral, respeto dignidad/autonomía, igualdad, promoción salud mental, participación, respeto desarrollo niños, equidad, derecho a vida independiente y accesibilidad.
	Ley 21.300: Amplía donación de órganos entre vivos (parientes y convivientes civiles).	2021	Amplía la posibilidad de donación entre vivos, incluyendo parientes por afinidad y convivientes civiles como potenciales donantes.	Ampliar donación en vida, reconocer vínculos afectivos, asegurar voluntariedad y gratuidad, y promover transparencia.
	Ley 21.656: Derecho al olvido oncológico	2024	Prohíbe la discriminación basada en el historial oncológico una vez transcurridos cinco años desde la finalización exitosa del tratamiento sin recaídas	Dignidad del paciente, igualdad y no discriminación, privacidad y confidencialidad, y acceso a servicios sin barreras por historial oncológico.

Nota: Fuente, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile / BCN (www.bcn.cl/leychile/)

A partir del análisis de las principales leyes y regulaciones, es posible distinguir tres grandes etapas del marco normativo y los principios que sustentan la humanización en Chile:

Etapas 1 (2004-2011): Sentando las bases de la humanización

En este periodo inicial, si bien no existía aún una legislación específica sobre derechos de los pacientes, comenzaron a surgir iniciativas y normativas administrativas orientadas a mejorar la calidad y calidez de la atención. Destaca la ley que estableció el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE/GES, 2004), asegurando acceso, oportunidad y protección financiera para un conjunto priorizado de problemas de salud. Aunque su foco era más bien de cobertura, esta reforma introdujo la noción de derechos exigibles y situó las necesidades de las personas en el centro del debate público sobre las políticas de salud. También podemos destacar varias otras iniciativas que fueron consagradas en este periodo, tales como la ley que creó el Sistema Intersectorial de Protección Social Chile Crece contigo (2009), la ley sobre igualdad de oportunidades e inclusión de personas con discapacidad (2010), la que fijó normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad (2010), y la que extendió el periodo de posnatal (2011).

También en esta etapa se publicaron orientaciones ministeriales para favorecer el acompañamiento, el trato digno y la participación de los usuarios, como el Manual de “Hospital Amigo” (2007), la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud (2010), el Reglamento sobre Asistencia Religiosa en Recintos Hospitalarios (2008) y la circular sobre atención de personas trans (2011). Si bien acotadas en su alcance jurídico, estas normas técnicas fueron pavimentando el camino para una atención más humana y empática; facilitando que las primeras iniciativas legales destinadas a consagrar un catálogo de derechos del paciente, presentadas entre los años 2000 y 2001, se transformaran en ley en el año 2012.

Durante este periodo se sientan las bases de la humanización del sistema de salud en Chile, ya

que se introduce la noción de derechos exigibles por parte de las personas en su atención de salud, así como otras normativas que complementan la implementación y respeto de estos principios, como son el acceso a la atención, la oportunidad y protección financiera, el respeto a las creencias culturales y religiosas y decisiones de las personas sobre su salud. Estos esfuerzos impulsaron un cambio en el modelo de atención, hacia uno más humano, integral, inclusivo y respetuoso con los derechos y necesidades de las personas.

Etapas 2 (2012-2016): Consagración legal de los derechos de las personas en su atención de salud

En 2012 se produce un hito relevante para la humanización en salud con la publicación de leyes que impactan directamente en el trato digno y respetuoso de las personas como sujetos de derechos y deberes en el sistema de salud chileno.

Un hito clave que marca el inicio de esta segunda etapa es la promulgación de la ley que regula los derechos y deberes de las personas en su atención de salud (2012). Esta normativa establece un marco general para garantizar un trato digno, el respeto a la autonomía y privacidad, el acceso a la información, el consentimiento informado y el derecho al acompañamiento, entre otros. Además, mandata a los prestadores a establecer mecanismos de participación y reclamo para los usuarios del sistema.

La ley de derechos y deberes cambió el paradigma al explicitar que los pacientes son sujetos de derechos y que estos deben ser respetados en toda atención sanitaria. A partir de este nuevo marco, se dictaron reglamentos y normas técnicas para operacionalizar estos derechos, como el Reglamento sobre Entrega de Información y Expresión de Consentimiento Informado (2012), el Reglamento sobre Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud (2012) y las Orientaciones Técnicas sobre Trato Digno (2016), entre otros. Asimismo, en esta etapa, el sistema de garantías explícitas logró su consolidación sucesiva, incorporando nuevos problemas de salud y la entrada en vigor de la garantía de calidad (2013).

En este periodo también se aprobaron leyes rele-

vantes para humanizar ámbitos específicos de la atención y mejorar la cobertura, como la ley que estableció una asignación especial asociada a la calidad del trato al usuario para trabajadores de la salud municipal (2012), la ley que creó un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (2015), reduciendo el riesgo de empobrecimiento por gastos catastróficos en salud.

Estas medidas subrayan un cambio significativo hacia un modelo de atención más humano, que valora la dignidad y el bienestar integral de cada individuo al reconocer la salud como un derecho fundamental que involucra una responsabilidad colectiva, que promueve una relación más equitativa y colaborativa entre el equipo de salud, favoreciendo la atención de grupos vulnerables o tradicionalmente postergados. Durante este periodo resulta claro el esfuerzo por avanzar tanto en mejorar la protección financiera como también en el reconocimiento explícito de derechos a las personas, el respeto de la dignidad del paciente, de su autonomía y de su derecho a la información.

Etapas 3 (2017 en adelante): Profundización y especificación de la humanización

Luego, entre 2017 y 2018, se avanzó hacia una “nueva etapa” en términos de humanizar el sistema de atención de los grupos más vulnerables. La aprobación de la ley de aborto en tres causales significó un hito en términos de movilización social, de apoyo transversal de esa política y el carácter simbólico de la consagración de los derechos de las mujeres en este ámbito.

En los siguientes años la legislación ha avanzado en profundizar y especificar la humanización de la atención sanitaria en diversos ámbitos y poblaciones. En esta etapa, una ley emblemática es la que establece un marco de protección de derechos de las personas con enfermedad mental, trastorno psiquiátrico o discapacidad intelectual (2021). Esta norma promueve un modelo comunitario y ambulatorio, con pleno respeto a la autonomía y las opciones de tratamiento, regulando prácticas coercitivas como la hospitalización involuntaria y el tratamiento forzoso.

También destaca la ley SANNA, que creó un seguro para que padres y madres trabajadoras puedan ausentarse y cuidar a hijos con enfermedades graves, con un subsidio económico (2017). Esta iniciativa prioriza el bienestar familiar y el acompañamiento en situaciones de alta vulnerabilidad, humanizando el sistema de protección social. En tanto, la ley que garantiza el derecho a la prevención, tratamiento y cuidados paliativos del dolor buscó promover una atención integral del sufrimiento al final de la vida (2021). Otras normativas relevantes en esta etapa son la ley que modernizó el sistema de donación de órganos, equilibrando la disponibilidad de éstos con el respeto a la autonomía (2019); la ley nacional del cáncer (2020); la ley que amplió los programas de acompañamiento a madres vulnerables, con un enfoque biopsicosocial desde la gestación hasta la primera infancia (2021), y la ley sobre olvido oncológico, que busca disminuir barreras de acceso al sistema financiero a quienes han superado el cáncer (2024).

A través de estas leyes y políticas, el sistema de salud chileno ha profundizado en los principios de la humanización, ya que ha ido incorporando una mirada cada vez más integral del ser humano, que busca no solo acoger su dimensión física, mental, emocional y espiritual, sino también la dimensión social y comunitaria. Una mirada que reconoce a la persona en su globalidad, así como la experiencia de la enfermedad, el sufrimiento y la sanación como eventos que involucran procesos vitales profundos, y que requieren un entorno que favorezca el acompañamiento empático y respetuoso por parte de los equipos de salud.

Discusión

De lo descrito resulta claro que la evolución del proceso legislativo y normativo de Chile en materia de salud ha presentado importantes avances para efectos de humanizar el sistema, alternando esfuerzos legislativos que gozaron de transversal apoyo, con una constante producción reglamentaria y técnica destinada a los equipos de salud de la Red Asistencial Pública.

El análisis histórico de las políticas públicas de salud en Chile desde 2004 revela un proceso gradual pero sostenido de incorporación de los prin-

cipios de humanización en el marco normativo y regulatorio del sistema sanitario. Este tránsito refleja un cambio de paradigma, en el que la dignidad intrínseca de las personas y el respeto a sus derechos han ido adquiriendo una centralidad creciente en el diseño e implementación de las políticas de salud. Otra revisión sistemática(24), basada en las perspectivas ética y bioética de la humanización en salud, también había destacado el respeto por la integridad de las personas y una atención centrada en sus derechos y dignidad como un punto de partida fundamental. Esta centralidad de la dignidad necesitaba sustentarse en el reconocimiento y la creación de procedimientos continuamente basados en la reflexión ética. Destacando además que las instituciones de salud constituyen agentes relevantes en la promoción de estas prácticas humanizadoras.

La trayectoria descrita da cuenta de un proceso acumulativo, en el que cada etapa ha ido construyendo sobre los cimientos de la anterior. Desde iniciativas administrativas acotadas en los 2000, se avanzó hacia la consagración legal de los derechos de los pacientes en 2012, para luego profundizar y especificar la humanización en diversos ámbitos y poblaciones en los últimos años. Este recorrido incremental ha permitido permear progresivamente los principios de la atención centrada en la persona en los distintos niveles y espacios del sistema de salud.

Un hallazgo relevante es que la evolución normativa no solo ha reconocido la dimensión biomédica de la atención, sino que ha ido incorporando una mirada cada vez más integral del ser humano, que busca acoger sus necesidades emocionales, espirituales y sociales en regulaciones específicas sobre acompañamiento, cuidados paliativos, salud mental y apoyo a poblaciones vulnerables, entre otras. Esta ampliación del foco da cuenta de una comprensión creciente de que la experiencia de la enfermedad y la sanación involucran procesos vitales profundos, que requieren un abordaje holístico y empático, pero también de la irrupción de los pacientes como un actor protagónico, que exige ser reconocido como un interlocutor válido en las decisiones sobre su salud(25), empoderando progresivamente a los usuarios, reconociéndolos como sujetos de derechos y promoviendo su participación activa en las

decisiones sobre su salud. Mecanismos como el consentimiento informado, los reclamos y la participación ciudadana reflejan un giro hacia una relación clínica más horizontal y colaborativa, en la que los pacientes son interlocutores válidos y no meros receptores pasivos de indicaciones.

Sin embargo, es importante reconocer que la sola existencia de un marco legal propicio no garantiza *per se* la humanización efectiva de los cuidados. La brecha entre el texto de la ley y la vivencia cotidiana en los servicios de salud sigue siendo un desafío mayor. Factores como la sobrecarga laboral, la falta de tiempo, la precariedad de recursos y la persistencia de culturas organizacionales rígidas y biomédicas pueden obstaculizar la traducción de los principios normativos en un trato digno y empático(18).

En este sentido, la genuina humanización demanda un cambio cultural profundo al interior de las instituciones sanitarias, que interpela a flexibilizar las lógicas burocráticas y administrativas para adaptarse a las necesidades únicas de cada persona y familia. Esto requiere estrategias de sensibilización, capacitación y acompañamiento continuo a los equipos de salud, así como una revisión de los incentivos, procesos y estructuras organizacionales(7).

Otra discusión relevante que emerge de los resultados es la estandarización que promueven algunas políticas en materia de cuidados. Si bien las normativas generales sobre trato digno o derechos son imprescindibles, existe el riesgo de que su aplicación derive en protocolos rígidos que terminen “deshumanizando” la atención. El desafío es encontrar un equilibrio virtuoso entre criterios universales de calidad y la flexibilidad para adaptar la atención a la singularidad de cada encuentro humano. En síntesis, la trayectoria de humanización de la salud en Chile muestra una progresión desde iniciativas administrativas acotadas hacia un robusto marco legal de derechos en salud, que luego se profundiza en ámbitos específicos.

Conclusiones

El análisis histórico de las políticas de salud en Chile entre 2004 y 2024 revela una progresión consistente hacia la instalación de los principios de humanización en el marco regulatorio del sistema sanitario. A través de leyes y normativas específicas, el país ha ido reconociendo crecientemente la dignidad intrínseca de las personas y su derecho a una atención centrada en sus necesidades físicas, emocionales y sociales.

Este tránsito da cuenta de un cambio de paradigma, en el que el paciente ha dejado de ser un receptor pasivo de indicaciones médicas para convertirse en un sujeto de derechos y un interlocutor válido en las decisiones sobre su salud. Políticas clave, como la ley de derechos y deberes del paciente, las regulaciones sobre consentimiento informado y las garantías explícitas de acceso y calidad, han abonado el camino para una relación clínica más horizontal, empática y participativa.

Sin embargo, este estudio también revela que la existencia de un marco legal propicio es condición necesaria pero no suficiente para una genuina humanización de los cuidados. Factores como la sobrecarga laboral, la rigidez de los procesos y la persistencia de culturas biomédicas centradas en la enfermedad siguen obstaculizando la traducción de los principios normativos en un trato digno y empático en la vivencia cotidiana de los servicios de salud.

Los resultados permiten afirmar que las políticas públicas han jugado un rol crucial en instalar la humanización como un eje central del sistema de salud chileno en las últimas dos décadas. Sin embargo, el análisis también revela que este es un proceso en desarrollo, con avances promisorios, pero también con barreras y desafíos persistentes. Consolidar un modelo de cuidados genuinamente centrado en la persona requerirá profundizar las estrategias normativas con acciones decididas de gestión del cambio organizacional, formación de competencias relacionales en los equipos y éticas, junto con empoderamiento de los usuarios.

Referencias

1. Rueda L, Gubert I, Duro E, et al. Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Revista Iberoamericana de Bioética* 2018 Oct; 8(10): 1-15.
2. Yudkin JS. Advancing patient-centered care: moving from outcome-based to risk factor-based models using the big four risk factors. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2022 Oct; 46: e162: 1-6.
3. Urriola C, Infante A, Aguilera I, Ormeño H. La reforma de salud chilena a diez años de su implementación. *Salud pública Méx.* [Internet]. 2016 Oct; 58(5): 514-521. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000500514
4. Olavarría Gambi M. Implementación de políticas públicas: lecciones para el diseño. Análisis de los casos de modernización de la gestión pública y de la reforma de salud en Chile. *Revista del CLAD Reforma y Democracia* [Internet]. 2017; (67): 95-124. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357550203004>
5. Tejada Zabaleta A. La humanización en salud desde una perspectiva psicosocial: definición, contextualización e implementación. En Obando Cabezas, L. (2020). *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo prioritario*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020: 19-49.
6. Martins CP, Luzio CA, Arias-Urión AM. Patient satisfaction in primary health care: A comparative study between two regions in Brazil and Chile. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020; 25(11): 4437-4448.
7. Tripodi M, Siano MA, Mandato C, et al. Humanization of pediatric care in the world: Focus and review of existing models and measurement tools. *Italian journal of pediatrics* 2019 Aug; 45(1): 1-12.
8. Busch IM, Moretti F, Travaini G, et al. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research* 2021 Jun; 12: 461-474.
9. Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, et al. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: Una revisión sistemática de la literatura. *Persona y Bioética* 2019 Jul/Dic; 23(2): 245-262.
10. World Health Organization. *Global strategy on people-centred and integrated health services 2021-2025: Placing people and communities at the centre of health services*. 2021. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Gutiérrez Fernández, R. La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 2017 Feb; 10(1): 29-38.
12. Rojas SP, Parrao T, Ahumada J. Humanización de la atención de salud en Chile: Desafíos de la formación profesional. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud* 2018; 15(1): 41-49.
13. Universidad del Desarrollo. *Estructura y Funcionamiento del Sistema de Salud Chileno*. Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo. Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Serie de Salud Poblacional [Internet] N°2; 2019. <https://medicina.udd.cl/files/2019/12/Estructura-y-funcionamiento-del-sistema-de-salud-chileno-2019.pdf>
14. Goic A. El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile* 2015 Jun; 143(6): 774-786.
15. Ministerio de Salud. *Informe de Implementación Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en el Sistema Público de Salud Periodo 2014 - 2017*. Santiago, Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2018. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-de-implementaci%C3%B3n-estrategia-RISS.pdf>
16. Ministerio de Salud. *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Dirigido a Equipos de Salud*. Santiago Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2012. <http://www.repositorio-digital.minsal.cl/handle/2015/1057>
17. Ministerio de Salud. *Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud. Dirigido a Equipos de Salud de la Red de Atención de Salud*. Santiago Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales. Serie Cuadernos de Redes N°18; 2008. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>
18. Fuentes P, Grandón P, Bustos L, et al. Humanización de la atención en salud en Chile: De la teoría a la práctica. *Revista Médica de Chile* 2019; 147(2): 243-249.
19. Ramos Pozón S, Boladeras M. (coords.) Bioética del cuidar. ¿Qué significa humanizar la asistencia? *Acta Bioethica* 2017 [Internet]. Jun; 5: 23(1). <https://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/46195>
20. Urrutia MT, Villegas N, Poupin L. Garantías explícitas en salud: conocimiento y fuentes de información en un grupo de mujeres del programa auge cáncer cérvico uterino. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2010; 75(4): 221-226. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000400002>
21. Iriart C, Merhy EE. Inter-capitalistic disputes, biomedicalization and hegemonic medical model. *Interface* 2017; 21(63): 1005-16. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0808>

22. Silveira Donaduzzi DS, Colomé Beck CL, Heck Weiller T, Nunes da Silva Fernandes M, Viero V. Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index Enferm.* 2015 Jun; 24(1-2): 71-75. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100016>
23. Ramírez-Elías A, Arbesú-García MI. El objeto de conocimiento en la investigación cualitativa: un asunto epistemológico. *Enferm. Univ.* 2019 Dic; 16(4): 424-435. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.735>
24. Andreucci-Annunziata P, Mellado A, Vega-Muñoz A, et al. Revisitando conceptualmente la humanización y el trato digno en salud desde una perspectiva ética: una revisión sistemática de la literatura. *Acta Bioethica* 2024; 30(2): 177-192. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2024000200177>
25. Goic C. *Ley Nacional del Cáncer, Una historia de Participación Ciudadana*. Santiago de Chile: Ediciones UC; 2022.

Recibido: 12 de septiembre de 2024

Aceptado: 11 de octubre de 2024