



E-BOOK:

**4TA SEMANA
DE LA
EXPERIENCIA DEL PACIENTE
2026**

TRANSFORMANDO EXPERIENCIAS
impactando vidas

**PX20
WEEK26**

14 DE MAYO 2026

25
AÑOS



Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

UDD



Farmoquímica del Pacífico

Indice

1. Bienvenida Dra. Marcela Castillo (UDD)	3
2. Bienvenida Heriberto García (UDD)	4
3. Bienvenida Vicente Astorga (FQP)	6
4. ¿De qué hablamos cuando hablamos de experiencia del paciente? - Cecilia Rodríguez (Me Nuevo)	9
5. Experiencia del paciente en salud digital: la necesidad de manifestarnos - Félix Liberona (CENS)	15
6. ¿Cómo se inserta la farmacia en la experiencia del paciente? - Paulina Salas (HPH).....	22
7. Tecnología que cuida: Proyectos de informática con impacto real en la Experiencia del Paciente - Leonardo Causa (UDD).....	29
8. Experiencia del Paciente en CENABAST: Impulsando estrategias de acceso a medicamentos - Rodrigo Castro (CENABAST).....	33
9. La regulación como pilar de la experiencia del paciente - Jorge Canales (ISP).....	38
10. Panel 1: Organizaciones de Pacientes.....	43
11. Ecosistema de salud ocupacional: Servicio orientado al trabajador y a la empresa - Dra. Marta Cabrera (CMT).....	51
12. De Clientes a Pacientes: Una transformación con Propósito - María José Ampuero (SALCOBRAND)	55
13. De Pacientes a las Personas: El camino a una experiencia integral y diferenciadora - Angie Rehbein (CLINICA ALEMANA SANTIAGO)	59
14. Diálogo diario para empoderar a quienes cuidan a nuestros pacientes - José Luis Hernández y Natalia Ponce (ACHS)....	63
15. Panel 2: Cámaras de Laboratorios.....	68
16. Reconocimientos.....	76
17. Palabras de Cierre - Gonzalo Labbé (FQP).....	79
18. Declaración de Compromisos Colectivos.....	81
19. Agradecimientos	85



Bienvenida

1. Apertura

Dra. Marcela Castillo Decana de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

La Dra. Marcela Castillo dio inicio a la jornada destacando la feliz coincidencia del encuentro con el 25º aniversario de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo. En sus palabras, la experiencia del paciente no debe ser considerada un mero complemento superficial o cosmético del sistema sanitario, sino el corazón mismo del cuidado de la salud.

- **Educación Médica por Modelaje:** Subrayó la enorme responsabilidad institucional de la academia. Formar a las futuras generaciones de profesionales de la salud requiere que el "modelaje" —la práctica visible y ética en el entorno asistencial— sitúe en la primera línea valores inquebrantables como la dignidad, la escucha activa, la empatía y la comunicación asertiva.



2. El Cambio de Paradigma en Química y Farmacia

Sr. Heriberto García Director de la Carrera de Química y Farmacia, Universidad del Desarrollo.

El Director Heriberto García profundizó en la imperiosa necesidad de sepultar un viejo dogma de la profesión farmacéutica para dar paso a una visión moderna y conectada con la realidad clínica y humana de los pacientes.

- **La Ruptura del Paradigma Clásico:** Explicó que históricamente, la enseñanza tradicional de la Química y Farmacia situaba de manera rígida al medicamento en el centro. El foco obsesivo estaba puesto en que la molécula o el producto no sufriera alteraciones, que llegara intacto a la farmacia y que se respetaran los procesos químicos e industriales de manufactura en un aislamiento casi de burbuja.

- **El Paradigma de la Centralidad en la Persona:** El cambio cultural actual determina que es el paciente quien debe estar al centro. El medicamento, por más perfecto y sofisticado que sea en su diseño de laboratorio, carece de valor si no cumple un propósito real y tangible en la vida y recuperación de un ser humano.
- **El Acceso como Componente de la Experiencia:** García argumentó con firmeza que de nada sirve contar con una prescripción médica brillante, de última generación, ni con un proceso de elaboración industrial bajo los más estrictos estándares de calidad internacional, si el producto final no llega de manera oportuna a las manos del usuario. El acceso efectivo, equitativo y sin barreras burocráticas a los tratamientos es, en sí mismo, una de las dimensiones más críticas y determinantes de la experiencia del paciente. Los futuros profesionales de la farmacia son educados hoy bajo este sello: ser habilitadores activos del acceso y de la adherencia terapéutica en la sociedad.



Bienvenida

3. Discurso de Apertura: Confianza, Aprendizaje y Colaboración Real.

Sr. Vicente Astorga Presidente de Farmoquímica del Pacífico (FQP)

El líder de Farmoquímica del Pacífico ofreció un discurso especial, conectando los 192 años de trayectoria de FQP con un llamado urgente a la transformación del modelo sanitario chileno.

- **Una Historia de Cuidado con Raíces en 1834:** Evocó una imagen del año 1834 publicada en El Mercurio de Valparaíso, donde el inmigrante italiano y profesor de farmacia Antonio Puccio publicó un aviso dirigido a la comunidad. En él, invitaba a las personas a confiar en sus soluciones de salud y expresaba su esperanza de "merecer el favor del público tanto por la calidad de sus medicinas como por su esmero y atención".

Astorga reflexionó que, a pesar de haber transcurrido casi dos siglos desde aquel hito, esa visión de 1834 contiene todo lo que hoy se sigue buscando en salud: calidad técnica combinada con esmero humano para construir confianza.

- **Los Tres Pilares Corporativos:** Explicó que el desarrollo de FQP no se rige por declaraciones vacías de marketing, sino por tres pilares operativos reales con los que se toman decisiones estratégicas diariamente: la confianza, el aprendizaje continuo y el foco inamovible en las personas.
- **La Solución de Salud más allá del Producto:** Definió que un medicamento por sí solo es insuficiente. Una verdadera solución de salud es la ecuación indisoluble entre un fármaco de alta calidad y el servicio integral que este debe entregar a tres actores clave: al profesional médico que lo prescribe, al farmacéutico que lo dispensa con rigurosidad y, fundamentalmente, al paciente que lo recibe con la esperanza viva de recuperar su bienestar.
- **Génesis de la Semana de la Experiencia del Paciente:** Recordó que hace cuatro años la empresa tomó la decisión de reunir a todo su equipo interno, no con el fin frío de revisar balances financieros o KPI comerciales, sino para comprender desde el corazón el impacto real de su trabajo. Querían que cada colaborador mirara a los ojos a los pacientes, familias y médicos. Lo que comenzó como una enriquecedora vivencia interna puertas adentro, este año se abrió al ecosistema en alianza con la UDD, entendiendo que compartir el conocimiento con otros actores abre fronteras que de manera aislada son imposibles de vislumbrar.

- **Invitación a Abandonar la Frase Vacía:** Astorga fue categórico al declarar que "poner al paciente en el centro" se ha convertido muchas veces en un eslogan corporativo desgastado y sin sustancia. Lo que propuso es un cambio estructural de paradigma: derribar la antigua lógica asistencial fragmentada —donde cada actor opera celosamente en su propio compartimento estanco— para pasar a una lógica cooperativa real.
- **El Modelo del País Vasco (Osakidetza) como Referente:** Citó como ejemplo de éxito mundial al sistema sanitario del País Vasco en España. Osakidetza no destaca por tener un presupuesto infinitamente superior al de sus vecinos europeos, sino porque hace dos décadas tomó la decisión política de articular estratégicamente a la industria local, los centros académicos, los hospitales y las asociaciones de pacientes en pos de objetivos comunes de salud pública. El resultado actual se traduce en indicadores de cronicidad, control y adherencia terapéutica radicalmente superiores a sistemas con el doble de presupuesto financiero. "La diferencia no fue el dinero; fue la disposición a colaborar con seriedad", sentenció. Finalizó instando a los asistentes a ejercer una presencia activa y desprovista de discursos preparados, abriéndose genuinamente a aprender del otro durante la jornada.



Exposición 1: ¿De qué hablamos cuando hablamos de experiencia del paciente? Evolución del concepto.

Cecilia Rodríguez Directora de la Fundación Memuevo.

La líder social y experta en experiencia del paciente, Cecilia Rodríguez, inició su presentación con un profundo y conmovedor acto de sinceridad, decidiendo apartarse parcialmente de la estructura rígida de sus apuntes técnicos para conectar directamente con la raíz etimológica e histórica de la crisis humanitaria que atraviesa el sistema de salud en Chile.

El Diagnóstico Crítico de la Realidad Chilena (Datos OCDS y Percepción Humana).

Rodríguez expuso con crudeza indicadores estadísticos recientes que sitúan a Chile en una posición de vulnerabilidad sistémica e institucional en salud:

- **Brecha de Satisfacción Internacional:** En Chile, apenas el 44% de las personas se declara satisfecha con la disponibilidad de atención médica de calidad, consolidándose como el promedio más bajo de toda la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), cuyo estándar general gira en torno al 60%.
- **Deterioro del Índice de Calidad:** El índice de experiencia de calidad en el territorio nacional sufrió una preocupante caída de seis puntos entre los años 2024 y 2025, alcanzando los niveles históricos más bajos registrados en el último periodo.
- **La Crisis de la Esperanza Sanitaria:** El dato más doloroso y alarmante compartido por la expositora radica en que solo 1 de cada 5 ciudadanos chilenos cree firmemente que el sistema de salud tiene la capacidad real de cambiar o mejorar en el futuro. Existe un manto generalizado de resignación ciudadana.

La Raíz de la Humanización: El Concepto de Humus.

Frente a la proliferación contemporánea de protocolos, guías clínicas y comités de humanización, Rodríguez invitó a realizar una profunda autocrítica: "Es doloroso que tengamos que estudiar y armar protocolos para volver a ser humanos". Explicó que las palabras humanidad, humano y humanización comparten la misma raíz etimológica con la palabra humus, que significa tierra.

Humanizar la salud no es implementar una lista de verificación de cortesía superficial; es volver a conectar con la tierra, poner los pies en el suelo y entender que un acto de salud es, en su esencia más pura, el encuentro sagrado entre

dos seres humanos: uno que ha perdido provisional o permanentemente el equilibrio en su vida (el paciente) y otro que se dispone a ayudarlo a recuperarlo a través de un acto de profunda empatía y conexión vital.

La Evolución Teórica del Beryl Institute (2014 - 2021)

A nivel conceptual, la expositora desglosó detalladamente cómo la academia internacional ha reexaminado el concepto de la experiencia del paciente a través de los estudios e hitos de benchmarking del Beryl Institute:



La suma de todas las interacciones, moldeadas por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones del paciente a lo largo del continuo de la atención.

- **Diferencia Crítica entre Satisfacción y Experiencia:**
Rodríguez enfatizó que por años las instituciones de salud chilenas se han limitado a medir encuestas de satisfacción. La satisfacción mide si las expectativas básicas del servicio fueron cubiertas a nivel transaccional (un enfoque reactivo e instrumental). La experiencia, en cambio, profundiza en las interacciones humanas y operacionales complejas en cada hito del viaje, comprendiendo la narrativa subjetiva del paciente.
- **La Ecuación de las Expectativas en la Cronicidad:**
Actualmente existen en Chile más de 8 millones de personas viviendo con condiciones crónicas complejas que demandan atención permanente. En este escenario, la experiencia no ocurre en un vacío; se construye de manera directa sobre las expectativas previas del usuario.

Si la institución médica ignora activamente las expectativas biográficas de la persona, es matemáticamente imposible consolidar una buena experiencia.

El Salto hacia la "Experiencia Humana en Salud" (Revisión 2021)

Siete años después de la definición fundacional, tras la traumática irrupción de la pandemia de COVID-19 y la visibilización global de las brechas de equidad y racismo sistémico, la literatura internacional dio un salto cualitativo hacia el concepto de **Experiencia Humana en Salud**.

Esta evolución incorpora de manera obligatoria cuatro dimensiones que coexisten simbióticamente y que impiden diseccionar la vivencia del paciente de la realidad de su entorno:

- 1. La Experiencia de la Fuerza Laboral (El Vínculo Simbiótico):** No puede existir una buena experiencia del paciente si el equipo de salud vive en condiciones de burnout, desatención o deshumanización laboral. Rodríguez graficó esto citando dinámicas de redes sociales ("What if" / ¿Qué pasaría si...?). Si un cajero de farmacia o un médico de urgencias ofrece una mala atención, debemos preguntarnos: ¿Qué pasa si ese médico lleva 32 horas consecutivas de turno de urgencia? ¿Qué pasa si a esa técnico en enfermería le acaban de avisar que su padre está en estado terminal o no pudo asistir a ver a su hijo en el kinder por cumplir con su deber asistencial? Cuidar a quien cuida es un imperativo ético y operacional, no una alternativa opcional.

2. La Experiencia de la Comunidad y los Determinantes

Sociales: La experiencia no puede entenderse sin situarla en un contexto comunitario real. No es lo mismo atenderse en una clínica del sector oriente de Santiago que acudir al Hospital Padre Hurtado, emplazado en un territorio vulnerable donde la infraestructura física debe estar blindada para proteger a los pacientes y al personal clínico de las balas de la delincuencia. La equidad territorial es parte intrínseca de la ecuación de la experiencia. En la Región Metropolitana coexiste una dolorosa brecha de más de 15 años en la expectativa de vida de las personas dependiendo exclusivamente de si residen en comunas del sector oriente o del sector poniente.

3. El Paciente y su Familia como Socios Activos (Superar el "Paciente en el Centro"):

Rodríguez hizo un llamado enérgico a desterrar definitivamente la expresión de "poner al paciente en el centro", argumentando que dicha frase continúa instrumentalizando y cosificando a la persona: "Yo, que supuestamente sé de salud, te tomo a ti y te pongo en un lugar que yo determino". El nuevo paradigma exige que el paciente y su familia dejen de ser meros receptores pasivos para convertirse en socios activos del diseño, planificación y mejora de su salud. Las personas no quieren estar al medio para que se hable de ellas en una mesa de expertos; quieren estar sentadas integrando el círculo, dialogando de igual a igual con médicos, químicos farmacéuticos e instituciones.

4. La Revolución de los Pacientes (Víctor Montori): Cerró su intervención citando las tesis del movimiento internacional impulsado por el Dr. Víctor Montori. La mercantilización e industrialización de los sistemas de salud modernos mantiene bajo una tensión insostenible a todos los actores por igual (médicos presionados para atender en 10 minutos y registrar simultáneamente datos en cuatro sistemas informáticos incompatibles, y pacientes desatendidos). La única vía de escape es la colaboración y el establecimiento de alianzas colectivas genuinas.





Exposición 2: Experiencia del Paciente en Salud Digital: la necesidad de manifestarnos.

Félix Liberona D. Subdirector Ejecutivo del Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS).

El subdirector del CENS abordó la intersección crítica entre la tecnología y la humanización de la salud, derribando el mito de que la digitalización deshumaniza intrínsecamente la práctica clínica, y exponiendo un hito histórico de participación ciudadana en el diseño tecnológico.

Definición Oficial de Salud Digital en Chile

Liberona inició recordando la definición formal establecida por el Ministerio de Salud de Chile respecto a la Salud Digital: se trata de una estrategia país articulada y centrada de manera explícita en la persona. Esta estrategia utiliza el sustento de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TICs) no como un fin en sí mismas, sino

como una infraestructura habilitante para apoyar los procesos asistenciales, optimizar las políticas de promoción y prevención sanitaria, y viabilizar la generación y uso de información de alta calidad para la gestión pública.

El mensaje central fue claro: la tecnología bien diseñada no deshumaniza; por el contrario, es capaz de absorber tareas mecánicas y burocráticas para liberar tiempo valioso para que los profesionales de la salud miren a los ojos a sus pacientes. En los videos proyectados en el evento se evidenció que un registro clínico electrónico deficiente actúa como un obstáculo insalvable entre el médico y el paciente, mientras que un sistema optimizado e interoperable actúa como un facilitador invisible de la empatía.

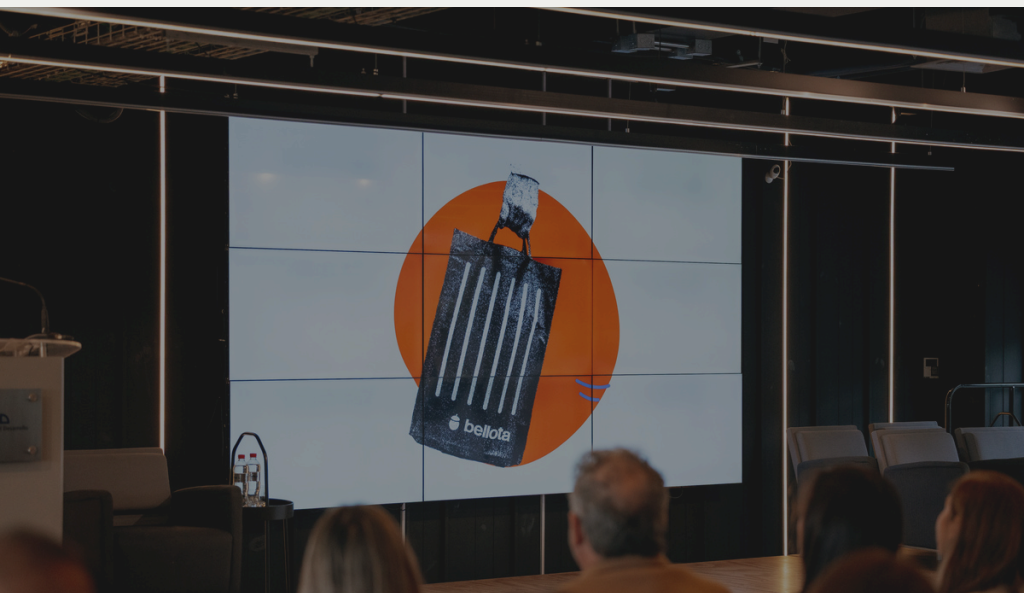
La Promesa Incumplida: El KPI vs. El Paciente al Centro

El expositor denunció que, históricamente, los desarrolladores de sistemas informáticos y los gestores de salud han cometido el error de poner al KPI (Indicador Clave de Rendimiento) en el centro, en lugar de a la persona. Los software médicos han sido diseñados prioritariamente para facilitar la labor de facturación, el control administrativo de las instituciones o el cumplimiento de metas burocráticas de producción. La interoperabilidad y la centralidad en el paciente siguen siendo promesas pendientes de pago en el sistema de salud chileno.

El Patrimonio Cultural de la "Bolsa Bellota"

Para graficar de manera humorística pero profundamente autocrítica el estado actual de la fragmentación de la información en Chile, Liberona acuñó un concepto que resonó con fuerza en el auditorio: "El paciente con la bolsa Bellota".

Denunció que es inaceptable que en el Chile del año 2026, la máxima expresión de la historia clínica de un ciudadano sea una bolsa plástica de retail repleta de carpetas desordenadas con exámenes impresos, informes diagnósticos antiguos y discos compactos (CDs) que ya ningún computador moderno es capaz de leer. La persona se ve obligada a cargar físicamente con su historial médico por el temor fundado de que un hospital no tenga acceso a los datos generados en un consultorio o en una clínica privada. Mientras industrias cotidianas como el retail o la gastronomía ofrecen sistemas de trazabilidad y tracking en tiempo real (como el despacho de una pizza), la logística de la salud sigue operando en la opacidad informativa.



Génesis y Metodología de Construcción del Manifiesto de los Pacientes frente a la Salud Digital

Ante este escenario de fragmentación, el CENS —una corporación sin fines de lucro integrada por cinco de las universidades más importantes del país— decidió impulsar un proyecto inédito en Hispanoamérica. Al intentar actualizar su modelo nacional de competencias en salud digital, el centro avanzó exitosamente definiendo los perfiles de los clínicos, los expertos en TI y los tomadores de decisión. Sin embargo, al consultar a las organizaciones de pacientes, estas alzaron la voz con una demanda histórica: "No queremos que nos sigan imponiendo deberes tecnológicos sin antes saber cuáles son nuestros derechos en el entorno digital".

Así nació el proceso participativo para la co-creación del Manifiesto de los Pacientes frente a la Salud Digital, ejecutado entre octubre de 2023 y junio de 2024. El proceso se estructuró en tres etapas rigurosas de diseño colaborativo:

Etapas 1:

Escucha Digital (Oct - Dic 2023)
Plataforma:
www.ciudadaniaensalud.org

- 517 participantes interactivos en el entorno digital.
 - 24 participantes en diálogos sincrónicos dirigidos.
 - 25 formularios físicos en papel (Inclusión digital).

Etapla 2:

Jornada Presencial Colectiva (Dic 2023)

- Co-diseño técnico con agrupaciones y pacientes
- Sistematización de dolores históricos en salud.
- Construcción del Lienzo Histórico del CENS .

Etapla 3:

Validación Híbrida Nacional (Jun 2024)

- Más de 40 líderes de organizaciones reunidos.
- Debate técnico de principios y redacción final.
- Votación democrática a mano alzada (Hito ciudadano).

Este esfuerzo interinstitucional fue co-impulsado de manera directa por la red Somos, la Fundación Memuevo, la agrupación Achago, la Federación Fentón, entre múltiples organizaciones de la sociedad civil. El resultado final se tradujo en un documento marco extenso y una versión ejecutiva de dos carillas, bellamente diagramada, redactada en un lenguaje ciudadano y accesible para toda la población.

Los 5 Principios Fundamentales del Manifiesto

El manifiesto consagra que la salud digital es una oportunidad concreta e irreversible para mejorar la calidad de vida de las personas, siempre y cuando se sustente bajo los siguientes cinco pilares inquebrantables:

- 1. Accesibilidad Universal e Inclusión Total:** Los sistemas de salud digital deben ser diseñados de manera nativa para no dejar a nadie afuera. Esto implica derribar barreras geográficas, de género y generacionales (edad), pero también adaptar las interfaces tecnológicas para personas en situación de discapacidad, dependencia severa, necesidades educativas especiales o diversidad de creencias culturales.
- 2. Colaboración y Coordinación del Continuo:** La tecnología debe servir como un puente de comunicación público-privada que garantice la coordinación fluida entre los distintos niveles de atención médica (primaria, secundaria y terciaria). Ningún software debe operar de forma aislada.
- 3. Intercambio de Información Automatizado (La Interoperabilidad como Derecho):** El análisis de los datos demostró que la principal demanda técnica de los pacientes chilenos es la interoperabilidad. Sin embargo, el Manifiesto decidió traducir este concepto técnico a un principio ciudadano explícito: El derecho a incentivar y exigir el intercambio automático de información entre los sistemas de salud. El historial médico pertenece a la persona, no a la institución que lo aloja.

4. Cultura de la Salud Digital y Formación: No basta con comprar software o regalar computadores; se requiere una estrategia integral de alfabetización digital y desarrollo de competencias tanto para los equipos profesionales y trabajadores de la salud como para los usuarios y sus cuidadores en la comunidad.

5. Marco Normativo, Estándares Claros y Financiamiento Sostenible: Exige al Estado la creación de regulaciones modernas, la adopción obligatoria de estándares internacionales de datos y el diseño de una estrategia presupuestaria de inversión pública que transforme las buenas intenciones del Manifiesto en una realidad operativa nacional.





Exposición 3: ¿Cómo se inserta la Farmacia en la Experiencia del Paciente?

Paulina Salas Acuña Jefa de la Unidad de Farmacia del Hospital Padre Hurtado.

La jefa de farmacia del Hospital Padre Hurtado (HPH) expuso un caso práctico de éxito rotundo en el rediseño de procesos clínicos y logísticos, demostrando cómo la farmacia hospitalaria puede migrar desde un rol clásico de soporte administrativo hacia un rol de habilitador estratégico de la experiencia humana y de la seguridad en el hogar.

Contexto Institucional: Acreditación JCI Home Care

El Hospital Padre Hurtado implementó este rediseño estructural en el marco de la implantación del modelo de acreditación de la Joint Commission International (JCI) para Home Care (Atención Domiciliaria), considerado el estándar

de calidad y seguridad hospitalaria más exigente y riguroso a nivel mundial. El modelo opera bajo tres ejes fundamentales: la calidad técnica de las prestaciones clínicas, la humanización profunda del servicio y la mejora continua y científica de los procesos operacionales.

El Modelo de Hospitalización Domiciliaria (UHD) y el Rol del Farmacéutico Clínico

La Hospitalización Domiciliaria (UHD) es un modelo de atención médica de vanguardia que traslada y brinda cuidados de nivel y complejidad hospitalaria directamente en el hogar del paciente. Este modelo exige garantizar que el usuario reciba exactamente la misma calidad, seguridad y continuidad terapéutica que obtendría estando físicamente internado en una cama del hospital, pero beneficiándose de un entorno familiar, seguro y humanizado.

La gran innovación del HPH radica en que la farmacia dejó de ser un simple despacho de medicamentos a distancia. El hospital se consolidó con orgullo como la primera institución de salud en Chile (tanto pública como privada) en integrar de manera oficial a un Químico Farmacéutico Clínico dentro del equipo multidisciplinario en terreno de la UHD. Este profesional asume funciones clínicas directas, participando en las visitas domiciliarias, integrando las mesas de revisión diaria de casos y asumiendo la corresponsabilidad de la terapia junto a médicos, enfermeras y kinesiólogos. El nuevo dogma operacional establece: "La farmacia ya no está encerrada en el hospital... la farmacia está en el hogar del paciente".

Los 4 Pilares del Rol de la Farmacia en la UHD

El rediseño del servicio se estructuró rígidamente en torno a cuatro pilares estratégicos:

- 1. Continuidad Ininterrumpida del Tratamiento:** Garantizar que el tránsito del paciente desde la cama hospitalaria hacia su domicilio no sufra ninguna alteración ni quiebre de stock. Los medicamentos correctos deben llegar al hogar de manera exacta, manteniendo el esquema terapéutico hospitalario original de forma milimétrica.
- 2. Seguridad Absoluta del Paciente:** El farmacéutico clínico realiza una validación exhaustiva de las indicaciones médicas. Esta validación no es un simple control de stock; es un análisis clínico profundo que cruza las dosis prescritas con las condiciones fisiológicas del paciente en tiempo real (como su función renal, hepática o su estado de conciencia), evaluando interacciones medicamentosas y previniendo activamente eventos adversos en el hogar.
- 3. Educación al Binomio Paciente-Cuidador:** En el entorno domiciliario, el paciente raramente está solo; coexiste con su familia y sus cuidadores. La farmacia enfoca sus esfuerzos en empoderar a este binomio como los principales protagonistas del proceso asistencial. Se entregan instrucciones personalizadas, verbales y escritas, para asegurar la correcta autoadministración de terapias complejas (como antibióticos endovenosos o fármacos de alto riesgo) y se refuerzan las estrategias de adherencia.

4. Integración Activa al Equipo Clínico: El farmacéutico aporta su conocimiento especializado para la realización de ajustes farmacológicos inmediatos en terreno, optimizando los tiempos de internación domiciliaria y acelerando el alta médica definitiva de manera segura.

El Mapa del Viaje de la Experiencia del Paciente en Medicamentos (Proceso UHD)

El circuito del paciente dentro del programa de medicamentos de la UHD comprende las siguientes fases críticas rediseñadas:

- **Ingreso y Puertas de Entrada:** El paciente ingresa al programa derivados desde el Servicio de Urgencia o desde los servicios de hospitalización médico-quirúrgica tradicional del HPH.
- **Preparación y Dispensación Centralizada:** La unidad de farmacia prepara las terapias bajo estrictos protocolos de trazabilidad individualizada, disminuyendo drásticamente la ansiedad familiar al entregar certezas físicas del tratamiento.
- **Distribución y Entrega Segura:** Los fármacos son trasladados de manera segura y etiquetada directamente al domicilio del usuario.
- **Educación Farmacéutica en Terreno:** Se capacita in situ al binomio respecto a horarios de administración, conservación de la cadena de frío y detección temprana de potenciales reacciones adversas a medicamentos (RAM).

- **Administración Controlada y Soporte Diario:** Todo el equipo de salud (enfermeras, kinesiólogos, médicos) asume la corresponsabilidad de revisar la medicación en cada visita diaria. La revisión de la terapia deja de ser una tarea exclusiva de farmacia; se transforma en un chequeo obligatorio y multidisciplinario en el hogar.
- **Seguimiento Clínico Dirigido:** Los pacientes con perfiles de alto riesgo o polifarmacia compleja son sometidos a un monitoreo farmacoterapéutico intensivo por parte del farmacéutico clínico.
- **Continuidad y Alta del Programa:** Se asegura el tránsito seguro del paciente hacia la red de atención ambulatoria regular al momento de ser dado de alta de la UHD.

El Gran Salto Cuantitativo: El "Antes y Después" del Rediseño

La implementación de este modelo generó transformaciones visuales y operacionales drásticas en la calidad del servicio, las cuales fueron respaldadas con material fotográfico y evidencias de gestión:

- **De la Receta Manual a la Prescripción Electrónica:** Salas fue categórica al señalar que en el Chile actual es imposible mejorar la seguridad de los medicamentos sin implementar prescripción electrónica. El HPH erradicó las antiguas recetas manuales escritas a mano, propensas a errores críticos de interpretación por letra ilegible o abreviaturas confusas, migrando hacia una ficha clínica electrónica con sistemas automatizados de alerta de seguridad en la dosificación.

- **Del Despacho en "Bolsas de Plástico de Granel" a la Etiqueta Estandarizada Individual:** Anteriormente, los medicamentos se enviaban al domicilio agrupados de manera genérica en bolsas plásticas comunes. Tras el rediseño, cada paciente recibe sus fármacos en empaques individuales provistos de una etiqueta estandarizada JCI de alta seguridad. Esta etiqueta detalla de manera explícita el nombre completo del paciente, su RUN, el nombre comercial y genérico del medicamento, la dosificación exacta, la frecuencia horaria y la fecha de vencimiento.
- **Del Almacenamiento Informal al Contenedor Seguro de Alto Riesgo:** Se constató que en los hogares chilenos existía la costumbre cultural de almacenar los medicamentos en lugares altamente perjudiciales como los baños (expuestos a humedad extrema) o las cocinas (expuestas a altas temperaturas). El programa UHD dotó a las familias de Contenedores Seguros y Organizadores Plásticos Adecuados, capacitando a los cuidadores para segregar y resguardar bajo llave los medicamentos de alto riesgo, manteniéndolos completamente alejados del acceso de niños.
- **De la Instrucción Verbal al Material Gráfico y la Hoja de Registro Diario:** Se eliminó la dependencia de las instrucciones meramente verbales (frecuentemente olvidadas por la familia ante situaciones de estrés). El HPH diseñó e implementó Material Educativo Gráfico de Fácil Comprensión y una Hoja de Registro de Administración Diaria de Medicamentos.

En este documento, el cuidador anota de manera cronológica cada dosis administrada, las omisiones voluntarias o involuntarias y cualquier síntoma anómalo, sirviendo como una bitácora de control invaluable tanto para la familia como para el equipo médico que evalúa al paciente al día siguiente.

Resultados Clave de Impacto del Modelo

El impacto social y clínico del rediseño operacional del Hospital Padre Hurtado arrojó las siguientes métricas de éxito en su balance de gestión:

- **120 a 140 recetas diarias** dispensadas con trazabilidad individual absoluta y controlada desde el laboratorio de farmacia hasta la cama del paciente en su hogar.
- **822 medicamentos de alta complejidad** bajo control estricto y trazabilidad de seguridad internacional.
- **100% de cobertura del esquema terapéutico**, alcanzando la erradicación total (0%) de quiebres de stock o interrupciones de tratamiento durante el periodo de hospitalización domiciliaria.
- **Reducción Drástica de Errores de Medicación:** La validación estandarizada disminuyó a niveles mínimos los eventos adversos por dispensación o administración errónea en el hogar, otorgando a los pacientes una experiencia sin quiebres operacionales, mayor autonomía y seguridad clínica. El proceso demostró científicamente cómo la farmacia hospitalaria se transforma de un servicio de soporte a un habilitador de experiencia de paciente.



Exposición 4: Tecnología que cuida: Proyectos de informática con impacto real en la Experiencia del Paciente

Sr. Leonardo Causa Morales director de las Carreras de Ingeniería civil Informática de la Universidad del Desarrollo (UDD).

El director académico expuso cómo la ingeniería y el desarrollo de software se han puesto al servicio de la humanización de la salud a través de proyectos tecnológicos reales coliderados por estudiantes de la UDD dentro de entornos hospitalarios complejos.

El Sello de la Responsabilidad Social e Ingeniería con la Empresa.

Causa planteó que "un ingeniero informático que no conoce el problema real, simplemente no lo puede resolver". Bajo este concepto, la UDD rompió el estereotipo clásico del

informático aislado que programa sin contacto humano, implementando el modelo de Aprendizaje Experiencial a partir del tercer año de carrera.

A través del programa "Informática con Sentido", los estudiantes pasan la mitad de su tiempo académico metiendo las manos en proyectos reales orientados a resolver los dolores de poblaciones vulnerables. Este modelo culmina en cuarto y quinto año con el programa Ingeniería con la Empresa, donde los alumnos se integran directamente a organizaciones e instituciones de salud para codiseñar soluciones tecnológicas con impacto social positivo.

3 Proyectos Prácticos de Co-diseño Tecnológico en el Hospital Padre Hurtado.

Durante el año anterior, las carreras de Ingeniería Civil en Informática e Innovación Tecnológica, e Ingeniería Civil en Informática e Inteligencia Artificial de la UDD desarrollaron tres proyectos tecnológicos de alto impacto para los pacientes del Hospital Padre Hurtado (establecimiento que atiende a más de 500.000 personas de las comunas más vulnerables de Santiago: La Granja, La Pintana y San Ramón):

- 1. Optimización y Gestión Automatizada de Boxes de Atención (CRS Ambulatorio):** El uso de los boxes médicos se gestionaba históricamente de forma manual o mediante planillas Excel estáticas, lo que generaba fricciones, topes de horarios, subutilización de la infraestructura y, en consecuencia, largas listas y tiempos de espera para los pacientes. La UDD desarrolló durante todo un año un Flujo Digital y Sistema de Agendamiento en Línea en Tiempo Real. Esta plataforma incorpora Inteligencia Artificial y permite al personal médico y no médico gestionar, reservar o deshabilitar

boxes de forma dinámica a través de herramientas cotidianas como WhatsApp. El sistema ya se encuentra implementado y en fase final de carga de datos para su puesta en marcha definitiva.

2. Modelos de Analítica Avanzada para la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD):

Los estudiantes procesaron la data analítica de la UHD bajo dos líneas de investigación clínica: el reingreso de pacientes ortogerítricos y el feedback de familias en protocolos de fin de vida (pacientes terminales). Los resultados estadísticos e insights predictivos generados por los alumnos no solo sirvieron para mejorar los protocolos médicos de terreno, sino que fueron integrados oficialmente como parte de la documentación científica que el Hospital Padre Hurtado entregó para obtener la prestigiosa Acreditación Internacional de la Joint Commission International (JCI). Actualmente se trabaja para transformar este hito en una publicación científica formal.

3. Sistema de Trazabilidad Oncológica (MVP Funcional):

Con el objetivo de mitigar el impacto de la fragmentación de la información y la falta de seguimiento en las prestaciones amparadas por las garantías GES, se realizó la ingeniería de diseño inicial y un Producto Mínimo Viable (MVP) interoperable. Este sistema realiza un seguimiento digital estricto de los tiempos de espera y el uso de los espacios físicos en las salas de quimioterapia, generando alertas automatizadas ante retrasos operacionales para resguardar la oportunidad del tratamiento del paciente con cáncer.

Los 4 Pilares de la Formación Tecnológica Humana

Causa concluyó su intervención celebrando el Día Nacional de la Ingeniería e instalando los cuatro valores transversales que estos proyectos inculcan en los futuros líderes tecnológicos del país:

1. Empatía (ponerse en el lugar del paciente y el clínico).
2. Responsabilidad.
3. Propósito.
4. Impacto.

La tecnología es verdaderamente poderosa cuando se diseña con un sentido profundamente humano y comunitario.





Exposición 5: Experiencia del Paciente en CENABAST: Impulsando estrategias de acceso a medicamentos.

Sr. Rodrigo Castro Director Subrogante de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST).

El Director de la Central de Abastecimiento ofreció una cátedra sobre cómo la logística mayorista del Estado impacta de manera directa en el eslabón final y más sensible de la cadena sanitaria: la experiencia humana y el bienestar financiero del paciente.

1. El Mapeo de la Red de Abastecimiento Pública y Comunitaria

Castro inició describiendo la magnitud operacional de la institución, la cual actúa hace 94 años como el soporte de suministro estratégico de la salud en Chile. El organismo consolida y coordina las necesidades de medicamentos, insumos clínicos y alimentos terapéuticos para una red masiva de cobertura nacional que abarca:

- 29 Servicios de Salud territoriales.
- 196 Hospitales de alta, mediana y baja complejidad.
- 307 Centros de Atención Primaria de Salud (APS), tales como CESFAM y CECOF.
- 167 Farmacias Comunes o Populares municipales.
- Más de 1.600 Farmacias Privadas e independientes adheridas formalmente a lo largo del país.
- 53 Establecimientos del extrasistema y mandantes directos (Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales y Fonasa).

2. El Diagnóstico del "Pecado Original": Excel Histórico y Ceguera de Datos

El expositor realizó un honesto diagnóstico de la gestión logística tradicional. Históricamente, el sistema chileno adoleció de un flujo de abastecimiento ciego y atomizado. CENABAST consolidaba demandas basándose en planillas Excel históricas compartidas por los hospitales, incrementando de manera genérica un estimativo anual del 5% sin noción de la necesidad real y epidemiológica en terreno.

Este aislamiento en la información generaba dos fenómenos severos que destruían la experiencia de atención: el sobrestock y vencimiento de fármacos en algunas bodegas, en paralelo con quiebres de stock críticos en otras. La consecuencia final de esta ineficiencia se traspasaba al usuario mediante el aumento del gasto de bolsillo, la pérdida de continuidad en sus tratamientos de cronicidad o la exposición a largas filas y esperas hospitalarias.

3. El Hito Tecnológico: Interoperabilidad Logística de Bodegas Hospitalarias

Para resolver la fragmentación del sistema, Castro presentó un proyecto tecnológico único en las Américas: la Plataforma de Interoperabilidad con Bodegas Hospitalarias. Rompiendo el mito de que solo la interoperabilidad clínica (la ficha médica compartida) es prioritaria, el director acuñó que "donde exista interoperabilidad clínica a futuro, debe coexistir una interoperabilidad logística que la viabilice... de nada sirve agilizar una lista de espera quirúrgica si al momento de la intervención el insumo o el medicamento no está disponible en bodega".

El sistema se conecta mediante APIs automatizadas directamente a los ERP y software locales de gestión de inventarios de los hospitales (sin requerir que funcionarios digiten datos manualmente). Para garantizar la viabilidad país del proyecto y reducir la tasa de fracaso de los software públicos, la plataforma recolecta estrictamente cinco variables simplificadas en tiempo real:

- 1.El stock diario disponible por establecimiento.
- 2.La entrada consolidada de productos.
- 3.La salida consolidada (consumo real).
- 4.Los inventarios mínimos y máximos por medicamento.
- 5.Las fechas de vencimiento y números de lote.

Actualmente, el sistema se encuentra en proceso de implementación en 102 hospitales, estando completamente operativo y en régimen productivo en 38 de ellos, con la meta de integrar a los 196 establecimientos de la red.

4. Del Visor Compartido a la Reposición Automática Just-In-Time

Los datos recopilados alimentan un Visor de Información Compartida democratizada, accesible para los directores de hospitales y servicios de salud. Este visor cruza de manera automatizada la demanda real en terreno con la oferta registrada en el sistema SAP de CENABAST.

El objetivo final de esta base de datos es la eliminación del proceso de compra manual burocrática mediante la instauración de Contratos de Reposición Automática directamente con laboratorios del sector privado. El software calcula de manera predictiva cuándo un hospital se acerca a su nivel crítico de inventario y genera un pedido automatizado que se despacha directamente desde la bodega del laboratorio adjudicado hacia el hospital de destino. Al erradicar las órdenes de compra tardías, se elimina la sobrecompra de emergencia —la cual suele ser costosa y genera sobrestock reactivo—, reduciendo el burnout administrativo y liberando millones de dólares en recursos fiscales ineficientes que pueden reinyectarse a la red asistencial.

5. El Quiebre del Modelo Hospitalcéntrico: Descentralización y Tracking Logístico

Castro denunció la paradoja de que los ciudadanos chilenos tengan acceso a sistemas de tracking en tiempo real para el despacho de bienes cotidianos de retail, mientras que el

transporte de medicamentos críticos operaba en la opacidad logística. Anunció que en las próximas dos semanas se lanzará oficialmente la herramienta de Tracking Logístico en Red junto a 30 laboratorios farmacéuticos nacionales, permitiendo a las farmacias hospitalarias monitorear de forma exacta si sus pedidos están en preparación, en tránsito o próximos a arribar a la bodega.

Finalmente, el expositor describió el rediseño del modelo de dispensación hospitalcéntrico para erradicar las barreras geográficas y de traslado que sufren las personas de comunas apartadas. Ejemplificó el caso de un habitante de Melipilla que tradicionalmente debe destinar horas de viaje y recursos económicos en transporte público solo para acudir a la farmacia ambulatoria del Hospital San Juan de Dios en Santiago y enfrentarse al riesgo de un quiebre de stock. Para solucionar esto, CENABAST se encuentra desplegando tres canales innovadores de **Acceso Farmacéutico Territorial**:

- Convenios con **Correos de Chile** para el despacho directo de medicamentos de cronicidad al domicilio del paciente.
- Alianzas con cadenas privadas como **Salcobrand** y farmacias independientes para el retiro de tratamientos regulados por ley directamente en los locales de la comuna de residencia del usuario.
- Implementación piloto junto a la cadena **Dr. Simi** para la habilitación de **E-Lockers (casilleros digitales inteligentes)** en zonas estratégicas, permitiendo que el paciente retire sus fármacos mediante un código automatizado de forma gratuita, oportuna y sin filas.

Cerró invitando a difundir masivamente el portal www.remediosmasbaratos.cl, el cual georreferencia los precios regulados de venta en el comercio adherido, empoderando mediante la transparencia informativa.



Exposición 6: La Regulación como Pilar de la Experiencia del Paciente

Sr. Jorge Canales Pacheco Jefe del Departamento de la Agencia Nacional de Medicamentos (ANAMED), Instituto de Salud Pública de Chile (ISP).

El líder de la Agencia Nacional de Medicamentos expuso sobre el profundo cambio cultural e institucional que está viviendo el órgano regulador del Estado, traduciendo los procesos de fiscalización científica a un impacto directo sobre la dignidad y la seguridad cotidiana del paciente.

1. El Viraje de la Misión Institucional: Del Producto a la Persona

Canales inició explicando la evolución conceptual del Mindset de ANAMED. Históricamente, la misión de la agencia

sanitaria se limitaba de manera abstracta y fría a "garantizar la seguridad, calidad y eficacia de los productos farmacéuticos y cosméticos". Bajo la gestión iniciada este año 2026, ANAMED modificó estructuralmente su estatuto de misión para centrarla explícitamente en proteger a las personas a través de la regulación de medicamentos, productos para terapia avanzada y cosméticos durante todo su ciclo de vida.

Este cambio determina que cada norma técnica, resolución de registro o inspección de manufactura deja de ser un trámite burocrático para constituir un puente directo de protección hacia el paciente chileno, quien legítimamente exige terapias de alta calidad, seguras, eficaces y disponibles.

2. Los Cuatro Pilares Modernos de la Regulación Sanitaria

Para materializar esta visión, el jefe de ANAMED desglosó detalladamente los cuatro pilares sobre los cuales se articula el rediseño estratégico de la agencia:

Pilar I: Medicamentos Seguros (Trazabilidad y Fiscalización Global)

El paciente tiene el derecho inalienable de poseer certeza absoluta respecto a la autenticidad e inocuidad del producto que consume. ANAMED se encuentra trabajando en un proyecto piloto estratégico junto a Casa de Moneda de Chile y el estándar internacional GS1 para la implementación de un sistema de trazabilidad y serialización completa del suministro nacional, desde la planta de fabricación original hasta el mesón de dispensación final.

Esto se complementa con una activa fiscalización para el combate de medicamentos subestándar, adulterados o falsificados distribuidos ilegalmente en canales informales y

redes sociales. Al ser Chile un país eminentemente importador de medicamentos, ANAMED rediseñó su esquema presupuestario para ejecutar un plan agresivo de Fiscalización en Origen. La agencia priorizó un listado de 238 fabricantes internacionales en los próximos años, con foco crítico en la India —país desde el cual proviene el 30% de los medicamentos consumidos en el territorio nacional y la inmensa mayoría de las materias primas farmacéuticas activas (APIs)—, garantizando que cumplan con las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) antes de autorizar la internación de sus lotes a Chile.

Pilar II: Acceso Oportuno (Transformación Digital y Fast Track Oncológico)

La lentitud regulatoria constituye una barrera que destruye la oportunidad terapéutica del paciente crónico u oncológico. Canales expuso que la agencia implementó un sistema de Digitalización Total de Dossiers Técnicos, migrando desde la revisión de documentos físicos en papel o PDFs estáticos hacia estructuras de datos procesables con herramientas de Inteligencia Artificial predictiva.

En sintonía con la alerta sanitaria nacional, ANAMED activó una estrategia de Fast Track Oncológico de Emergencia, inyectando una dotación extraordinaria de evaluadores científicos con el fin de destrabar y resolver de manera agilizada el retraso acumulado (backlog) de 140 productos oncológicos de alta prioridad que se encontraban a la espera de su resolución de registro sanitario. Asimismo, se expandieron las políticas de Reliance (confianza regulatoria internacional), validando científicamente las evaluaciones previas de agencias de alta vigilancia mundial para acelerar el ingreso de innovación al país sin duplicar burocracia.

Pilar III: Ciudadano Empoderado (Farmacovigilancia 4.0 de Cara al Usuario)

El hito más disruptivo en términos de experiencia del paciente radica en la transformación del sistema de farmacovigilancia nacional. Tradicionalmente, el reporte de reacciones adversas a medicamentos (RAM) estaba circunscrito de manera paternalista casi con exclusividad a los profesionales de los centros de salud. La estrategia actual sitúa al ciudadano como el actor principal de la seguridad sanitaria mundial.

ANAMED integró las bases de datos locales con el sistema VigiBase de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y disponibilizó el portal de Ciudadanía Digital (SVI), permitiendo que cualquier paciente reporte una sospecha de RAM desde su celular de manera inmediata y amigable, con un seguimiento automatizado e inmediato para casos catalogados como graves. La materialización física de este hito es la obligatoriedad de incorporar un Código QR dinámico en el empaque secundario de los medicamentos de expendio nacional. Al ser escaneado por el usuario o su cuidador en el hogar, el código despliega de manera inmediata información didáctica de seguridad oficial y el acceso directo al formulario de reporte de sospechas de eventos adversos, acelerando la detección proactiva de señales de riesgo antes de que se masifiquen en la población.

Pilar IV: Innovación Inclusiva (Terapias de Frontera y Biosimilaridad)

La autoridad sanitaria debe actuar como un facilitador que democratice el acceso a la medicina de alta complejidad. Canales detalló la publicación y puesta en marcha de la

Norma Técnica 257 (NT 257) para regular de forma específica los Productos de Terapias Avanzadas (ATMPs), tales como terapias celulares, genéticas y de ingeniería de tejidos. Esta norma establece un marco regulatorio moderno que viabiliza el desarrollo de estudios clínicos locales, medicina personalizada de precisión y el establecimiento de centros de pilotaje en colaboración con Corfo y el programa Transforma Salud.

En paralelo, se impulsó la actualización de la Norma Técnica 170 (NT 170) sobre Biosimilares. Históricamente, el ISP evaluaba a las moléculas biosimilares bajo las mismas exigencias burocráticas exhaustivas de un producto innovador completamente nuevo, encareciendo y retrasando de forma ineficaz su ingreso. La nueva normativa flexibiliza técnicamente los procesos de demostración de biosimilaridad basándose en altos estándares científicos globales. Esto permitirá que, una vez caigan las patentes internacionales, el mercado chileno reciba de forma rápida alternativas seguras y bioequivalentes de anticuerpos monoclonales y productos biológicos complejos para el tratamiento de enfermedades raras y oncológicas graves, derribando los costos de adquisición y garantizando la sostenibilidad financiera del ecosistema de salud completo.





Panel N° 1: Organizaciones de pacientes

"Fallas Estructurales del Ecosistema de Salud y su Impacto en la Experiencia Humana"

Moderador:

- Favio Sánchez (Líder de Experiencia y conocimiento del Paciente en Farmoquímica del Pacífico).

Panelistas:

- Marigen Aracena (Red Chile Unido por el Cáncer - Alianza de más de 50 agrupaciones oncológicas del país).
- Evelyn Castillo (ACHAGO - Asociación Chilena de Agrupaciones Oncológicas).
- Alejandro Andrade (FECHER - Federación Chilena de Enfermedades Raras).
- Robinson Mardones (FENPOF Chile - Federación de Enfermedades Poco Frecuentes).

El panel de discusión se estructuró en torno al análisis de las deficiencias del sistema sanitario chileno, abordando conceptualmente los denominados "elefantes blancos": aquellas problemáticas estructurales masivas que todos los actores del ecosistema saben que existen, pero que han sido normalizadas e invisibilizadas de manera sistemática en la práctica cotidiana.

1. La Alerta Sanitaria Oncológica y las Canastas Desfasadas

Marigen Aracena y Evelyn Castillo expusieron la cruda realidad que subyace detrás de las cifras oficiales de la alerta sanitaria por cáncer en Chile. Denunciaron que el principal "elefante blanco" del sistema oncológico es la **exclusión de fármacos de vanguardia dentro de las canastas oficiales del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y de las Garantías Explícitas en Salud (GES).**

- **La Incertidumbre como Carga Adicional:** El diagnóstico de cáncer constituye un hito biográfico lapidario y traumático. Genera niveles extremos de angustia debido a la incertidumbre intrínseca del desenlace de la enfermedad. Las panelistas argumentaron que es inaceptable e inhumano que el sistema público sobrecargue el bienestar psicológico del paciente y de su grupo familiar obligándolos a enfrentar una segunda incertidumbre: la falta de certezas sobre si el hospital dispondrá o no del medicamento biológico o la inmunoterapia que requiere para salvar su vida.
- **La Práctica Humillante de los "Bingos Solidarios":** Ante la falta de cobertura institucional de medicamentos de alto costo, la sociedad civil organizada se ve obligada a

recurrir a la beneficencia informal, rifas y bingos para financiar tratamientos que el Estado chileno debiera garantizar por derecho. Aracena compartió que, a través de redes de mensajería instantánea inmediatas (como grupos de WhatsApp de la Red Chile Unido por el Cáncer), los líderes sociales pasan las 24 horas del día gestionando crisis humanitarias urgentes de familias desesperadas cuyos tratamientos han sido interrumpidos o negados por razones presupuestarias.

- **La Injusticia de la Exclusión por Edad (Cáncer Infantil vs. Adolescente):** Evelyn Castillo (ACHAGO) visibilizó una de las fallas de diseño más arbitrarias e indignantes del marco regulatorio nacional: La canasta del Cáncer Infantil en Chile cubre integralmente a los pacientes solo hasta los 15 años de edad. A partir de los 15 años y un día, el adolescente es catalogado administrativamente como un paciente adulto, perdiendo de manera inmediata coberturas críticas y protocolos de soporte especializado. Castillo denunció que esta frontera de edad no responde a ningún criterio clínico, científico ni médico de eficiencia terapéutica; fue una decisión estrictamente económica y presupuestaria adoptada en los escritorios ministeriales para limitar de manera artificial la cantidad de pacientes beneficiarios al año.

2. Inequidades Territoriales y Desplazamientos Forzados

El panel coincidió en que la centralización de la medicina de alta complejidad en la Región Metropolitana constituye una de las fricciones más violentas para la experiencia del paciente de regiones.

- **La Realidad de la Zona Rural:** Mientras los informes de gestión pública se vanaglorian comparando los indicadores agregados de Chile con los estándares de los países desarrollados de la OCDE, las agrupaciones locales en regiones deben destinar sus limitados recursos a resolver necesidades básicas de supervivencia. Castillo detalló cómo las familias rurales del sur del país deben sortear desplazamientos geográficos extenuantes de múltiples horas, costeados pasajes de transporte público y alimentación de su propio bolsillo, solo para trasladarse desde sus localidades hacia el hospital base regional y enfrentarse a la respuesta de que el medicamento no está disponible, viéndose obligados a regresar con las manos vacías y el tratamiento interrumpido.

3. El Laberinto Legal y el Bloqueo Institucional en Enfermedades Raras.

Alejandro Andrade (FECHER) y Robinson Mardones (FENPOF) abordaron de manera descarnada la realidad de las Enfermedades Raras, Huérfanas y Poco Frecuentes en el país (ERPOH).

- **El Fin del Mecanismo de la Judicialización:** Históricamente, ante la falta de coberturas públicas, las familias de pacientes con ERPOH recurrían a la interposición de Recursos de Protección ante las Cortes de Apelaciones y la Corte Suprema de Justicia para exigir por la vía judicial la compra de fármacos de alto costo indispensables para la supervivencia de niños. Los panelistas alertaron que esta ventana jurídica de salvación se ha ido cerrando de manera definitiva en el

último periodo debido al cambio en la composición ideológica y jurisprudencial de las salas de la Corte Suprema, dejando a los pacientes en un desamparo legal absoluto.

- **El Estancamiento del Sistema Ricarte Soto:** La Ley Ricarte Soto (Ley N° 20.850) se encuentra operacionalmente congelada, sin crecimiento presupuestario real ni incorporación de nuevos decretos de patologías complejos. Andrade denunció que las metodologías de evaluación técnica que aplica el Ministerio de Salud (como la metodología GRADE) son ciegas a la experiencia humana y biográfica de las personas. Para el diseño analítico de la Ley Ricarte Soto, el factor del impacto social de la enfermedad carece de ponderación matemática; da exactamente lo mismo si quien enferma es un lactante con toda una vida por delante o el padre proveedor de un hogar vulnerable. Los criterios económicos fríos se imponen sobre el derecho a la vida.
- **La Inoperancia en la Captura de Datos de la Vida Real:** El sistema de salud chileno carece de una infraestructura digital capaz de capturar evidencia clínica del mundo real (Real World Evidence). Esto impide que el Estado chileno pueda sentarse a negociar contratos modernos de Riesgo Compartido con los laboratorios internacionales de innovación. Al no recopilar de manera científica los datos de la efectividad de las moléculas en los pacientes locales, el Ministerio de Salud se limita a realizar simples transacciones comerciales y regateos de precios por volumen, perdiendo oportunidades históricas de financiamiento sostenible.

- **El Fracaso Histórico de los Registros Públicos de Pacientes: Andrade expuso una muestra de la falta de continuidad del Estado de Chile:** Durante tres administraciones presidenciales consecutivas (Bachelet 1, Piñera 1 y Bachelet 2), el Ministerio de Salud desarrolló y extravió/perdió el registro nacional de pacientes con enfermedades raras en tres ocasiones sucesivas. La pérdida recurrente de este instrumento de datos impidió contar con la base científica para diseñar políticas públicas serias. El registro que se encuentra operando actualmente de manera excepcional fue desarrollado de manera acelerada gracias a la presión directa y la participación técnica de los propios pacientes y las organizaciones de la sociedad civil entre los meses de noviembre y diciembre del año anterior.

4. La Falta de Voluntad Política y el Desgaste Humano del Dirigente

El panel cerró con una enérgica denuncia respecto al desgaste vital y laboral al que se ven sometidos los pacientes y sus cuidadores en el ejercicio del rol de dirigentes de las fundaciones.

- **El Testimonio de la Marcha desde Chiloé:** Alejandro Andrade recordó el caso de una madre desesperada que se vio obligada a caminar a pie desde la isla de Chiloé hasta el Palacio de la Moneda en Santiago para visibilizar el caso de su hijo. A pesar de lograr una reunión de más de una hora con el Presidente de la República y entregarle en sus manos una propuesta de solución

estructural de financiamiento denominada Consejo para el Acceso Oportuno —diseñada de manera rigurosa por economistas de la salud chilenos de nivel internacional—, la iniciativa se encuentra durmiendo en la burocracia estatal por falta de voluntad política real.

- **El Sacrificio Horario y Laboral de la Sociedad Civil:** Los panelistas exigieron empatía recíproca a las autoridades institucionales presentes en el auditorio. Denunciaron que mientras los funcionarios del ministerio, directores de agencias públicas y ejecutivos de clínicas asisten a estos seminarios como parte de su jornada laboral remunerada, los líderes de los pacientes asisten sacrificando sus jornadas de trabajo, pidiendo días libres sin goce de sueldo y restando tiempo a sus vidas personales y al cuidado de sus propios familiares enfermos: "Venimos a explicarle a la autoridad por décima o decimoquinta vez consecutiva exactamente la misma problemática estructural de la que ya tienen perfecto conocimiento material. Esperamos que la próxima vez sean ustedes quienes lo digan y actúen".
- **El Drama de la Incertidumbre en la Consulta Médica:** Robinson Mardones (FENPOF) visibilizó la profunda desconfianza que genera en un paciente con una patología ERPOH acudir a una interconsulta de especialidad en el sistema público y constatar que el propio médico especialista desconoce por completo la existencia o la fisiopatología de la enfermedad extraña. El usuario se ve en la obligación de educar a su propio médico tratante, destruyendo el principio básico de la seguridad clínica y la contención institucional.

Asimismo, denunció las trabas burocráticas del Instituto de Salud Pública (ISP) para la importación ágil de medicamentos huérfanos esenciales y el quiebre crónico de stock regional de moléculas de bajo costo pero de alta relevancia terapéutica, como la Anakinra o la Colchicina, obligando a las fundaciones a centralizar compras en Santiago y asumir logísticas informales de distribución para salvar vidas en los territorios apartados del país.





Exposición 7: Ecosistema de Salud Ocupacional: Servicio Orientado al Trabajador y a la Empresa Dra. Marta Cabrera C.

Especialista en Medicina del Trabajo y del Ambiente y Directora Médica LATAM del Centro Médico del Trabajador (CMT).

La Dra. Marta Cabrera introdujo una perspectiva disruptiva y fundacional en el seminario al abordar la experiencia del paciente desde la Medicina del Trabajo y del Ambiente, una disciplina científica recientemente ratificada y certificada como especialidad médica primaria en Chile. Su tesis central derribó el dogma asistencial tradicional: en el ámbito de la salud laboral, el desafío clínico no consiste en tratar la patología declarada, sino en gestionar de forma preventiva la experiencia de personas sanas con el objetivo inamovible de mantenerlas sanas, entendiendo al empleo formal como un determinante social crítico y positivo de la salud.

1. El Doble Eje de la Matriz de Experiencia: El Trabajador y el Empleador

El rediseño operacional del CMT —consolidada como la red privada de salud laboral más grande de Chile, con 14 años de trayectoria, 18 sucursales operativas desde Iquique hasta Punta Arenas (y 5 sedes más en proceso de apertura inmediata), además de una expansiva operación en Perú— se estructura bajo una matriz bidireccional. Para la institución, tanto el trabajador evaluado como la empresa mandante coexisten bajo la categoría de pacientes del sistema.

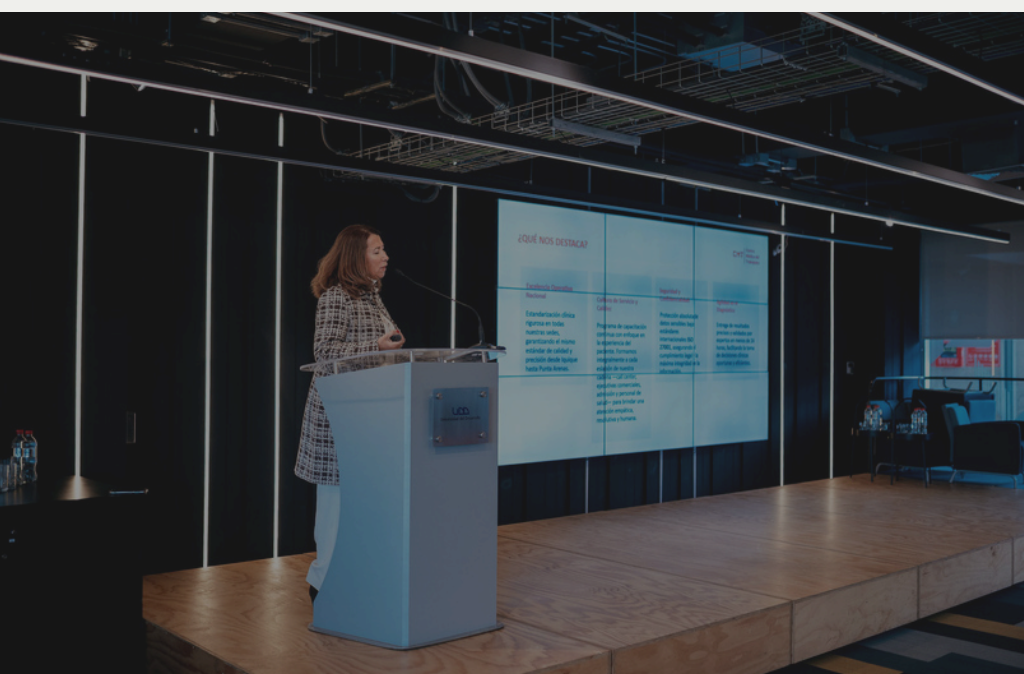
- **La Carga Ansiosa del Postulante:** El CMT identificó que enfrentarse a una batería de exámenes preocupacionales o de aptitud para cargos de riesgo genera niveles extremos de estrés, vulnerabilidad y angustia biográfica en las personas. El miedo a ser calificado como "no apto", la exposición a exámenes de detección de drogas o la medición de la capacidad física (especialmente en un mercado laboral con un 8,9% de desempleo en la Región Metropolitana y un 9,6% a nivel nacional) transforma la evaluación en un hito crítico. El postulante sabe que su sustento familiar y su salud están en juego.
- **La Presión por la Continuidad Operacional:** En la otra vereda, las empresas clientes (pertenecientes a sectores estratégicos como la gran minería, la construcción civil, la pesquería y la energía) operan bajo una urgencia logística implacable. Requieren incorporar mano de obra calificada de forma inmediata; los buses de traslado a las faenas cordilleranas están listos y cada puesto vacío se traduce en pérdidas financieras y detención de la cadena operativa. El modelo clásico de mutualidades, sobrepasado y burocrático, tardaba días en emitir resoluciones, asfixiando la planificación corporativa.

2. Ecosistema Tecnológico Integrado Paperless bajo Estándar ISO 27001

Para mitigar simultáneamente la ansiedad del trabajador y la urgencia de la empresa, el CMT diseñó un ecosistema digital integrado, completamente libre de papel (paperless) y blindado bajo la certificación internacional de seguridad de la información ISO 27001:

- **Aplicación Móvil MUVU:** Esta plataforma acompaña al trabajador desde el hito del agendamiento. Al ingresar a la sucursal, el software coordina un flujo optimizado por los boxes clínicos. El usuario transita de forma ágil entre la toma de signos vitales por parte de los TENS, los exámenes visuales y la evaluación médica final, simulando una línea de ensamblaje industrial pero provista de rostros profundamente amables, empáticos y orientados a la contención psicológica de la ansiedad. Al concluir, el trabajador puede descargar directamente a su teléfono su historial y exámenes clínicos (como hemogramas, hematocrito y perfil lipídico). Esta información no solo sirve para el proceso de postulación, sino que es plenamente utilizable por el paciente para su control en la Atención Primaria de Salud (APS). Además, la app incorpora dinámicas de gamificación para incentivar el cese del tabaquismo, caminatas diarias y alimentación equilibrada.
- **Portal Corporativo CMT Connect:** Esta interfaz web garantiza de forma estricta a los empleadores la entrega de los certificados de compatibilidad y aptitud laboral en un plazo inferior a 24 horas. Rompiendo el cuello de botella tradicional, la plataforma dota a las empresas de

un dashboard analítico masivo. Las mineras, por ejemplo, pueden descubrir de forma agregada y anonimizada las tendencias de salud de su dotación (revelando si el 60% padece de obesidad, hipertensión o sedentarismo). Esto transforma los datos médicos en una herramienta predictiva para que las corporaciones diseñen intervenciones preventivas precisas en sus campamentos y casinos (mitigando dinámicas de riesgo como el "all you can eat" en los bufés mineros) y dando cumplimiento exacto a las exigencias legales del Decreto 44 de salud ocupacional.





Exposición 8: De Clientes a Pacientes: Una transformación con propósito

María José Ampuero Gerenta de Marketing, Clientes y Comunicaciones Externas de Salcobrand

La ponencia de Salcobrand abordó la transformación cultural y operativa de la cadena de farmacias, detallando cómo la organización ha tenido que desplazar el foco comercial transaccional de "atención al cliente" para asumir un rol de actor de salud comunitaria, orientando sus esfuerzos masivos hacia la adherencia terapéutica y el alivio del gasto de bolsillo familiar.

1. La Farmacia como Espacio de Contención Emocional y Resignación.

Ampuero desafió al auditorio a deconstruir la experiencia de compra en el retail farmacéutico: "Nadie acude a una farmacia por motivos de esparcimiento o entretenimiento; se asiste de forma obligada cuando se ha fracturado la salud". El mapa psicográfico del usuario de farmacias en Chile está condicionado por emociones basales complejas: la confusión ante la legibilidad o tecnicismo de la receta médica, la incertidumbre sobre la disponibilidad física del stock de la molécula, el estrés por los tiempos de espera en las filas y, fundamentalmente, la resignación financiera ante el costo del tratamiento. El propósito de Salcobrand se redefinió para transformar sus locales en espacios de contención humana, apalancados por una red de casi 500 sucursales físicas que penetran incluso en los territorios con mayor aislamiento y vulnerabilidad geopolítica de Chile, operando de manera exclusiva en Isla de Pascua y el Archipiélago de Juan Fernández.

2. La Articulación Operacional con las Políticas Públicas del Estado

La empresa estructuró su modelo de experiencia masiva tejiendo alianzas directas con los mecanismos de protección del sector público, garantizando el acceso económico y la disponibilidad farmacéutica los 7 días de la semana de forma continua:

- Socio Único en la Ley Cenabast: Salcobrand se posicionó como la única gran cadena farmacéutica del país adherida formalmente a la estrategia de intermediación de medicamentos del Estado. Actualmente comercializa

alrededor de 50 moléculas críticas de alta demanda bajo el modelo de precio máximo regulado por ley, absorbiendo la distribución y traspasando un ahorro real de hasta un 70% directo al bolsillo de más de 33.000 pacientes crónicos.

- Convenio de Descuento FONASA: El sistema valida de forma automatizada los RUN de los millones de afiliados al seguro público de salud en sus meses de atención. Esto permite que más de 260.000 pacientes mensuales accedan a rebajas sustanciales de hasta un 55% en una canasta de más de 1.900 medicamentos esenciales.
- Aseguramiento del Suministro GES Privado: La compañía absorbe y gestiona de manera prioritaria el 90% de las dispensaciones de las Garantías Explícitas en Salud (GES) provenientes de las Isapres y aseguradoras privadas, mitigando la angustia de los pacientes mediante el programa Mi Salud, el cual blindo y reserva el stock específico en el local predeterminado por el usuario.

3. Ciencia de Datos aplicada a la Salud: El Impacto de "Mi Salcobrand"

El programa de fidelización y datos de la cadena fue rediseñado bajo criterios clínicos para actuar como un motor de persistencia terapéutica. El software premia de manera automatizada la constancia del paciente crónico aplicando descuentos progresivos y acumulables en más de 2.200 medicamentos de uso recurrente. Con una base de 3.700.000 pacientes inscritos, un estudio científico desarrollado por una prestigiosa universidad chilena validó que los usuarios incorporados al programa registran un 30% más de adherencia clínica a sus tratamientos farmacológicos en comparación con los clientes externos, consolidando un índice de recomendación (NPS) del 80%.

La gerenta cerró detallando el compromiso social de la firma, el cual se materializa en alianzas sostenidas a largo plazo: 21 años de financiamiento para la rehabilitación de niños quemados en COANIQUEM, 3 años de soporte activo a la Teletón, y 12 años de operativos de alta complejidad junto a la Fundación Acrux, trasladando especialistas médicos a bordo de embarcaciones hacia Juan Fernández para resolver listas de espera diagnósticas y quirúrgicas en zonas extremas.





Exposición 9: De los Pacientes a las Personas: El camino a una experiencia integral y diferenciadora

Angie Rehbein Subgerente de Experiencia de Pacientes de Clínica Alemana

La presentación de Clínica Alemana abordó la estrategia de transformación cultural de una institución de alta complejidad (provista de 120 años de historia médica, 438 camas de internación, más de 42.000 cirugías anuales y 1.138.000 consultas presenciales al año) para transitar desde la medición clásica de control de calidad hacia la adopción profunda del modelo internacional de Atención Centrada en la Persona.

1. La Evangelización Institucional Basada en la Evidencia (2021-2022)

Rehbein describió que al asumir el liderazgo del área en el año 2021, el punto de partida era favorable pero requería tracción: la alta dirección y la gerencia general mantenían el Net Promoter Score (NPS) como un indicador clave prioritario en su agenda. El desafío consistió en iniciar una campaña de "evangelización" interna de los equipos médicos. Esto se logró mediante la desagregación de los datos y el envío continuo de reportes de experiencia personalizados para cada sucursal y especialidad clínica (La Dehesa, Plaza Egaña, Chicureo y la nueva sede de San Carlos de Apoquindo), logrando sensibilizar e involucrar activamente a los jefes de servicio en el análisis cualitativo del feedback de las personas, elevando de manera sostenida el NPS institucional desde un 69% a un 73%.

2. La Humanización de los Espacios Físicos y la Disrupción Clínica del "Sorprender"

Para que la experiencia sea verdaderamente diferenciadora, la clínica definió tres vectores estratégicos de acción: Facilidad, Cercanía y Sorprender. Este último pilar busca romper la frialdad e incomodidad inherente a los entornos hospitalarios tradicionales mediante intervenciones humanas, estéticas y artísticas co-diseñadas directamente con los usuarios:

- El Rediseño del Túnel de la Esperanza: Se abordó arquitectónicamente el pasillo subterráneo que conecta el edificio de Manquehue Oriente con el bloque de pabellones quirúrgicos. Este trayecto, descrito históricamente por los pacientes en las encuestas como

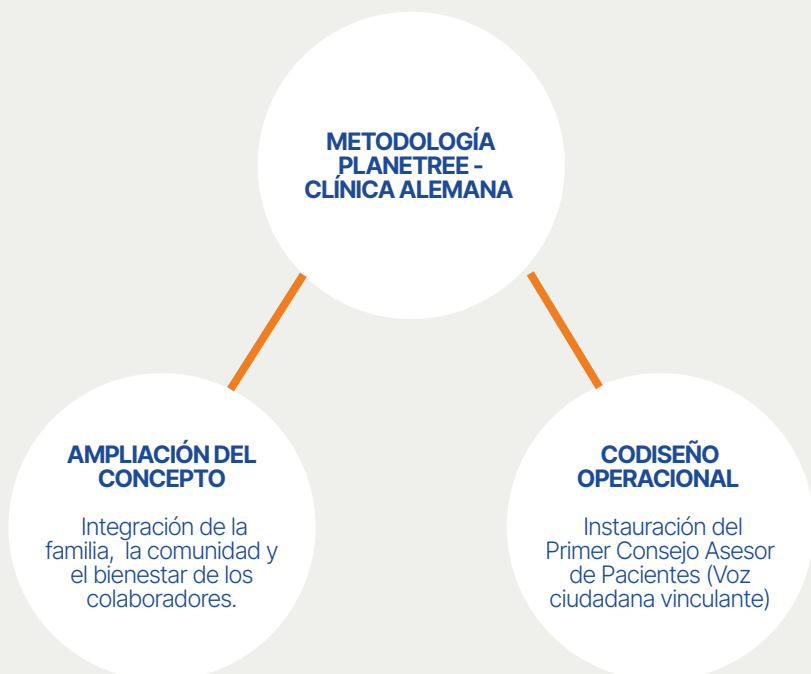
un espacio frío, tétrico y angustiante ("el túnel de la muerte"), fue transformado radicalmente mediante diseños de iluminación cálida, cromoterapia y estímulos visuales, convirtiéndose en un entorno de calma y contención psicológica previa a una cirugía.

- Programa de Doctores Caninos (Terapia Asistida con Animales): Integración formal de perros de terapia entrenados dentro de las pautas de rehabilitación kinésica, neurológica y emocional de pacientes pediátricos y adolescentes con largas estadías de hospitalización. Rehbein exhibió el caso clínico de una joven que, tras semanas de inmovilidad y resistencia psicológica al tratamiento tradicional, logró recuperar la marcha e iniciar su proceso de caminata motivada exclusivamente por la interacción lúdica y emocional con los ejemplares caninos en las salas de la clínica.
- El Piano Clínico y el Legado de Ester: Instalación de pianos de cola en los halls centrales de la clínica — ejecutados de manera espontánea por médicos, enfermeras o familiares de visitas— e instauración de exposiciones artísticas rotativas en el piso 9 (Unidad de Oncología). La expositora relevó la historia de Ester, una paciente con tratamiento oncológico activo que desarrolló su expresión pictórica en las salas de internación y cuyo mural artístico quedó plasmado en el piso de oncología como un hito de resiliencia y comunidad para otros pacientes.

3. El Salto Estratégico junto a Planetree y el Gobierno de la Experiencia

Durante el periodo 2023-2025, Clínica Alemana formalizó una alianza de asesoría e implementación internacional con

la organización Planetree, redefiniendo por completo el gobierno de la experiencia bajo dos directrices estructurales de cambio:



El bloque concluyó con la proyección de una pieza audiovisual que demuestra la permeabilidad de esta cultura: desde el personal de seguridad y control de accesos, los equipos de hotelería, alimentación y casinos, hasta los cirujanos y expertos en ciberseguridad y TI médica, todos comprenden y ejecutan diariamente el propósito de la clínica: "Existimos para hacer posible una mejor salud". Este diseño cultural consolidó a la institución con un 78% de NPS verificado (con una meta del 80% para el cierre del año 2026), logrando además posicionarse en el puesto 121 del ranking mundial World's Best Hospitals 2026 emitido por la revista Newsweek.



Exposición 10: Diálogo diario para empoderar a quienes cuidan a nuestros pacientes

José Luis Hernández (Gerente de Gestión del Seguro y Prestadores) y Natalia Ponce Cassorla (Jefa de Experiencia de Pacientes de la Asociación Chilena de Seguridad - ACHS)

Los representantes de la ACHS expusieron sobre la refundación de su modelo institucional bajo el amparo del seguro de la Ley 16.744 de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, detallando el rediseño cultural que les permitió quebrar el techo de un modelo de gestión tradicional para ingresar de lleno a la era de la Cultura de la Experiencia.

1. El Límite del Indicador y la Activación del "Efecto Simbiótico"

Hernández expuso la progresión histórica de la Satisfacción Neta Global de la ACHS, la cual escaló de un 65% a un 75% gracias al cumplimiento estricto de estándares operacionales rígidos (control de tiempos de espera en salas, encuestas automatizadas, claridad diagnóstica del médico). Sin embargo, hacia el año 2020 la curva de mejora se estancó en una meseta. La organización comprendió que el diseño de procesos era insuficiente si se ignoraba la dimensión humana del personal de salud.

Adoptando las tesis organizacionales de líderes globales como Richard Branson o Peter Drucker ("La cultura se come a la estrategia en el desayuno"), la ACHS reenfocó su estrategia hacia el Efecto Simbiótico: es matemáticamente imposible entregar una experiencia excelente y segura hacia el paciente si la fuerza laboral que lo atiende se encuentra desatendida, frustrada o con altos niveles de burnout. Cuidar a quien cuida dejó de ser una opción de recursos humanos para transformarse en un imperativo operacional del seguro.

- **El Rediseño del Hito de la "No Cobertura Laboral":** Como ejemplo práctico de la aplicación de esta mirada humana dentro de una estructura regulatoria rígida, se expuso el hito de la notificación de rechazo de cobertura del seguro. Cuando la investigación técnica determina que un accidente es de origen común y no laboral, el trabajador sufre un quiebre emocional de decepción, confusión y desamparo financiero. El antiguo modelo automatizado y epistolar fue sustituido por un protocolo humanizado: una enfermera especialista asume la entrega presencial de la noticia con contención psicológica y, a las 24 horas (una vez que el paciente ha digerido el impacto), el centro lo

llama de forma proactiva para asesorarlo, guiarlo y redireccionarlo de manera fluida hacia su previsión de salud común (Fonasa o Isapre), transformando un momento de fricción en un hito de acompañamiento valorado por el usuario.

2. La Herramienta "H-Magic": Estructura de la Pizarra del Diálogo Diario

Para operativizar este cambio cultural e involucrar a la primera línea, la ACHS importó y adaptó los modelos de excelencia de servicios de Disney (H-Magic), donde se postula que "la magia no ocurre por arte de magia, ocurre por el diseño estricto de procesos que la hacen posible". Así nació la herramienta del Diálogo Diario: una reunión obligatoria, presencial y de 15 minutos cronometrados que se ejecuta cada mañana en la totalidad de las sucursales de la ACHS.

La disrupción del hito radica en que la reunión es moderada y liderada de forma rotativa por el personal de la primera línea de atención (un administrativo de admisión, una TENS, un kinesiólogo), manteniendo a las jefaturas tradicionales exclusivamente en un rol de soporte. El equipo se reúne frente a una pizarra física estructurada en tres paneles secuenciales:

PANEL I: LAS PERSONAS PRIMERO

- Conexión con el Propósito Nacional de Cuidado.
- Termómetro Emocional: ¿Cómo estamos hoy?
- Reconocimiento formal y explícito entre pares.

PANEL II: OPERACIÓN Y DESEMPEÑO

- Revisión de volumen de pacientes y KPI diarios de atención.
- Evaluación de dotación de personal y cobertura de contingencias.

PANEL III: MEJORA CONTINUA Y LA VOZ DEL PACIENTE

- Lectura textual de felicitaciones, reclamos y sugerencias directas.
- Levantamiento autónomo de Oportunidades de Mejora por el equipo.

Este hito de 15 minutos garantiza que los problemas no escalen a Casa Central; se resuelven de forma descentralizada y autónoma por las mismas personas que atienden al paciente, garantizando la continuidad del servicio y elevando los estándares de seguridad clínica de manera exponencial.

3. Ecosistema de Conexión, Reconocimiento y Logros Gremiales

Natalia Ponce desglosó el set de herramientas complementarias que consolidan esta cultura corporativa en más de 85 centros de salud integrados de Arica a Tierra del Fuego:

- **Programa ACHS Conecta:** Hito donde los altos ejecutivos de la organización (incluyendo al Gerente General y los directores de finanzas y operaciones) abandonan de forma obligatoria sus oficinas centrales para trabajar una jornada completa integrando la primera línea de la operación (ejerciendo como ejecutivos de mesón de admisión, orientadores de salas de espera o asistentes de farmacia), sensibilizándose con los dolores diarios del personal y los pacientes.

- **Diálogo Diario Nacional:** Instancia de conexión híbrida masiva trimestral donde se interconectan los más de 15.000 colaboradores de todo el país para transparentar los estados de avance de la planificación estratégica y reconocer los hitos locales.
- **Podcast Organizacional y Ceremonias de Premiación:** Cápsulas radiales mensuales de refuerzo cultural y galardones solemnes destinados a celebrar el desempeño humano (como los Premios Daisy de enfermería o las distinciones a los equipos que acumulan mayor volumen de felicitaciones auditadas de pacientes).

Este diseño cultural ha llevado a la ACHS a posicionarse en el lugar 11 del ranking general Great Place to Work Chile para empresas de más de 1.000 trabajadores (y puesto número 5 en el apartado específico de Mujeres), consolidándose además en el lugar 20 del ranking de reputación corporativa Merco (Líderes número 1 en el sector Salud) y obteniendo por cuatro años consecutivos el primer lugar nacional del índice de satisfacción de clientes otorgado por Procalidad.





PANEL N° 2: Cámaras de Laboratorios

"Desafíos de Sostenibilidad, Transparencia y Relacionamento con el Ecosistema"

Moderadora:

- Alejandra Pizarro (Presidenta de la Comunidad de Organizaciones Solidarias).

Panelistas:

- Claudia Papic (Vicepresidenta de la Cámara Nacional de Laboratorios - CANALAB).
- Patricio Huenchuñir (Vicepresidente de la Asociación Industrial de Laboratorios Farmacéuticos - ASILFA).
- Carlos Portales (Gerente de Asuntos Públicos de la Cámara de Innovación Farmacéutica - CIF).

El segundo panel de discusión del seminario reunió a los líderes gremiales de las tres cámaras que agrupan a la totalidad de los laboratorios farmacéuticos que operan dentro de Chile (nacionales, latinoamericanos y multinacionales de innovación y patentes), abriendo un debate abierto sobre la reputación del sector, la transparencia de compliance y el diseño de relaciones simétricas con las organizaciones de pacientes.

1. La Deconstrucción Reputacional y la Construcción del "Goodwill" Sectorial

La moderadora Alejandra Pizarro —líder de una red que congrega a más de 280 fundaciones enfocadas en la superación de la pobreza y la exclusión social— abrió el bloque emplazando directamente a los panelistas respecto a la "mala prensa" y la percepción de opacidad mercantil que históricamente ensombrece a la industria farmacéutica. Carlos Portales (CIF) asumió una postura autocrítica, reconociendo que, para el ciudadano común y corriente, la industria es percibida erróneamente como un bloque corporativo monolítico y homogéneo. Se ignoran activamente las profundas diferencias operativas, científicas y financieras que existen entre los laboratorios internacionales que desarrollan moléculas de innovación y patentes originales, y los productores de fármacos genéricos o bioequivalentes de manufactura local: "En términos reputacionales, todos navegamos bajo la misma bandera y compartimos el mismo barco; los dardos nos caen a todos por igual si no actuamos bajo estrictos estándares de transparencia pública".

Los panelistas argumentaron que la industria debe trabajar con urgencia en la construcción de Goodwill (valor reputacional y de confianza legítima), visibilizando el rol estratégico y de soberanía sanitaria que el sector ejerció

durante hitos históricos críticos como la pandemia de COVID-19. La Dra. Claudia Papich (CANALAB) recordó al auditorio que los indicadores excepcionales de sobrevida y manejo de la crisis que obtuvo Chile a nivel mundial no respondieron al azar o a la geografía; ocurrieron porque el territorio nacional contaba con plantas de fabricación e industria local madura, robusta y con la capacidad de reaccionar de inmediato para producir, importar y abastecer de forma continua a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) con las cuatro familias de moléculas críticas indispensables para el protocolo de intubación, adormecimiento, mantención y despertar seguro de los pacientes críticos ventilados. "Otros países de la región, por más recursos financieros que poseyeran, sufrieron mortalidades catastróficas porque carecían de proveedores locales estables y dependían del bloqueo logístico internacional", enfatizó.

2. El Fin del Paternalismo Corporativo y el Relacionamiento de Alta Integridad

Frente al desafío de cómo compatibilizar la legítima competencia de mercado con la colaboración transsectorial en salud, los gremios defendieron su incorporación histórica en mesas técnico-éticas transversales del ecosistema. Destacaron su participación fundacional en la Mesa Marco de Consenso Ético y su presencia en los Consejos de la Sociedad Civil (COSOC) de organismos reguladores como el Instituto de Salud Pública (ISP), ProChile, la Fiscalía Nacional Económica (FNE) y el Ministerio de Salud.

No obstante, Carlos Portales planteó una dura autocrítica sobre el error histórico de tratar el concepto del "paciente al centro" como una declaración teórica o un eslogan corporativo cómodo: "Hemos cometido el pecado original de legislar, debatir y redactar códigos de conducta de la

industria farmacéutica hablando detalladamente acerca del paciente, pero sin sentar a los líderes de los pacientes en la mesa desde el minuto uno... esa es una forma de paternalismo que instrumentaliza su dolor y les niega su voz propia". El panel coincidió unánimemente en que el nuevo estándar de interacción con las agrupaciones civiles de salud debe ejecutarse bajo un plano de estricta simetría y horizontalidad, mirándose a la altura de los ojos como legítimos otros. Esto exige transparentar las limitaciones regulatorias e intereses comerciales legítimos de cada empresa mediante códigos estrictos de compliance y transparencia de aportes, garantizando que el apoyo financiero y logístico que los laboratorios brindan a las fundaciones oncológicas o de enfermedades raras jamás sea teñido por sospechas de cooptación o intereses comerciales secundarios.

3. El Debate de las Plataformas de Información al Paciente y las Trabas a la Donación

Un hito de debate directo se generó cuando la Dra. Claudia Papich expuso una crítica constructiva al Director de CENABAST, Rodrigo Castro (abordada previamente en el intermedio del café del seminario). Papich cuestionó que el Estado chileno vuelque sus recursos de difusión de forma exclusiva a promocionar la plataforma pública de precios más baratos, ignorando esfuerzos conjuntos previos co-desarrollados por la industria como el portal digital www.medicamento.cl.

Explicó que este software fue diseñado científicamente para que el paciente consulte, ingresando su diagnóstico, si su tratamiento tiene cobertura formal gratuita por parte de los diversos mecanismos de protección del Estado (canastas GES, Ley Ricarte Soto, programas ministeriales específicos), revelando un dato alarmante: más del 68% de los pacientes

chilenos gasta de su propio bolsillo en farmacias privadas comprando medicamentos que le corresponden por ley de forma 100% gratuita dentro de los hospitales, simplemente por desinformación y burocracia informativa. La tesis de CANALAB establece que el viaje del usuario debe optimizarse: primero se debe educar al paciente para verificar su derecho a la gratuidad estatal y, solo en caso de no estar cubierto por el erario público, avanzar de forma complementaria a buscar la farmacia que lo comercializa al menor costo de bolsillo.

Asimismo, la moderadora y los panelistas denunciaron con frustración las trabas regulatorias impuestas por la normativa fiscal chilena que castiga económicamente e impide la donación ágil de medicamentos próximos a vencer hacia las fundaciones de beneficencia: "Es una contradicción ética del sistema que las leyes tributarias y sanitarias obliguen a los laboratorios a destruir y quemar toneladas de fármacos de alta complejidad en perfecto estado, próximos a vencer, en lugar de permitirnos canalizarlos de forma inmediata y digitalizada para resolver el desabastecimiento de comunidades vulnerables de las fundaciones solidarias".

4. Los Desafíos Clave de las Cámaras Farmacéuticas para el Horizonte 2026-2029

Al cierre del debate, Alejandra Pizarro exigió a los líderes gremiales explicitar los compromisos y desafíos estratégicos que asumen sus respectivas cámaras para el desarrollo del ecosistema de salud:



- **Patricio Huenchunir (ASILFA):** Consolidó sus desafíos en dos vectores operacionales inmediatos. Primero, incorporar de forma vinculante a las federaciones de pacientes en mesas operativas de trabajo conjunto para codiseñar soluciones logísticas. Segundo, garantizar que este seminario transsectorial co-organizado por FQP y la UDD no constituya un hito aislado o un acto de relaciones públicas, sino la base estructural de una gobernanza permanente del ecosistema que sesione de forma orgánica durante todo el año.

- **Claudia Papic (CANALAB):**

Fijó el compromiso de su cámara en cooperar activamente con la Agencia Nacional de Medicamentos (ANAMED) para agilizar los procesos de registro sanitario y digitalización de dossiers técnicos, derribando la lentitud burocrática que empuja a los pacientes críticos a abandonar las vías regulatorias formales para internar medicamentos por su cuenta de forma insegura. Asimismo, levantó el desafío de la Soberanía y Sostenibilidad Sanitaria, exigiendo políticas públicas que fortalezcan las plantas de manufactura farmacéutica local para crecer desde Chile hacia el resto de la región latinoamericana, asegurando el suministro estratégico ante futuras pandemias o crisis geopolíticas globales.





- **Carlos Portales (CIF):** Planteó un desafío político-gremial inmediato y directo: lograr convencer y sentar formalmente a la cámara ASILFA dentro de los Marcos de Consenso Ético y Grupos de Acciones Colectivas donde ya cooperan de forma estricta la CIF, CANALAB, el Colegio Médico y las sociedades científicas del país, unificando la autorregulación ética del mercado farmacéutico. En segundo lugar, asumió el desafío de mantener la defensa interna del compliance y la transparencia de aportes entre sus asociados transnacionales, demostrando que Chile, a pesar de representar una fracción pequeña dentro de la economía a escala mundial de las patentes farmacéuticas, posee la madurez institucional para liderar en integridad regulatoria y experiencia humana en salud.

Reconocimientos

Al cierre de la jornada, las nueve organizaciones de pacientes y líderes de la sociedad civil agrupados en el panel número uno ejercieron de forma democrática su derecho a voto para otorgar los reconocimientos **"Puentes de Humanidad"**, un hito diseñado de forma nativa para destacar a las instituciones que han demostrado un compromiso consistente con la implantación de una cultura de cuidado, servicio y empatía real en el país.

- **Categoría "Destacado":** Otorgado a **Clínica Alemana Santiago** (recibido por Angie Rehbein), en reconocimiento a su exitosa trayectoria de transformación cultural orientada al codiseño con las personas y la adopción de los estándares de Planetree.
- **Categoría "Inspirador":** Otorgado al **Hospital Padre Hurtado** (recibido por Paulina Salas), premiando su hito histórico como pioneros en la integración del farmacéutico clínico en terreno para resguardar la seguridad de las familias vulnerables.

Reconocimiento Especial **"Redes de colaboración"**: Entregado de forma directa por los líderes sociales Cecilia Rodríguez (Fundación Me Nuevo) y Bárbara Ramírez (Fundación deportistas por un sueño) hacia los entes organizadores del encuentro: **Farmoquímica del Pacífico** (recibido por su Presidente, Vicente Astorga) y a la **Carrera Química y Farmacia de la Universidad del Desarrollo** (recibido por el Director carrera Química y Farmacia, Heriberto García).



Angie Rehbein (Clínica Alemana Santiago) y Evelyn Castillo (ACHAGO).
(de izquierda a derecha).



Paulina Salas (HPH) y Evelyn Castillo (ACHAGO).
(de izquierda a derecha).



Cecilia Rodriguez (Fundación Me Nuevo), Heriberto Garcia (UDD), Bárbara Ramirez (Fundación Deportistas por un sueño) y Vicente Astorga (FQP).
(de izquierda a derecha).



Palabras de Cierre

Gonzalo Labbé Gerente General de Farmoquímica del Pacífico (FQP).

El Gerente General de FQP clausuró oficialmente la 4ª Semana de la Experiencia del Paciente con un emotivo y reflexivo discurso de cierre, destacando la fuerza de la colaboración sobre el tamaño corporativo:

"Nos encontramos profundamente conmovidos y llenos de esperanza tras escuchar las iniciativas expuestas y las verdades descarnadas compartidas por los pacientes. Farmoquímica del Pacífico es una empresa pequeña, integrada apenas por 76 personas en total, que cuenta con un círculo de experiencia compuesto por solo siete profesionales. En Chile, de los 9 o 10 años promedio que un profesional se mantiene en una organización, gran parte de nuestro equipo consolida su carrera con nosotros, lo que nos

otorga una consistencia cultural única. Y sin embargo, desde esa pequeñez estructural, fuimos capaces de articular y convocar a este auditorio a los máximos líderes del ecosistema de salud de Chile: agencias reguladoras de Gobierno, centrales de abastecimiento del Estado, la academia universitaria, las principales cadenas de farmacias, clínicas de alta complejidad, mutualidades de seguridad y las federaciones de pacientes más importantes del país. Esto demuestra científicamente que la transformación de la salud no es un problema de falta de recursos financieros o de presupuestos multimillonarios; es un desafío de voluntad, de confianza recíproca, de aprendizaje mutuo y de disposición real a colaborar despojándonos de los egos corporativos. Este hito no puede quedar aquí; esta debe ser la primera de muchas semanas abiertas, unificando nuestras mentes y corazones para construir un Chile que cuide de verdad a sus personas. Muchas gracias y que tengan un excelente retorno a sus hogares".



Declaración de Compromisos Colectivos

1. Acceso y disponibilidad de medicamentos

- Implementar sistemas de trazabilidad logística en red que permitan monitorear en tiempo real el estado de los medicamentos desde el fabricante hasta el punto de dispensación, eliminando la opacidad que hoy genera incertidumbre en los pacientes y en los equipos de salud.
- Expandir la interoperabilidad de bodegas hospitalarias hasta cubrir la totalidad de la red pública, asegurando que ningún establecimiento opere con información de inventario aislada o desactualizada.
- Desarrollar canales de acceso farmacéutico territorial descentralizados — incluyendo despacho domiciliario, retiro en farmacias comunitarias y puntos de retiro automatizados — que eliminen las barreras geográficas y económicas que hoy obligan a pacientes de comunas apartadas a invertir tiempo y dinero solo para acceder a su tratamiento.
- Instaurar mecanismos de reposición automática de medicamentos críticos que eliminen los quiebres de stock, especialmente en terapias para condiciones crónicas y oncológicas.

2. Información clara y transparente para las personas

Implementar herramientas digitales accesibles — portales de precios, códigos QR en empaques, plataformas de cobertura — que permitan a cualquier persona verificar si su tratamiento tiene cobertura gratuita antes de pagar de bolsillo, y reportar una reacción adversa desde su propio celular.

- Digitalizar los procesos de registro sanitario para reducir los tiempos de aprobación de nuevas terapias, particularmente en oncología y enfermedades raras, donde cada semana de demora tiene consecuencias clínicas irreversibles.
- Asegurar la trazabilidad y autenticidad de los medicamentos que circulan en el mercado nacional, combatiendo activamente los productos subestándar, adulterados o falsificados.

3. Regulación al servicio de las personas

- Modernizar los marcos regulatorios para medicamentos biosimilares y terapias avanzadas, reduciendo barreras de entrada que hoy mantienen fuera del alcance de los pacientes chilenos terapias biológicas de alto costo con patentes vencidas o próximas a vencer.
- Garantizar que los estándares de manufactura de los medicamentos importados — especialmente desde países con alta participación en el suministro nacional — sean verificados en origen, no solo en frontera.
- Eliminar las trabas regulatorias que impiden la donación ágil de medicamentos en buen estado próximos a vencer hacia comunidades vulnerables, transformando un desperdicio evitable en acceso concreto para quienes más lo necesitan.
- Revisar los criterios de edad y elegibilidad de las canastas de cobertura pública para que respondan a evidencia clínica y no a decisiones presupuestarias arbitrarias que dejan a personas sin protección en los peores momentos de su vida.

4. Voz del paciente en el diseño del sistema

- Incorporar a las organizaciones de pacientes como participantes vinculantes en las mesas de diseño normativo, logístico y de política pública del ecosistema de salud, superando definitivamente el paternalismo que históricamente ha legislado sobre las personas sin sentarlas a la mesa.
- Impulsar la activación de mecanismos permanentes de acceso oportuno a medicamentos de alto costo para enfermedades raras y oncológicas, reconociendo que la ausencia de estos mecanismos obliga a las familias a recurrir a bingos, marchas y recursos judiciales para financiar tratamientos que el sistema debería garantizar.
- Construir y mantener registros nacionales de pacientes con condiciones complejas que sirvan de base para el diseño de políticas públicas informadas, evitando que la falta de datos continúe siendo excusa para la inacción.
- Transparentar los aportes económicos y los vínculos de interés entre la industria farmacéutica y las organizaciones de la sociedad civil, garantizando que el apoyo al sector de pacientes nunca esté condicionado por intereses comerciales.

5. Humanización del cuidado

- Integrar a los profesionales farmacéuticos en los equipos clínicos de atención en terreno — no solo en los mostradores de dispensación — garantizando la continuidad y seguridad terapéutica en el hogar del paciente.

- Diseñar los espacios, procesos y tecnologías del sistema de salud desde la experiencia vivida por las personas, no desde la conveniencia operativa de las instituciones. Esto incluye los entornos físicos, los tiempos de espera, la calidad de la comunicación y el bienestar del equipo de salud que cuida a los pacientes.
- Sustener la adherencia terapéutica como objetivo central del sistema, reconociendo que un paciente que no abandona su tratamiento evita hospitalizaciones, deterioro clínico y el impacto devastador de una descompensación en su vida y en la de su familia.

6. Gobernanza colaborativa y permanente

- Constituir una instancia de gobernanza transsectorial permanente que sesione a lo largo del año, asegurando que los compromisos aquí declarados sean monitoreados, ajustados y cumplidos — y no duerman en un documento hasta el próximo evento anual.
- Dar continuidad a este espacio de encuentro abierto en 2027, ampliando la convocatoria y profundizando los acuerdos sobre la base del avance verificable de los compromisos aquí asumidos.

Estos compromisos nacen del diálogo colectivo sostenido durante la 4ª Semana de la Experiencia del Paciente 2026. Son un acuerdo entre todos quienes participaron — no una declaración institucional de ningún actor en particular — y su cumplimiento es responsabilidad compartida del ecosistema de salud chileno.

Agradecimientos

La realización de la 4ª Semana de la Experiencia del Paciente y la materialización de este documento son el testimonio vivo de que el cambio de paradigma en salud solo es posible a través de la colaboración genuina. Detrás de cada página, de cada ponencia y de cada espacio de diálogo, existe el esfuerzo, el compromiso y el corazón de personas e instituciones que creyeron firmemente en este proyecto.

Queremos expresar nuestra más profunda gratitud a todos quienes hicieron posible este encuentro.

A nuestros aliados académicos de la Universidad del Desarrollo:

- **Dra. Marcela Castillo**, Decana de la Facultad de Medicina Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo, y al **Sr. Heriberto García**, Director de la carrera de Química y Farmacia, por abrirnos las puertas de su prestigiosa casa de estudios, brindándonos el respaldo institucional y el espacio ideal para elevar esta conversación.
- **Silvana Freire**, Coordinadora de la carrera de Química y Farmacia, cuya proactividad, impecable disposición y meticulosa atención a cada detalle logístico fueron pilares fundamentales para el éxito y la fluidez de la jornada.

Al círculo de experiencia de pacientes de FQP:

- **Paola Costas**, Gerente Comercial, y **Rodrigo Salazar**, Gerente de Personas —quien además asumió con maestría y gran carisma el desafío de ser el Maestro de Ceremonias del evento—, por su constante apoyo y la disposición incondicional para coordinar aspectos críticos y estratégicos antes y durante el encuentro.

- **Hardy Kuchel**, Encargado de Innovación y Nuevos Productos, y **Rocío Rey**, Líder de Aseguramiento de la Confianza, por su visión de futuro, por comenzar a abrir puertas desde etapas tempranas y por caminar a nuestro lado en este desafiante recorrido hacia la colaboración.
- **Patricia Gallardo**, Gerente de Ventas, y **Rodrigo Mellado**, Gerente de marca Senior, por su valioso apoyo en la acreditación del evento y en la cuidada selección del servicio de coffee.
- **Marco Araujo**, Gerente de Promoción Médica, por su colaboración en la elección del coffee y, muy especialmente, por su tremenda gestión y empatía al coordinar y acompañar personalmente el traslado en van de nuestros pacientes, ida y vuelta, desde el Metro Los Dominicos hasta la universidad.

A las organizaciones de pacientes y la comunidad

- **Cecilia Rodríguez**, Directora de la Fundación Me Nuevo, por respaldar este hito desde el primer momento, actuando como un puente vital para conectar a diversas organizaciones de pacientes. Asimismo, agradecemos su generosidad al aceptar la invitación a conversar en el vodcast de "Siempre Salud" junto a nuestro Gerente General.
- **Bárbara Ramírez**, Directora Fundación deportista por un sueño, por su histórica y excelente disposición, abriendo siempre canales para que nuestros colaboradores participen en hitos con pacientes y aprendan de ellos. Agradecemos profundamente esta valiosa colaboración que, en esta versión de la 4ta Semana de la experiencia del Paciente, nos permitió contar con cuidadores y pequeños pacientes.

- A cada uno de los pacientes, cuidadores y líderes de organizaciones de pacientes que nos acompañaron, pues su voz y sus vivencias son el motor y el verdadero sentido de todo lo que hacemos.

Al liderazgo impulsor y la alta dirección

- **Vicente Astorga**, por su genuina convicción de generar redes de colaboración y actuar como un habilitador clave para congregar y alinear a los diferentes stakeholders del ecosistema de salud en pos de un objetivo común.
- **Gonzalo Labbé**, Gerente General de Farmoquímica del Pacífico, por su visión y por creer con convicción en la Semana de la Experiencia del Paciente desde su primera versión en el año 2023, impulsando su evolución y consolidación.
- **Favio Sánchez**, Líder de Experiencia y Conocimiento del Paciente en Farmoquímica del Pacífico. Este hito no habría alcanzado el estándar impecable que lo caracterizó sin su liderazgo, su meticulosa coordinación y su ejecución ejecutiva. Gracias por las incansables horas de trabajo, por la entrega profesional incondicional y, por sobre todo, por dejar el corazón en cada detalle para humanizar la salud.

A todas y todos, muchas gracias. Su compromiso no solo construyó un evento exitoso; construyó un peldaño más hacia una salud centrada verdaderamente en las personas.

Nos vemos el 2027.