

Revista de Libros y Revistas

EFFECTIVENESS AND IMPACT OF NIRSEVIMAB IN CHILE DURING THE FIRST SEASON OF A NATIONAL IMMUNISATION STRATEGY AGAINST RSV (NIRSE-CL): A RETROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY

Torres, Juan Pablo y cols. (2025). The Lancet Infectious Diseases, Volume 25, Issue 11, 1189 - 1198

Artículo destacado en la portada de la revista The Lancet ID, de noviembre del presente año, donde resalta el éxito logrado en nuestro país con la campaña de vacunación con Nirsevimab para la prevención del virus respiratorio sincitial (VRS), en los recién nacidos del año 2024. Experiencia que relata el éxito de esta extraordinaria iniciativa de Salud Pública, con el aporte del Ministerio de Salud, Instituto Sistemas Complejos de Ingeniería y la Universidad de Chile, que corresponde al primer país del mundo en implementar una estrategia universal en el hemisferio sur.

Los datos corresponden a una base de datos consolidada de 157 709 lactantes con históricos completos. Tras excluir a 1247 lactantes con datos faltantes y a 2289 lactantes cuyo estado de vacunación no pudo determinarse, se incluyeron en el análisis primario 154 173 lactantes.

Los resultados de esta investigación muestran la estrategia de inmunización con Nirsevimab en Chile redujo significativamente las hospitalizaciones por ITR relacionadas con el VSR y los casos más graves que requirieron cuidados intensivos. Estos hallazgos indican un impacto más amplio en la salud pública, con reducciones también observadas en las hospitalizaciones por Infecciones del Tracto Respiratorio por cualquier causa. Estos resultados podrían motivar a otros países a impulsar las iniciativas de prevención del VSR.

THE LANCET Infectious Diseases



Articles
Testing olorofim to treat fungal infections
See page 1177

Articles
Introduction of nirsevimab for RSV in Chile
See page 1189

Articles
New oxazolidinones for tuberculosis therapy
See pages 1208 and 1219

HEALTH CARE IN THE USA: MONEY HAS BECOME THE MISSION, REVIEW

Gaffney, Adam y cols., 2025, The Lancet, Volume 406, Issue 10519, 2588 – 2600

Artículo de varios autores que revisan el rendimiento del Sistema de Salud de Estados Unidos en función de su gasto y los resultados sanitarios, para ello realizaron un estudio acerca del impacto de las políticas de mercado en el sector salud de ese país. Concluyendo que a pesar de los extraordinarios recursos

económicos, científicos y médicos, el Sistema de Salud estadounidense presenta un rendimiento inferior al esperado.

Según relatan los autores, las causas radican en que los actores políticos han decidido subcontratar a compañías de seguros, para hacerse cargo de la cobertura asistencial de los programas públicos Medicaid y Medicare. Dado que dichas aseguradoras privadas ponen el foco en las ganancias para satisfacer los intereses de sus accionistas, el impacto en barreras de acceso y aumento de los costos para los contribuyentes en su atención, no es relevante, lo que acarrearlos resultados sanitarios deficientes para importantes sectores de la población, que dependen de tales modelos de seguros.

Esta iniciativa que se intentó revertir bajo el gobierno de recién pasado, hoy nuevamente se encuentra con una ruta despejada; ya que desde que el actual mandatario recuperó el cargo, ha asediado la ciencia y la salud pública, ha recortado 990 000 millones de dólares de Medicaid para compensar las reducciones de impuestos entregada a sectores acomodados y está acelerando la privatización de Medicare. El artículo cierra con un llamado a los gobiernos estatales para endurecer la regulación de los abusos motivados por el lucro, y a la comunidad médica a oponerse a la agenda actual que perjudica la salud. Pero agrega, que el verdadero desafío está más allá: “Las reformas deben, en cambio, desmercantilizar los seguros y la prestación de servicios de salud.”

POLICYMAKERS' PERSPECTIVES ON COMMUNITY PARTICIPATION IN ECOHEALTH POLICY

Crosse, A. M., Lavelle, M. J., Power, M., & Barry, M. M. (2025). Academia Environmental Sciences and Sustainability, 2(3). <https://doi.org/10.20935/AcadEnvSci7897>

Este estudio explora cómo los responsables políticos conceptualizan su papel en el apoyo a la participación comunitaria en cuestiones socioecológicas y examina las estructuras y los apoyos necesarios para integrar los sistemas de conocimiento comunitario en la toma de decisiones integrada en materia ecológica y sanitaria. Mediante entrevistas semiestructuradas, se exploraron las perspectivas de 20 altos responsables de la toma de decisiones en Irlanda, incluidos representantes de los sectores de la salud y el medio ambiente, sobre la participación comunitaria y la coproducción colaborativa para abordar los desafíos socioecológicos. Del análisis surgieron cuatro temas interrelacionados: participación comunitaria, coherencia política, colaboración multisectorial y el uso de herramientas prácticas de apoyo. Los hallazgos indican que la participación comunitaria significativa, la pluralidad de conocimientos y la colaboración multisectorial están profundamente interconectadas. Cada una se refuerza mutuamente y, junto con las estructuras políticas, los procesos y las herramientas prácticas que la respaldan, forman la base de un enfoque inclusivo para la gobernanza socioecológica. Las plataformas multisectoriales, basadas en enfoques inclusivos y participativos, y respaldadas por herramientas prácticas, contribuyen a traducir la coherencia de las políticas en soluciones viables y con base local. Participación inclusiva pueden funcionar en diferentes contextos de políticas y gobernanza.

Sin embargo, el enfoque de políticas intersectoriales que se reconocen como clave para integrar los marcos globales de sostenibilidad en las acciones nacionales y locales en materia de salud pública, gestión ambiental, política climática y planificación sostenible, no es lo que efectivamente se aprecia en la realidad. Las estructuras de gobernanza siguen estando fragmentadas y aisladas, lo que limita la capacidad de dar respuestas inclusivas y transformadoras a los desafíos socioecológicos. Es necesaria una integración significativa de los diversos sistemas de conocimiento comunitario en la gobernanza socioecológica y el diseño de políticas. Sin embargo, las comunidades locales tienden a ser excluidas del diálogo político en los niveles superiores de toma de decisiones.

Concluye el artículo, señalando que requieren investigaciones futuras para explorar cómo las herramientas coproducidas emergentes (incluidos los Kits de Herramientas Comunitarias de Ecosalud), los marcos y las plataformas para la participación inclusiva pueden funcionar en diferentes contextos de políticas y gobernanza.

NO TIME TO WAIT: RESILIENCE AS A CORNERSTONE FOR PRIMARY HEALTH CARE ACROSS LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN, A WORLD BANK-PAHO LANCET REGIONAL HEALTH AMERICAS COMMISSION

Herrera, Cristian A. y cols. (2025). The Lancet Regional Health – Americas, Volume 50, 101240

La Comisión Regional para las Américas de Banco Mundial, la Organización Panamericana de la Salud y la revista Lancet, entregan este informe que señala la urgencia de actuar en los sistemas de salud preventivamente en la región de América Latina y el Caribe (ALC) frente los desastres naturales, provocados por el hombre y productos del cambio climático, a las que es especialmente vulnerable y que amenazan la salud y el bienestar de millones de personas. El estudio muestra el impacto que la falta de acción en este ámbito puede producir a partir de la interrupción de los servicios esenciales. Señalan los alcances que puede tener esta reducción entre el 25% al 50% en la cobertura de atención primaria, con un período de recuperación de uno a cinco años, con estimaciones conservadoras de decenas a cientos de miles de muertes adicionales. Por ello la Comisión afirma que es urgente convertir la resiliencia en un pilar fundamental de los sistemas de atención primaria de salud (APS).

Según los propios autores, el trabajo de la Comisión aporta tres importantes líneas de reflexión. La primera, que vincula explícitamente los conceptos de APS y resiliencia, la segunda, indica un esquema de políticas y opciones prácticas en esta misma dirección – la resiliencia de la APS y, la tercera, señala los costos para la salud de la población y la economía de no actuar en consecuencia.

Así, a partir de estos análisis, la Comisión presenta un conjunto de áreas de urgente acción, como por ejemplo, "modelos de atención que garantizan servicios antes, durante y después de las emergencias, formas de avanzar para integrar funciones esenciales de salud pública en la APS, oportunidades para institucionalizar el empoderamiento y la confianza de la comunidad, acciones multisectoriales clave y políticas a través de mecanismos de gobernanza innovadores, y caminos para lograr un financiamiento resiliente de la APS."

El trabajo incluye un análisis del escenario económico y político de la región y los elementos aspectos a potenciar para construir la resiliencia de la APS.

Para cerrar, el trabajo concluye que. "En un contexto de creciente tensión geopolítica, creciente escepticismo científico, crecientes amenazas a los avances en salud pública y mayores probabilidades de emergencias graves de salud pública, lo que está en juego nunca ha sido tan importante, y el costo potencial de la inacción amenaza a millones de personas en toda la región. Sin embargo, existen amplias razones para ser optimistas: las amplias mejoras en salud y bienestar en ALC durante el último siglo demuestran que la región es capaz de un cambio profundo y de innovación. Los países deben invertir en una APS resiliente basada en servicios de salud integrados, funciones esenciales de salud pública, empoderamiento comunitario y enfoques multisectoriales, todo ello respaldado por una financiación eficaz y sostenible de la APS."

HEALTH AT A GLANCE 2025: OECD INDICATORS

OECD (2025), OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.

El texto Panorama de la Salud, del OECD, del presente entrega un vasto y completo grupo de indicadores sobre la salud de la población y el rendimiento de los sistemas de salud en los países miembros de la OCDE. Como es costumbre en ediciones anteriores incluye información acerca del estado de salud, los determinantes sociales y los factores de riesgo para la salud, el acceso y la calidad de la atención sanitaria, el gasto sanitario y los recursos del sistema de salud. Los datos corresponden a las estadísticas nacionales de los últimos años reportados en forma oficial por cada país, bajo patrones de comparación posible entre todos ellos.

El informe muestra indicador por indicador, así como un capítulo especial que resume el desempeño comparativo de los países y las principales tendencias. También incluye un capítulo temático sobre género y salud.

Sobre Chile, el estudio revela que el gasto de bolsillo en salud es uno de los más altos de todos los países que son parte de la OECD, con 35% del gasto total en salud en 2023, y se estima que subió a 39,1% en 2024. Luego hace un desglose del gasto de bolsillo y sus causas. Concluye este apartado con recomendaciones, que se orienta al fortalecimiento del financiamiento público, ampliar la cobertura de salud para incluir más servicios y medicamentos y regular los precios de los medicamentos y otros servicios médicos para hacerlos más accesibles.

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: ACTUALIZACIÓN DEL MARCO CONCEPTUAL Y OPERACIONAL PARA LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275330500>.

Se trata de un documento técnico de la OPS/OMS donde actualiza el concepto y vuelve a insistir en la importancia del desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud, como forma de enfrentar los desafíos estructurales de los sistemas de salud de la Región americana. En este mismo sentido, refuerza los contenidos del modelo, aportando nuevos elementos para su comprensión y puesta en práctica, proponiendo estrategias e intervenciones concretas para adaptarlas a las distintas realidades de cada uno de los países del continente.

En lo específico esta actualización presenta algunos aspectos donde se innova o se reconsideran los conceptos. Por ejemplo, respecto de la Gobernanza, contemplada en el ámbito del modelos asistencias, se indica su carácter de Gobernanza multinivel”, para darle un carácter más integrativo al rol de dirección al conjunto de la red, asociada a la idea de un proceso de maduración progresiva de la coordinación total de la red, en los ámbitos de gestión y la clínica.

Igualmente destaca el enfoque territorial con participación social, valorando el aporte de todos los sectores, así como la potencialidad política de movilizar los cambios necesario para avanzar en la construcción de redes robustas y estables.

Otro aspecto destacado y novedoso, se refiere a la gestión del cambio, donde suma los aspectos digitales. En este ámbito, desarrolla una teoría del cambio, con atributos y orientaciones operativas para alcanzar resultados sanitarios en acceso, continuidad y calidad de atención.

El texto es de valor especialmente como herramienta práctica a tomadores de decisiones, gestores y equipos técnicos de los sistemas de salud que aspiran alcanzar mejores niveles de salud, con equidad, sostenibilidad y adaptabilidad.

Dr. Jorge Lastra T.

CIEN AÑOS DEL MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. 1924 – 2024

Sierra, Daniel, 2025, Ministerio de Salud, Serie Hitos de la Salud N° 5, Santiago de Chile

Cien años del Ministerio de Salud. Chile, 1924–2024 conmemora un siglo de historia institucional que ha dado forma al sistema sanitario chileno. Organizado cronológicamente y pensado para un público amplio, este libro recorre los principales hitos, reformas y desafíos que marcaron la evolución del Ministerio de Salud, desde sus orígenes en la salubridad pública hasta los debates contemporáneos sobre equidad, acceso y participación.

A través de una narrativa clara y accesible, se destacan las políticas más emblemáticas, el rol de los ministros y ministras, funcionarios, y los contextos sociales que moldearon la acción estatal en salud. Este centenario no solo invita a mirar hacia atrás, sino también a proyectar el futuro, reflexionando sobre lo que se ha aprendido y el futuro que depara a la salud pública.

Más que una historia institucional, esta obra es una memoria compartida. Un testimonio del vínculo entre salud y ciudadanía, entre decisiones públicas y vidas concretas.

Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud

COMENTARIOS EN SALUD E INTELIGENCIA ARTIFICIAL

A medida que la inteligencia artificial amplía su campo de acción para incluir el tema de cuidados en salud y atención médica, se hace notar el alto grado de contaminación ecológica que producen las inmenas bases de datos almacenadas y utilizadas, alcanzando el 1-5% del total de agentes contaminantes. Esta alta y creciente ecotoxicidad de la inteligencia artificial en salud, produce, eventualmente, beneficios administrativos

de acceso y cobertura sin mejorar la calidad de las prestaciones, mientras que en países de altos ingresos, la IA lleva a mejoras solo marginales en la provisión de salud.

En una visión dualista, que separa beneficios en salud de beneficios ecológicos, el aumento de recursos en unos significa la reducción en los otros, por lo que se propone, en los estudios aquí comentados, entender que mejoras ecológicas significan de por sí un mejor aprovechamiento del tiempo y dedicación a los cuidados de salud.

Se sugiere que estas consideraciones permitan una visión ponderada y pausada en la aplicación digital en nuestro país, recordando que la precipitación legislativa produce ineficiencias (Ley Ricarte Soto, GES en oncología, postergación de 12 años en implementar la Comisión Nacional de Bioética), y tomando en cuenta que la legislación sobre ética e inteligencia artificial en salud apenas tiene un lento e inadecuado desarrollo embrionario.

El tema ecológico vuelve a tomar protagonismo con la reunión COP 30, al tiempo que los conflictos de las responsabilidades de cuidados de la salud y atención médica se exacerbán con consecuencias económicas mundiales por desacuerdos sobre mantención o reducción de servicios médicos públicos que llevaron al más largo cierre del gobierno de EE.UU. La gravosa postergación de atención médica a más del 10% de la población chilena requerirá recursos frescos que, como lo indican las tres publicaciones comentadas, tiene costos ecológicos no menores.

KATIRAI, A. (2024). THE ENVIRONMENTAL COSTS OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE FOR HEALTHCARE.

Asian Bioethics Review, 16: 527-538. <https://doi.org/10.1007/s41649-024-00295-4>

El contundente y vertiginoso desarrollo de la inteligencia artificial (IA) en cuidados de salud crea grandes expectativas por las ventajas que implican las crecientes bases de datos, financiadas por cuantiosas inversiones públicas y privadas, acelerando una espiral que promete “bien social” sin detallar a qué bien se refiere y cuál segmento social será beneficiado. Escasa atención es otorgada a las degradaciones y poluciones ambientales provocadas por el funcionamiento de los gigantescos computadores de la IA, como también su inquietante consumo de electricidad y agua. Estas generalidades son relevantes al desarrollo de la IA en “salud humana” —healthcare—, si bien no se despeja la incertidumbre acaso su desarrollo “traerá mejoras significativas y justificables más allá del estatus quo reinante en la práctica, impulsadas por el continuo y entusiasta desarrollo [e implementación comercial de la digitalización en medicinal]... “Al permitir el desarrollo comercial de la IA aplicada a cuidados de salud, impulsado por lo que es posible más que por lo necesario y benéfico, arriesgamos quedar apresados en un ciclo vicioso de degradación del medioambiente natural que lleva a mayores daños a la salud humana en los intentos de optimizarla” (p.533-4).

Como toda vanguardia técnica, también la IA beneficiará a los pacientes mientras los efectos ecológicos negativos afectarán ante todo a los desposeídos. Sin detallarlos, la autora hace fluir sus argumentos para engrosar el conflictivo debate antropocénico. Su propuesta, especialmente pertinente para sociedades inequitativas, es “extender nuestra comprensión más allá de los directamente impactados por el desarrollo de IA a medida que es incorporada en los flujos de trabajo clínico y en la vida cotidiana, tomando en consideración a quienes tal vez nunca tengan la oportunidad de ser incorporados a estos diálogos” (p. 534).

Comentario: La aplicación de IA estimulada por intereses comerciales se despliega con inciertos beneficios significativos en cuidados de salud y atención médica, pero sus altos costos ecológicos tienen por efecto aumentar las gravosas inequidades globales en acceso y cobertura sanitarias en el mundo, como persistentemente informa Michael Marmot.

THE ENVIRONMENTAL FOOTPRINT OF HEALTH CARE: A GLOBAL ASSESSMENT

Lenzen, M., Malik, A., Li, M. y cols. (2020).. Lancet Planet Health. 4 e271-79.

La forma tradicional de ponderar el estado económico en “cuidados de salud” evalúa los resultados “directos en salud y los costos financieros [involucrados]”. El gasto promedio entre los miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es de aproximadamente 9% del Producto Interno Bruto (PIB), habiendo sido hasta ahora solo parcial e incompletamente registrado.

Lenzen y cols. presentan los resultados de estudiar múltiples aspectos de impacto ecológico en 189 países, mostrando que las actividades relacionadas con cuidados de salud son responsables del 1% al 5% del impacto medioambiental total, algunas naciones sobrepasando el 5%, con grandes variaciones entre los países, y según el agente tóxico estudiado. Los más severos efectos negativos provienen de gases de efecto invernadero (CO₂, material particulado (PM) y óxidos de nitrógeno (NO). El 3% del gasto global en salud corresponde a la huella de CO₂ por emisiones directas de edificaciones y transporte de proveedores relacionados con salud; otros contribuidores ecotóxicos desatendidos son, por ejemplo, los tejidos de cerdos y ganado empleados en la producción de cápsulas medicamentosas. A su vez, los daños ecológicos tienen efectos negativos sobre la salud, exemplificados por la deforestación que produce una proliferación del *Anopheles* vector de la malaria. Múltiples datos estadísticos y gráficos permiten detectar algunas tendencias sorprendentes: Francia y Brasil tienen huellas de PM similares a pesar de que el gasto en salud es en Francia muy superior al de Brasil, en parte debido al más alto gasto en sueldos y salarios de personas ocupadas en actividades de salud no directamente emisoras.

Los hallazgos presentados sugieren que los sistemas sanitarios de países en desarrollo podrán mejorar su provisión de salud, y disminuir los impactos ambientales, acrecentando la eficiencia técnica de sus sistemas básicos [estructurales] —energía, construcciones y transporte—, a diferencia de las naciones de ingresos altos donde la eficiencia ecológica se logra con mayores gastos en salud y a costa de incrementar prácticas que producen residuos tóxicos. “En última instancia, será necesario relacionar las huellas ecológicas de salud no solo con el gasto en salud, sino también con la calidad de provisión, a los resultados [obtenidos], y a la inequidad”. Sin decirlo directamente, el artículo reconoce que el problema de países de menores ingresos es el acceso a servicios de salud, en tanto que los más pudientes se encuentran acuciados por la calidad basada en tecnociencia de punta donde la IA juega un rol crecientemente preponderante.

Comentario: Las Naciones de Ingresos Limitados e Insuficientes —NILI— tienen sistemas privados de salud que gastan, lucran y contaminan, conviviendo con sistemas públicos que mantienen infraestructuras y parques tecnológicos de costoso mantenimiento, que contaminan sin mejorar acceso y cobertura de sus servicios.

IN HOSPITAL RESOURCE ALLOCATION CONFLICTS BETWEEN HEALTH GOODS AND ENVIRONMENTAL GOODS, A RELATIONAL, CO-BENEFITS FRAME, RATHER THAN A DUALISTIC, COMPETING GOODS FRAME, IS KEY

Kirchhoffer, D.G., Pratt, B. (2025). Bioethics 39: 565-575. DOI: 10.1111/bioe.70002.

Los servicios de salud, en especial los hospitales, contribuyen con un 4.6% a la emisión global de carbono, con lo cual afectan negativamente su función de “curar e incrementar el bienestar humano”. A partir de COP 26 se crea conciencia y se fomenta políticas destinadas a “sistemas clima-resilientes” a fin de alcanzar la emisión neta cercana a cero hacia 2050” (p. 566), programa que propone reducir el impacto ecológico de los sistemas de salud mediante seis proyectos: desarrollar modelos de cuidado de baja emisión; procurar baja emisión de bienes y servicios; reducir, reciclar y reutilizar residuos; transporte de baja emisión; construcción de edificios y espacios de cuidados de salud de baja emisión, que además minimicen el impacto sobre biodiversidad, hábitat y migraciones animales —ferales y predadores salvajes— a las grandes urbes.

El problema suscitado entre políticas de salud y cuidados ambientales puede entrar en conflictos de inversa proporcionalidad, dado que las medidas ecológicas elevan los costos y reducen los recursos para atención médica. Estos conflictos ocurren a nivel macro —políticas sanitarias—, meso —administración de hospitales— y micro en decisiones clínicas individuales. Mediante varios ejemplos como la adquisición de vehículos eléctricos de transporte, empleo de cemento verde en las construcciones y remodelaciones, suben los costos y agudizan el conflicto entre bienes sanitarios/médicos y medioambientales.

Las incertidumbres decisionales al enfrentar la alternativa de recursos para salud o para ecología, se basan en el pensamiento dual humano/naturaleza, heredero del dualismo cartesiano entre *res extensa* y *res cogitans*. Aunque muy presente en el pensamiento Occidental, el dualismo desatiende que los humanos son parte de la naturaleza, debiendo desarrollar la perspectiva relacional que reconoce cómo “salud y bienestar de humanos y no humanos están interconectados e interdependientes”.

El pensamiento relacional permite a los tomadores de decisiones ponderar, primeramente, los beneficios

aparentemente competitivos entre bienes ecológicos y bienes de salud, para ocuparse de la asignación de recursos de tal modo que destaque y prioricen intervenciones generadoras de resultados ecológicos positivos, liberando tiempo y personal sanitario que permitan alcanzar cuidados de salud de alta calidad.

Comparando los programas de certificación de construcción verde en Australia con su equivalente tradicional, los autores concluyen que los hospitales verdes aumentan en 10% el tiempo disponible a cuidados, con substancial reducción en tasas de mortalidad; el ambiente laboral es más relajado, el recambio de personal se reduce en 25% siendo que el promedio nacional es de 12-15%. Los ahorros de energía y reducción de residuos son considerables, como también lo son el cambio de material de un uso por equipo reutilizable.

En el tema salud/ecología, los autores resumen diversos dualismos que dificultan el pensamiento relacional frente al decisional:

Dualismo en el pensamiento de asignación de recursos y la reducción de impacto ecológico

Dimensión	Dualismo	
Asignación de recursos	Bienes sanitarios	Bienes ecológicos
Comunidad	Humana	Naturaleza
Tiempo	Presente	Futuro
Lugar	Local	Global
Intervención	Terapia	Prevención

La tabla traducida respeta la tipografía y distribución de sus componentes, pese a que ciertas ideas no cumplen con la “claridad y nitidez” que Descartes exigía al pensamiento.

COMENTARIO GENERAL

Los tres artículos revisados provienen de países de altos ingresos y con diversos modos de organizar los sistemas de salud pública y atención médica, que tienen índices Gini más bajos que los latinoamericanos, es decir, su desigualdad es menor (Australia 0.307, Japón 0.29) vs. Chile 0.43 altos. Los altos índices de desigualdad de ingresos determinan inequidades en los índices de “healthcare”—salud pública y atención médica—. De allí que la instalación, desarrollo e implementación de IA se centra en bondades y problemas en la medicina altamente tecnificada, versus el uso de IA para el problema básico del acceso —listas de esperas, postergación de regiones—, además de la coexistencia paralela de medicina privada con tecnología de punta, y pública con severas deficiencias de recursos que, entre muchas otras aristas, llevan al deterioro por falta de mantenimiento y renovación. A estas alturas, la implementación de IA en salud encarece los gastos de salud en país de altos ingresos junto con aumentar la polución; los países de economías menos desarrolladas tendrán beneficios administrativos en el área pública que, por ahora, no aseguran mejor acceso y mayor cobertura, en tanto su aplicación en el sistema privado aumenta la sofisticación técnica y acrecienta la contaminación, al parecer con ventajas solo marginales en la atención médica de una minoría privilegiada.

El MINSAL trabaja en tres proyectos principales de IA:

1. Algoritmos Éticos para Inteligencia Artificial—MIRIA—;
2. Un modelo predictivo de IA para la detección temprana de cáncer de mama.
3. Regulación de la IA.

De la selección de estos temas y del avance de debates, estudios e implementación piloto, nada sabe el ciudadano medio (el stakeholder de la calle). Hay un proyecto de ley sobre IA, aprobado por la Cámara y actualmente en el Senado, que más allá de la rutinaria mención de derechos humanos, privacidad y confidencialidad, propone 4 niveles de sistemas de IA según riesgo: a) Sistemas de IA de riesgo inaceptable; b) Sistemas de IA de alto riesgo; c) Sistemas de IA de riesgo limitado; d) Sistemas de IA sin riesgo evidente. Una actividad tan compleja, de desarrollo incipiente y metas insondables, no puede suponerse a priori como de riesgo limitado o sin riesgo evidente. Como indican los artículos reseñados, hay efectos ecológicos secundarios que son insoslayables, por ende, conllevan riesgos que deben ser contemplados junto con negatividades como los efectos secundarios no deseados: en Naciones con Ingresos Limitados e Insuficientes

— NILI— ha de ser considerado que todo nuevo gasto acarrea la reducción de recursos en otro rubro, ejemplo de lo cual es el debate sobre el Presupuesto de la Nación para 2026.

La incorporación de “técnicas de punta” —robótica, IA, telemedicina— tiene que reflexionar sobre los beneficios, en muchas instancias marginales, de sofisticación técnica que seduce a la medicina privada, pero tensiona severamente al sistema público de salud crónicamente desfinanciado y cuyo énfasis debiera ser reparar los daños estructurales y materiales visiblemente deteriorados por falta de mantención oportuna (hospitales en decadencia estructural, presupuestos agotados en el último cuadrimestre de cada año). La precipitación legislativa olvida las atribuladas finanzas de la ley Ricarte Soto, los incumplimientos del programa GES sobre todo con relación a patologías cancerosas, la ausencia de la Comisión Nacional de Bioética requerida por la ley 20120, Art. 14, de 2006. Los ingentes gastos de implementar IA en salud agravan la insolvencia para resolver problemas básicos de atención médica.

El país con una deuda pública que alcanza límites insostenibles, un sistema de salud que, como otras tareas públicas, hace agua, tiene que ordenarse con cautela, medida y sentido de su propia realidad.

Dr. Miguel Kottow