



Cuadernos Médico Sociales

Colegio Médico de Chile



Desafíos ineludibles
del sistema de salud
chileno ante un
nuevo ciclo político

¿Liderazgo médico
para el abordaje de
la crisis sanitaria
en Chile?

Hospitales familiares
y comunitarios.
Relato de una
experiencia local

COLEGIO MÉDICO DE CHILE (AG)

Presidenta Nacional Dra. Anamaría Arriagada Urzúa
Vicepresidente Nacional Dr. Mauricio Osorio Ulloa
Secretaria Nacional Dra. Claudia Chartier Muñoz
Prosecretario Nacional Dr. Luis Vargas Atton
Tesorero General Dr. Carlos Becerra Verdugo

Editor Jorge Lastra Torres. Profesor de Salud Pública, Universidad Andrés Bello

Comité Editor

Cristobal Besnier Silva Químico Farmacéutico. Colegio Químicos Farmacéutico y Bioquímicos de Chile AG. Especialista en Salud Pública. Hospital de Talagante.
Mariana Dittborn Médico Cirujano, Magíster en Bioética Clínica, MSc en Cuidados Paliativos.
Sebastián Godoy Rivas Profesional Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria, SEREMI de Salud Valparaíso.
Mirtha Parada Valderrama Doctora en Ciencias Farmacéuticas. Química Farmacéutica.
Horacio Riquelme Urrea Profesor asociado de Psiquiatría Social. Universidad de Hamburgo.
Maité Rodríguez-Díaz Doctora en Química Universidad de Chile. Jefa de Carrera Química y Farmacia, Universidad Tecnológica Metropolitana.
Jaime Sepúlveda Salinas Médico Pediatra. Consejo Regional Santiago. Colegio Médico de Chile.
Gonzalo Ulloa Valenzuela Médico. Agrupación Médicos Generales de Zona.
Ruth Urrutia Arroyo Profesora Filosofía. Doctora y Académica Universidad de Santiago y Academia Humanismo Cristiano.
Sebastián Villarroel González Médico Especialista en Salud Pública.
Leonel Yáñez Uribe Profesor Escuela de Periodismo USACH. Doctor en Comunicación y Cultura. Magister en Comunicación Social.

Secretaría Bibliotecaria Jocelyn Novoa Jara
cms@colegiomedico.cl

Fotografía de portada Departamento de comunicaciones. Colegio Médico de Chile A.G.
Diseño de portada Carla Gutiérrez Madariaga

Cuadernos Médico Sociales, revista de salud pública del Colegio Médico de Chile. Fundada en el año 1959.
Publicación trimestral.

Sitio web: <https://cuadernosms.cl/>

Cuadernos Médico Sociales
2025, Vol. 65, N°4.

Esmralda 678, Santiago de Chile.

Producción
Palco Comunicaciones
contacto@palco.cl

Impresión
Andros Impresores

Diagramación
Francisco Ruiz Núñez

Las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad de las y los autores.

Cuadernos Médico Sociales

Colegio Médico de Chile

ISSN 0716-1336

ISSN EN LÍNEA: 2735-7759

Cuadernos Médico Sociales

2025; Vol 65. N°4

Acceso al texto completo en el sitio:
<http://cms.colegiomedico.cl>

ÍNDICE

ESPACIO EDITORIAL

- Editorial. Profundizar en salud en todas las políticas, la medicina social, y la participación 3
Jorge Lastra Torres

ORIGINALES

- ¿Liderazgo médico para el abordaje de la crisis sanitaria en Chile? 5
Diego Alonso Figueiroa
- Diferencias regionales en la atención integral de salud en agresión sexual aguda en Chile 11
Camilo Sepúlveda-Queipul, Dahianira Camacho-Monclova
- Desafíos ineludibles del sistema de salud chileno ante un nuevo ciclo político 19
Osvaldo Artaza, Jorge Lastra Torres
- Círculos de Escucha como dispositivo terapéutico comunitario: nuevos aportes conceptuales 25
Yasna Nanjarí Godoy
- Suicidalidad en Adolescentes. Factores de riesgo y Modalidades de Intervención 31
Pablo Carvajal, Denisse Aceredo, Romina Soto, César Jara

RELATOS DE EXPERIENCIAS

- Hospitales familiares y comunitarios. Relato de una experiencia local 35
Juan Pablo Cárcamo Saldaña
- Mi experiencia en la Pasantía Orientada a Especialidad de Psiquiatría en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso 43
Nekul Llancaleo Bustos

CUADERNOS BOTÁNICO SOCIALES

- Editorial. Cuando los Díoses olvidan los vegetales 47
Mirtha Parada Valderrama, Yuri Carvajal Bañados
- Recolección y usos de plantas tradicionales en Paihuano: una caracterización etnobotánica 49
Verónica León Araya, Milen Duarte, Antonio Maldonado, Halszka Paleczek, Nat Jofré-Poblete, Camila Viveros
- Plantas medicinales y cambio climático: un desafío para la salud y la biodiversidad 57
Maité Rodríguez Díaz

Un ecosistema verde dentro de los muchos ecosistemas hospitalarios entrelazados dentro de los ecosistemas mundos 61

Yuri Carvajal Bañados

Comentarios de libros CBS 63

LA SOBREVIVENCIA DE CHILE

Diez breves prólogos para una Brevísima relación 65

Yuri Carvajal Bañados

COP 30: No seguir sustentando el Antropoceno

69

Yuri Carvajal Bañados

NOTICIAS

XXV Jornada de Historia de la Medicina en Concepción 71

REVISTA DE LIBROS Y REVISTAS 77

Editorial

Profundizar en salud en todas las políticas, la medicina social, y la participación

Jorge Lastra Torres¹

El nuevo gobierno tendrá que asumir dentro de muchas de las demandas de la ciudadanía, cuáles serán sus prioridades. Dentro de ellas, sin duda, las que se refieren a la atención de la salud estarán de una u otra forma dentro de las impostergables. Buscar responder a ellas, será una tarea especialmente compleja, porque cualquier vía que asuma para enfrentarla estará bajo la presión de las expectativas de un nuevo ciclo, con plazos cortos, recursos más limitados que en otras oportunidades y compartiendo una agenda con urgencias iguales o mayores que ella.

El estrecho margen temporal, que viene asociado a la esperanza de un nuevo gobierno, será una de las principales amenazas a enfrentar; ya que es evidente que hacerse cargo de la tarea de dar cuenta de las críticas de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en salud, requiere de un trabajo de largo aliento, por lo que una de las primeras estrategias estará en poner las soluciones en una mesa donde se extiendan los plazos más allá de un periodo gubernamental. Tarea que por cierto es especialmente difícil en el escenario político donde se han resuelto las actuales elecciones, marcado por la tensión y polarización del debate, comenzando por lograr que el sistema de salud, especialmente su red de establecimientos pase a ser un organismo público, autónomo y servido por una carrera funcionaria estable. Este puede ser un camino que ayudaría en este afán.

Otra cuestión de envergadura, será donde fundar las respuestas de una ruta que responda al propósito de mejorar este sector. En este sentido, tanto en nuestro país como en el mundo, la experiencia comparada muestra que modelos de seguro, de servicios y de modelos de atención integrados e integrales, son los de mayor rentabilidad sanitaria

y social. Por ello volver la mirada a la medicina social, materia que estos Cuadernos tratan como su eje central, puede ser un camino valioso. Ello implica, recoger los principios que a mediados del siglo XIX fueron instalados en los esfuerzos de los reformistas sanitarios de Alemania; donde definieron como sus bases: primero, que la salud de la población es un problema que concierne a toda la sociedad y la sociedad tiene la obligación de asegurar la salud de sus miembros; segundo, que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad; y tercero, que se deben dar los pasos conducentes a promover la salud y a combatir la enfermedad y las medidas que se adopten sean tanto sociales como médicas. Todo esto puede ser un material conceptual primordial en el objetivo de mejorar la salud de nuestra población. Pero esto debe ser el marco de una tarea prolongada y sistemática. Determina también, que la salud debe ser un afán presente en todas las políticas y no solo del Sistema de Salud.

Otro elemento que surge de lo que se ha planeado hasta aquí es el inevitable carácter político de enfrentar los desafíos del sector, en dos sentidos: uno, porque se trata de definiciones de política pública, como herramienta de gestión ejecutiva para avanzar en las transformaciones necesarias; y dos, pues se trata de cambios propios de un sector social donde la confluencia de actores con intereses diversos implica negociación y acción política; por lo mismo, ese proceso no puede quedar a expensas de sectores corporativos o segmentarios, sino que a cuerpos colegiados y deliberativos donde el interés común prime sobre los particulares, por muy legítimos que sean. Así, parece indispensable, que la academia, los equipos de salud

1 Director Consejo Editorial. Cuadernos Médico Sociales.
Colegio Médico de Chile A.G. Correspondencia a: jlastra@colegiomedico.cl

y la propia población participen en esos espacios de largo aliento, que hemos señalado como los tiempos necesarios a considerar, recogiendo los fundamentos de la salud en todas las políticas, la perspectiva de la medicina social y la participación

social, promoviendo los intereses colectivos. En este sentido, el Colegio Médico puede ser un actor importante de convocatoria, junto con representar a sus propios asociados.

¿Liderazgo médico para el abordaje de la crisis sanitaria en Chile?

Medical leadership for addressing the healthcare crisis in Chile?

Diego Alonso Figueroa¹

RESUMEN

La crisis sanitaria chilena ha expuesto tensiones estructurales que combinan limitaciones financieras, excesivos tiempos de espera y malos índices de satisfacción usuaria. En este contexto, el liderazgo médico reaparece como una cuestión estratégica para fortalecer la gestión sanitaria. Este artículo revisa los principales enfoques de administración, gestión y liderazgo, desde la tradición clásica hasta perspectivas contemporáneas basadas en evidencia, destacando que la conducción de organizaciones de salud requiere competencias profesionales que trascienden la formación clínica.

La literatura internacional y latinoamericana muestra asociaciones entre liderazgo clínico y mejores resultados en calidad, seguridad y cultura organizacional, aunque los estudios advierten que la evidencia sigue siendo heterogénea y mayoritariamente asociativa. Asimismo, se identifican aportes relevantes de liderazgos administrativos y de enfermería, lo que respalda la necesidad de modelos de gobernanza interprofesionales.

El artículo argumenta que el estamento médico no debe disputar roles directivos por su profesión, sino a través de formación rigurosa en gestión y liderazgo. Cuando la experiencia clínica se complementa con estas competencias, los médicos pueden desempeñar un papel valioso en la toma de decisiones estratégicas y en la mejora del desempeño institucional. Se concluye que invertir en formación directiva para médicos constituye una estrategia clave para construir organizaciones de salud más seguras, eficientes y centradas en las personas.

Palabras clave: Liderazgo médico, Gestión en salud, Administración en salud, Salud pública.

ABSTRACT

Chile's healthcare crisis has exposed structural tensions arising from financial constraints, excessive waiting times, and poor user satisfaction indicators. In this context, medical leadership has re-emerged as a strategic issue for strengthening health system management. This article reviews the main approaches to administration, management, and leadership—from classical traditions to contemporary evidence-based perspectives—highlighting that leading healthcare organizations requires professional competencies that go beyond clinical training.

A review of international and Latin American literature shows associations between clinical leadership and improved outcomes in quality, safety, and organizational culture, although studies caution that the evidence remains heterogeneous and largely correlational. The review also identifies important contributions from administrative and nursing leadership, supporting the need for interprofessional governance models.

The article argues that physicians should not seek leadership roles on the basis of their profession alone, but through rigorous training in management and leadership. When clinical experience is complemented

Recibido el 23 de febrero de 2025. Aceptado el 18 de noviembre de 2025.

¹ Médico General de Zona. Director Hospital de Calbuco. Diplomado en Liderazgo y Gestión Pública. Estudiante Magíster en Salud Pública Universidad de Chile. Correspondencia a: alonsofigueroadiego@gmail.com

by these competencies, physicians can play a valuable role in strategic decision-making and in improving institutional performance. The article concludes that investing in leadership and management training for physicians is a key strategy for building safer, more efficient, and more patient-centered healthcare organizations.

Keywords: *Medical leadership, Health management, Health administration, Public health.*

INTRODUCCIÓN

La Salud Pública de nuestro país vive momentos críticos producto de la convergencia de 3 escenarios: (a) la creciente tensión financiera de los recintos asistenciales por la falta de recursos de forma estructural; (b) el problema irresoluto de los tiempos de espera para atención de especialidad y/o procedimientos complejos y (c) la baja satisfacción usuaria (DIPRES, 2024 & MINSAL, 2022 & OCDE, 2023).

De esta manera, los diversos centros asistenciales enfrentan un riesgo permanente de no lograr llevar a cabo su actividad al acercarse el final del año y son las autoridades, directivos y trabajadores quienes alertan de forma persistente sobre la falta de recursos para salud. La respuesta gubernamental ha sido clara: la crisis no se debe exclusivamente a limitaciones presupuestarias, sino también, a fallas en la gestión (Colegio Médico, 2024; EMOL, 2024). A la fecha, esta discusión se mantiene abierta y los problemas sin solución (Senado, 2025).

Lo anterior devuelve protagonismo a un debate de larga data respecto de la eficiencia en la gestión sanitaria y, para objeto de este artículo, sobre el lugar que ocupan los y las profesionales médicos en dicha discusión. Históricamente, los médicos han desempeñado un rol central en la organización y conducción del sistema de salud; sin embargo, en las últimas décadas su presencia en cargos directivos y espacios formales de liderazgo en hospitales y centros de atención ha disminuido. En una columna, la presidenta del Colegio Médico subrayó la relevancia del liderazgo médico para enfrentar la actual crisis sanitaria, planteando que este estamento constituye un actor estratégico para la conducción del sistema (Arrigada, 2024). No obstante, desde la propia mirada gremial se ha advertido que la falta de incentivos, la inestabilidad laboral y las limitadas oportunidades de formación en gestión han generado un progresivo distanciamiento de los médicos respecto de funciones directivas (Santis, 2024).

En este escenario emergen preguntas clave: ¿es necesario fortalecer el liderazgo médico dentro de la gestión sanitaria? Y, de ser así, ¿existe evidencia que muestre mejores resultados cuando los médicos asumen roles directivos? Este artículo aborda estas interrogantes mediante una revisión sintética de la literatura sobre administración, gestión y liderazgo clínico, y argumenta que la formación en habilidades directivas resulta indispensable para que los y las médicas puedan ocupar de manera efectiva espacios de decisión. Solo mediante dicha preparación es posible contribuir a mejorar la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad del sistema de salud chileno.

Administración, Gestión y Liderazgo

La administración moderna surge para dar respuesta a la necesidad de organizar el trabajo en contextos cada vez más complejos. A fines del siglo XIX, Frederick Taylor propuso la “administración científica”, orientada a estandarizar tareas y mejorar la productividad mediante métodos sistemáticos. Posteriormente, Henri Fayol amplió esta perspectiva desde la organización completa, definiendo funciones directivas —planificar, organizar, dirigir y controlar— que siguen siendo pilares de la gestión actual. Max Weber, por su parte, conceptualizó la burocracia como una estructura racional-legal basada en normas, jerarquías y procedimientos formales, influyendo decisivamente en el diseño del Estado moderno y sus instituciones, incluida, por supuesto, la salud pública (Servicio Civil, 2015; Rojas, 2024).

Con el paso del tiempo, estos modelos mostraron limitaciones, especialmente para adaptarse a entornos dinámicos y responder a expectativas ciudadanas cada vez más exigentes. Esto dio origen a enfoques posburocráticos —como la Nueva Gestión Pública— que incorporaron herramientas del sector privado, tales como la gestión por resultados, la planificación estratégica y los sistemas de control de desempeño, con el propósito de fortalecer la eficiencia y la orientación al usuario (Servicio Civil, 2015).

En este ámbito resulta especialmente ilustrativo el planteamiento de Pfeffer y Sutton (2006) respecto a la necesidad de promover una gestión basada en evidencia. Según estos autores, la toma de decisiones en las organizaciones debiese sustentarse en información confiable y actualizada, siguiendo un razonamiento similar al de la práctica médica. Ello implica evitar decisiones basadas únicamente en intuiciones, experiencias previas, prácticas heredadas o modas gerenciales, ya que

estos enfoques suelen conducir a errores y resultados deficientes.

En paralelo, emergió con fuerza la noción de liderazgo como componente indispensable de la administración y gestión contemporánea. Autores como Kotter (1990) plantearon que, mientras la gestión permite ordenar la complejidad, el liderazgo es lo que posibilita impulsar cambios, alinear equipos y movilizar a las organizaciones hacia objetivos comunes. A su vez, enfoques más recientes han subrayado la importancia de habilidades interpersonales —inteligencia emocional, comunicación efectiva, propósito organizacional y capacidad adaptativa— como condiciones esenciales para liderar instituciones en entornos altamente demandantes como lo son característicamente las de salud (Goleman, 1998; Craig & Snook, 2014; Jordan & Garay, 2014).

En síntesis, la evolución desde la administración clásica hacia modelos de gestión más dinámicos ha situado al liderazgo como un pilar estructural para conducir organizaciones complejas. Este recorrido es especialmente relevante para el sector salud, donde la gestión del sector es reconocida por su complejidad y la toma de decisiones impacta directamente en la seguridad, calidad asistencial y legitimidad del sistema. Así, comprender la historia de la administración permite entender por qué hoy la gestión y el liderazgo deben concebirse como dimensiones interdependientes y elementos fundamentales para cualquier médico/a que aspira al fortalecimiento del sistema de salud.

Gestión en Salud. Un terreno en disputa.

En salud se realiza gestión a nivel macro, meso o micro, es decir, podemos reconocer diferentes roles en el Ministerio de Salud, en los Servicios de Salud, en los Departamentos de Salud, en los Hospitales, CESFAM, etc (Gonzalez, 2019). En todas estas instituciones los gestores (o quienes lideran diversos espacios) tienen un rol fundamental en la toma diaria de decisiones para la consecución de objetivos colectivos.

Ahora bien, ¿debería la gestión sanitaria ser una preocupación para los y las médicas? La historia del sistema de salud chileno sugiere que sí. Desde los albores de nuestra república, pasando por la constitución del Servicio Nacional de Salud y hasta el presente, numerosos médicos han desempeñado roles decisivos en la conducción institucional y en el diseño de políticas públicas, ocupando la presidencia, cargos ministeriales, direcciones de servicios de salud y liderazgos locales en hospitales y en la atención primaria de salud. Figuras

como Roberto del Río, Eloísa Díaz, Juan Noé, Salvador Allende, Eduardo Cruz-Coke, Marta Colombo o Michelle Bachelet, entre muchos otros, destacaron por su aporte en la organización y modernización del sistema sanitario. Esta trayectoria histórica da cuenta que la profesión ha jugado un rol relevante en la conducción de reformas, desarrollo institucional y articulación de políticas públicas en salud.

En coherencia, una editorial reciente de Vida Médica (Santis, 2024) plantea que, desde la mirada gremial, los y las médicas continúan siendo actores relevantes en la conducción del sistema sanitario, manteniendo no solo su liderazgo asistencial, sino también una influencia significativa en la organización y el desarrollo de los distintos dispositivos de salud. Bajo esta perspectiva, el liderazgo médico en la gestión aparece como una responsabilidad implícita en el ejercicio profesional, pues este tiene un rol que orienta la toma de decisiones clínicas y coordina procesos con impacto directo en la calidad y seguridad de la atención.

Se puede reforzar la idea anterior, revisando voces críticas al estamento médico cuando su comportamiento profesional no se condice con lo que se espera de ellos. Un análisis periodístico en hospitales públicos de Santiago documentó múltiples irregularidades en el control de horario, simultaneidad de contratos y supervisión limitada del personal médico, lo que —según los autores— reduce la capacidad de gestión institucional y afecta la experiencia de pacientes y la eficiencia operativa (Figueroa, 2010). De esta forma, los médicos pueden facilitar o dificultar la gestión sanitaria y el desarrollo de nuestro sistema de salud.

Ahora bien, resulta relevante reconocer que la relación entre liderazgo médico y resultados en salud no está completamente resuelta en la literatura. Carrada (2003) plantea que cuando los médicos adquieren las competencias necesarias, su ejercicio directivo puede contribuir a mejorar la calidad de la atención. De manera complementaria, un estudio transversal de 100 hospitales en Estados Unidos encontró una asociación positiva entre contar con un “CEO” (director) médico y un mejor posicionamiento en rankings de calidad hospitalaria (Goodall, 2011); sin embargo, la autora enfatiza que esta evidencia es asociativa y no permite establecer causalidad.

Estudios más recientes sugieren que el liderazgo médico no solo tiene valor simbólico o corporativo, sino que se asocia a resultados medibles en la gestión institucional. Una revisión sistemática realizada por Sarto y Veronesi (2016) encontró que

los hospitales dirigidos por médicos presentan, en promedio, mejores indicadores de desempeño clínico, particularmente en mortalidad ajustada por riesgo y calidad asistencial, aunque los resultados financieros son más heterogéneos. De manera similar, Clay-Williams y cols. (2017) concluyen que la participación de clínicos en cargos directivos mejora la seguridad del paciente y la efectividad de los procesos, dado que estos profesionales comprenderían mejor la complejidad de la atención.

Más recientemente, Lyons y cols. (2021) identificaron que los programas de desarrollo en liderazgo médico se correlacionan con mejoras en los indicadores de calidad y cultura organizacional, reafirmando la necesidad de formación formal en gestión. En esa misma línea, un estudio de Kaiser y cols. (2020) evidenció que los hospitales liderados por médicos presentan menor mortalidad y mayor satisfacción usuaria, mientras que aquellos liderados por perfiles no clínicos tienden a alcanzar mejor desempeño financiero, lo que sugiere la conveniencia de estructuras de gobernanza mixtas que integren ambas perspectivas.

A nivel de mecanismos organizacionales, evidencia reciente del Servicio Nacional de Salud británico (NHS) indica que el liderazgo de soporte —caracterizado por empatía, comunicación efectiva y alineación de valores— mejora la experiencia del personal de salud, lo que a su vez se traduce en una mejor experiencia de los pacientes (West y cols., 2022). Finalmente, una revisión panorámica de Phillipson y cols. (2025) concluyó que la inversión en formación de liderazgo en salud genera beneficios consistentes en desempeño individual y organizacional, aunque se requieren métricas más estandarizadas para cuantificar su impacto.

En el contexto latinoamericano, la relación entre liderazgo clínico y resultados sanitarios también es una discusión abierta. La evidencia disponible sugiere que distintos enfoques pueden contribuir de manera complementaria a la calidad y eficiencia del sistema. La Organización Panamericana de la Salud (2023) destaca que la gobernanza efectiva en salud depende de liderazgos clínicos y administrativos capaces de integrar calidad, acceso y equidad. Experiencias brasileñas recientes enfatizan que los liderazgos de apoyo y colaboración —más que la jerarquía profesional en sí misma— son los que facilitan la implementación de prácticas seguras y sostenibles (da Silva y cols., 2024).

En Chile, la consolidación de la gestión del cuidado, otorgando mayor autonomía y roles directivos al estamento de enfermería parece haber fortalecido la organización y la seguridad

clínica desde una lógica interprofesional (Milos & Larraín, 2013). Por su parte la profesionalización de los cargos directivos mediante el Sistema de Alta Dirección Pública (ADP) ha mostrado efectos positivos en indicadores de desempeño hospitalario, lo que sugiere que la gestión basada en mérito puede mejorar los resultados institucionales (Lira, 2013; Muñoz & Otero, 2025).

Resulta claro que el hecho de ser médico o médica no garantiza, por sí mismo, mejores resultados en la gestión sanitaria. La evidencia revisada muestra que el liderazgo clínico puede aportar perspectivas valiosas —particularmente en la comprensión de necesidades de los pacientes y en la priorización de la calidad—, pero su impacto depende en gran medida de la formación directiva y del contexto institucional en el cual se ejerce (Stoller y cols., 2016). En paralelo, experiencias nacionales señalan que equipos médicos comprometidos pueden impulsar mejoras relevantes en organización y resolutividad, como se aprecia en las experiencias recientes de distintos hospitales (Alonso, 2023; Arriagada, 2024; GORE, 2025; FrutillarHoy, 2025). Sin embargo, estas experiencias no permiten sostener, de manera concluyente, que la sola presencia de médicos en roles directivos produzca mejores resultados en los servicios de salud.

La literatura contemporánea es consistente en señalar que no existe un perfil profesional único que garantice el éxito de la gestión sanitaria; más bien, distintos enfoques —clínicos y administrativos— contribuyen de manera complementaria al desempeño organizacional (Kaiser y cols., 2020; Sarto & Veronesi, 2016). Asimismo, la ausencia de profesionales médicos comprometidos con sus responsabilidades asistenciales o de gestión puede obstaculizar procesos, debilitar la coordinación interna y afectar la capacidad de conducción, lo que refuerza la importancia de contar con equipos directivos formados, motivados y cohesionados.

En este marco, parece razonable afirmar que la gestión en salud requiere competencias específicas y que los cargos directivos deben recaer en profesionales con formación sólida en administración, gestión y liderazgo. Para que los y las médicas puedan desempeñar un rol estratégico de forma eficiente resulta indispensable contar con programas efectivos de formación. Tal como señalan Lyons y cols. (2021) y Phillipson y cols. (2025), la evidencia muestra que los programas de liderazgo más exitosos son aquellos que combinan aprendizaje experiencial, trabajo en proyectos, tutoría y el desarrollo de habilidades interpersonales, autoconciencia e inteligencia emocional.

Liderazgo Médico: una Necesidad Estratégica

La evolución histórica de la administración demuestra que ningún enfoque, por sí solo, basta para conducir organizaciones complejas. Cada paradigma aporta herramientas y límites, evidenciando que administración, gestión y liderazgo conforman un triángulo interdependiente que requiere una mirada estratégica y orientada al bien común. En esta línea, el buen administrador nace: se forma. Las competencias necesarias para liderar instituciones modernas —comunicación efectiva, inteligencia emocional, análisis crítico, pensamiento estratégico y toma de decisiones basada en evidencia— solo se desarrollan mediante estudio, aprendizaje y reflexión.

En el ámbito sanitario, esta exigencia es aún más crítica. La evidencia coincide en que no existe un perfil profesional único que asegure mejores resultados, pero sí condiciones que los hacen más probables. La formación clínica por sí sola, por valiosa que sea, no garantiza la capacidad de liderar equipos ni gestionar instituciones (Stoller y cols., 2016). En un contexto de creciente complejidad, los médicos no estamos llamados a disputar liderazgo en razón de nuestra profesión, sino a ejercerlo sobre las bases que históricamente han legitimado nuestra presencia: estudio, trabajo y rigurosa formación.

Así, cuando se combina la formación clínica con competencias directivas, el liderazgo médico adquiere un valor estratégico difícil de reemplazar. Los médicos comprenden profundamente la variabilidad clínica, el riesgo y las necesidades de los pacientes; elementos que, sumados a habilidades de gestión, permiten decisiones que equilibran eficiencia con calidad y seguridad (Sarto & Veronesi, 2016; Clay-Williams y cols., 2017; Lyons y cols., 2021; Phillipson y cols., 2025).

La gestión moderna exige equipos directivos interprofesionales que integren diversas capacidades y aptitudes. Dentro de ellos, los médicos formados en gestión pueden aportar una perspectiva particularmente valiosa. Invertir en médicos que sepan liderar constituye una estrategia fundamental para construir instituciones de salud más seguras, eficientes y centradas en las personas.

REFERENCIAS

- Alonso, D. (2023). Desafíos para los hospitales de baja complejidad: El caso del Hospital Llanquihue. Cuadernos Médico Sociales (Chile), 63(2), 5–13.
- Arriagada, A. (2024, noviembre 24). Liderazgo médico como clave para reforzar la gestión sanitaria en Chile [Columna]. Radio Bio Bio. <https://www.biobiochile.cl/noticias/opinion/columnas-bbb-cl/2024/11/24/liderazgo-medico-como-clave-para-reforzar-la-gestion-sanitaria-en-chile.shtml>
- Carrada, T. (2003). Liderazgo médico en sistemas de salud: Diseño de un nuevo modelo de gestión. Revista Mexicana de Patología Clínica, 50(3), 144–150.
- Clay-Williams, R., Ludlow, K., Testa, L., Li, Z., & Braithwaite, J. (2017). Medical leadership: A systematic narrative review. BMJ Open, 7(9), e014474. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014474>
- Colegio Médico de Chile. (2024). Hospitales quebrados: Colegio Médico, gremios y autoridades exigen recursos al Gobierno. <https://www.colegiomedico.cl/hospitales-quebrados-colegio-medico-gremios-y-autoridades-exigen-recursos-al-gobierno-que-permitan-ahora-a-hospitales-seguir-funcionando/>
- Craig, N., & Snook, S. (2014). Del propósito al impacto. Harvard Business Review.
- da Silva, E. P. y cols. (2024). Motivational drivers in a large quality improvement collaborative in Brazil (PROADI-SUS): A qualitative study. BMC Health Services Research, 24, Article 10678. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10678-z>
- Dirección de Presupuestos. (2024). Ley de Presupuestos de la Nación: Partida Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.
- EMOL. (2024, octubre 10). Marcel critica gestión de recursos en algunos hospitales. Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Economia/2024/10/10/1145110/marcel-critica-gestion-hospitales.html>
- Figueroa, J. P. (2010, septiembre 27). Médicos sin control: Los dueños de la salud pública en Chile. CIPER Chile. <https://www.ciperchile.cl/2010/09/27/medicos-sin-control-los-duenos-de-la-salud-publica-en-chile/>
- FrutillarHoy. (2025, octubre 19). Hospital de Calbuco obtiene su tercera acreditación en calidad. <https://frutillarhoy.cl/hospital-calbuco-acreditacion-calidad-salud/>
- González, C. y cols. (2019). Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno (Serie Salud Poblacional N.º 2). Universidad del Desarrollo.

- GORE Los Lagos. (2025). Informe de avances para el fortalecimiento de la red pública 2024–2025. Gobierno Regional de Los Lagos. <https://www.goreloslagos.cl/>
- Goodall, A. H. (2011). Physician-leaders and hospital performance: Is there an association? *Social Science & Medicine*, 73(4), 535–539. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.025>
- Goleman, D. (1998). What makes a leader? *Harvard Business Review*.
- Jordan, R., & Garay, M. (2014). Liderazgo real. Editorial Paidós.
- Kaiser, F., Ringelhan, S., & Thiel, C. (2020). Physician-leaders and hospital performance revisited: Evidence from panel data. *Social Science & Medicine*, 252, 112905. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112905>
- Kotter, J. (1990). Lo que de verdad hacen los líderes. *Harvard Business Review*.
- Lira, L. (2013). Impacto del Sistema de Alta Dirección Pública (SADP) en la gestión hospitalaria. *Estudios Públicos*, 131, 5–48.
- Lyons, O., Williamson, H., & Luthra, M. (2021). Evidence-based medical leadership development: A review. *BMJ Leader*, 5(3), 202–208. <https://doi.org/10.1136/leader-2020-000320>
- Milos, P., & Larraín, A. (2013). La gestión del cuidado en Chile: De la función a la estructura. *Ciencia y Enfermería*, 19(2), 15–25. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532013000200015>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2022). Plan nacional de disminución de tiempos de espera 2022–2026. Gobierno de Chile.
- Muñoz, P., & Otero, C. (2025). Managers and public hospital performance. *American Economic Review*, 115(11), 4040–4074. <https://doi.org/10.1257/aer.20240615>
- OCDE. (2023). Health at a Glance: Chile. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). Política sobre el personal de salud 2030. OPS.
- Pfeffer, J., & Sutton, R. (2006). Gestión basada en la evidencia. *Harvard Business Review* América Latina.
- Phillipson, J., McCartney, P., & Moore, J. (2025). Leadership training in healthcare: An umbrella review of systematic reviews. *BMJ Leader*, 9(1), 10–18. <https://doi.org/10.1136/leader-2024-000605>
- Rojas, M. (2024). Estado y gobierno [Clase]. Diplomado en Liderazgo y Gestión Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Santis, M. (2024). Médico en gestión: El liderazgo que la salud chilena necesita. *Revista Vida Médica*, 76(2). <https://revista.colegiomedico.cl/medicos-en-gestion-el-liderazgo-que-la-salud-chilena-necesita/>
- Sarto, F., & Veronesi, G. (2016). Clinical leadership and hospital performance: Assessing the evidence base. *BMC Health Services Research*, 16, 169. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1395-5>
- Senado de Chile. (2025). Crisis financiera hospitalaria: Comisión de Salud realizará nueva sesión especial el 6 de mayo. <https://www.senado.cl/comunicaciones/noticias/crisis-financiera-hospitalaria-comision-de-salud-realizara-nueva-sesion>
- Servicio Civil. (2015). El directivo público hoy: Contexto, roles y desafíos. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.
- Stoller, J., Goodall, A., & Baker, A. (2016). Why the best hospitals are managed by doctors. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2016/12/why-the-best-hospitals-are-managed-by-doctors>
- Universidad del Desarrollo. (2019). Fundamentos de la gestión en salud. Facultad de Economía y Negocios, UDD.
- Veronesi, G., Kirkpatrick, I., & Vallascas, F. (2013). Clinicians on the board: What difference does it make? *Social Science & Medicine*, 77, 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.019>
- West, M., Bailey, S., & Williams, E. (2022). The link between staff and patient experience in the NHS: Lessons for leadership. *BMJ Open*, 12(4), e057744. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057744>

Diferencias regionales en la atención integral de salud en agresión sexual aguda en Chile

Regional differences in comprehensive health care for acute sexual assault in Chile

Camilo Sepúlveda-Queipul¹
Dahianira M. Camacho-Monclova²

RESUMEN

Objetivos. En 2023, Chile añadió la atención integral para la agresión sexual aguda en su programa de Garantías Explícitas en Salud. Este estudio tiene como objetivo evaluar su implementación comparando la prevalencia de casos entre regiones y según factores sociodemográficos.

Métodos. Se diseñó un estudio ecológico descriptivo para caracterizar la atención integral en agresión sexual aguda (GES 86) en Chile. Se calcularon tasas ajustadas para cada región y se estimaron tasas específicas por sexo, edad y relación víctima-agresor.

Resultados. Las regiones de Tarapacá, Antofagasta y Magallanes presentan las tasas ajustadas por edad más altas por 100.000 habitantes. Las mujeres fueron el mayor porcentaje de personas atendidas en todas las regiones. Los grupos etarios de 10-44 años en mujeres y 0-9 años en hombres además de los meses de enero y noviembre alcanzaron la mayor cantidad de casos. Respecto a la relación víctima-agresor, predominó la violencia ejercida por personas conocidas por la víctima (≈ 2200 casos).

Conclusiones. Este estudio resalta las desigualdades territoriales, de género, etarias y la alta proporción de agresores conocidos. La implementación del GES 86 debe ir acompañada de estrategias más amplias de prevención primaria, de derechos humanos y justicia social que eviten secuelas negativas en la salud de las sobrevivientes.

Palabras clave: Agresión sexual; política pública; salud pública.

ABSTRACT

Objectives. In 2023, Chile added comprehensive care for acute sexual aggression in its program *Garantías Explícitas en Salud (GES)*. This study aims to evaluate its implementation, comparing case prevalence between regions and by sociodemographic factors.

Methods. A descriptive ecological study was designed to characterize comprehensive care of acute sexual aggression (GES 86) in Chile. Adjusted rates were calculated for each region and specific rates were estimated for sex, age, and victim-aggressor relationship.

Results. The regions of Tarapacá, Antofagasta and Magallanes present the highest age-adjusted rates per 100.000 population. The highest percentage of people who sought services were women across all

Recibido el 11 de septiembre de 2025. Aceptado el 24 de noviembre de 2025.

1 ORCID: 0000-0002-2393-2113. Programa de Doctorado en Salud Pública, Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Independencia 939, Independencia, Santiago, Chile. Correspondencia a: camilosepulveda@ug.uchile.cl

2 ORCID: 0000-0003-1408-2046. Programa de Doctorado en Salud Pública, Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Independencia 939, Independencia, Santiago, Chile. Correspondencia a: dahianira.camacho@ug.uchile.cl

regions. Age ranges between 10-44 years in women, 0-9 years in men and the months of January and November had the highest number of cases. Regarding the victim-aggressor relationship, violence was perpetrated mainly by someone known (≈ 2200 cases) to the victim.

Conclusions. This study highlights territorial, gender, and age inequalities and the high proportion of known aggressors. The implementation of GES 86 must be completed alongside broader strategies of primary prevention, human rights and social justice that reduce negative sequelae in the overall health of survivors.

Keywords: Sexual aggression, public policy, public health.

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual constituye una de las vulneraciones más graves de los derechos humanos y de la libertad e indemnidad sexual. La agresión sexual, una de las maneras de ejercer violencia sexual, ocurre cuando una persona participa de actos sexuales, como la penetración forzada (violación) o toqueteos sexuales indeseados (Centers for Disease Control and Prevention website, 2024) sin querer o sin consentir. Participar sin consentir puede ocurrir a través de la coerción, por inequidades de poder, por tener alguna diversidad funcional (discapacidad), y/o por influencia de alcohol o drogas (National Sexual Violence Resource Center, 2016). La violencia sexual puede tener víctimas de cualquier género, raza, edad, etnicidad, religión, orientación sexual, ingreso o profesión, pero tiene una mayor prevalencia en mujeres (Borumandnia, y cols., 2020). El género, según la Organización Mundial de la Salud, es un determinante de la salud importante ya que comparte ejes de desigualdad e influye en la exposición a riesgos en salud, comportamientos para buscar servicios de salud y acceso a calidad de cuidado (WHO, 2021). Para el 2023, las Naciones Unidas de la Mujer estimaron que 1 de cada 3 mujeres experimentan violencia sexual o física en su vida (UN Women, 2023) y según UNICEF, globalmente, alrededor 1 de cada 7 niños y hombres hoy han sido sujetos a violencia sexual en su infancia (UNICEF, 2025).

Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia de género tiene consecuencias en la salud mental y física presentadas a través de lesiones, trastornos del sueño, embarazos no deseados y complicaciones en el embarazo en mujeres,

infecciones de transmisión sexual, VIH, depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, trastorno de estrés postraumático e incluso la muerte (WHO, 2021). Además, tiene un fuerte impacto en la vida familiar, comunitaria y en la sociedad en su conjunto (Irish, y cols., 2010; Salvador, y cols., 2024). A largo plazo, la violencia de género en el hogar puede contribuir a una normalización de la violencia que puede repercutir en ciclos generacionales de abuso que se centran en el desbalance del poder actuados a través del machismo y estereotipos construidos de género (Adams, y cols., 2019). Las víctimas de violencia de género pueden ver limitada su capacidad de trabajar, lo que afecta negativamente no solo su economía, sino la de su entorno. Además, también puede afectar su cohesión social obstaculizando su habilidad de tejer relaciones saludables que la ayuden en la movilización social. Esto último, sumado a la exclusión social que pueden llegar a vivir por su experiencia, puede dificultar no solo su proceso de recuperación, sino la búsqueda de ayuda (Damonti, 2014).

La violencia sexual, además de ser una emergencia sanitaria, es un problema social que genera estigma, exclusión, barreras de participación y perpetúa ciclos intergeneracionales de violencia (Tharp, 2013).

En Chile, la mayoría de las víctimas son mujeres, muchas de ellas niñas y adolescentes, lo queacentúa la dimensión de género e infancia en este problema. Durante el año 2022, se atendieron a 1,715 personas en unidades de urgencia por violencia sexual aguda (quierase decir algún evento sexual ocurrido en las últimas 72 horas) (Ministerio de Salud de Chile, 2023a). De estas personas, 92,13% fueron mujeres y 7,87% fueron hombres. Un 29% de las mujeres atendidas tenían entre 10 y 17 años y 44% de los hombres tenían entre 0 a 9 años. Esta información disponible proviene mayoritariamente de denuncias, lo que deja en evidencia una “cifra negra” considerable, ya que gran parte de los casos no se reporta. Aun así, la tendencia en las denuncias ha ido en aumento, en parte por la mayor visibilización pública y la Reforma Procesal Penal que ha acortado los tiempos judiciales (Ministerio de Salud, 2016).

La Organización Panamericana de la Salud recomienda planes de prevención y control de esta problemática. Sin embargo, pocos países tienen protocolos a gran escala para la intervención preventiva primaria para poblaciones vulnerables como mujeres, personas de diversidad sex-genéricas y migrantes (Segovia & Castillo, 2021). Las sobrevivientes de violencia representan una carga

significativa para el sistema de salud al requerir atención de emergencia, rehabilitación y apoyo psicológico (Rivara, 2017). En Costa Rica, existe el cuidado a nivel primario, hay una obligación de denunciar a las autoridades y se usa una serie de regulaciones y protocolos además de que se entrena al personal sanitario para atender estos casos (Sagot, 2008). Por otro lado, un *scoping review* que evaluó la provisión de servicios médico-legales en África Occidental encontró grandes lagunas en prestaciones legales y psicológicas para las víctimas, visibilizando así fallas no solo en la atención en la víctima sino en acciones preventivas para los agresores (Rockowitz y cols., 2023).

En el caso de Chile, el Estado ha reconocido el imperativo ético y político de enfrentar la violencia sexual, en coherencia con los compromisos internacionales suscritos en materia de derechos humanos. Bajo un enfoque de derechos, se ha establecido la necesidad de brindar atención integral a las víctimas, con líneas de acción orientadas a detener la violencia, proteger a las personas afectadas, evitar la revictimización y fortalecer la investigación judicial (Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual, 2016). Bajo la ley 19.966 del 2004, el Estado de Chile establece un régimen de Garantías Explicitas de Salud (GES) que son derecho de las personas afiliadas a cualquier seguro médico, ya sea público o privado. Esta ley garantiza acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en 87 problemas de salud (Davis y cols., 2014). En este contexto, y considerando la magnitud del problema, desde el 1 de octubre de 2022 se incorporó la atención integral en agresión sexual aguda al sistema de GES, bajo la denominación GES 86 (Protocolo para la Atención Integral en Agresión Sexual Aguda, 2023) (Ministerio de Salud de Chile, 2023b). Este protocolo garantiza atención a toda persona que, dentro de las primeras 72 horas posteriores a una agresión sexual, refiera o se sospeche haber tenido contacto directo con los genitales de la persona agresora, con o sin intercambio de fluidos, y que pueda presentar daños físicos o psicológicos. Esta inserción de la atención a agresiones sexuales agudas reconoce la violencia sexual como un problema de salud pública y significa una nueva modalidad de intervención del sector salud, significando una responsabilidad de los profesionales de la salud para tratar y guiar a las víctimas. El GES 86 participa de la etapa de prevención secundaria (Ortiz-Barreda & Vives-Cases, 2012). En los casos de agresión sexual aguda ocurrida dentro de las 72 horas, se ofrecen servicios como

la administración de profilaxis para VIH e infecciones de transmisión sexual, la vacunación contra hepatitis B y, de corresponder, la entrega de anticoncepción de emergencia. Cuando la consulta ocurre después de las 72 horas, se mantiene la posibilidad de administrar anticoncepción de emergencia hasta las 120 horas posteriores.

A tres años de la inclusión de la atención de agresión sexual aguda en el GES, resulta importante evaluar la implementación de esta política pública. Por esta razón, este estudio tiene como objetivo general evaluar la implementación del GES 86 para la atención de agresión sexual aguda a nivel ecológico. Los objetivos específicos de este manuscrito son: 1) describir las tasas de atención por agresión sexual que implementan el GES 86, 2) comparar las tasas de atención por agresión sexual entre las distintas regiones de Chile, 3) evaluar la diferencia en tasas por factores sociales como género y edad y, 4) analizar la tendencia temporal de número de casos a nivel país.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio ecológico descriptivo con el objetivo de caracterizar la atención integral en agresión sexual aguda (GES 86) en Chile durante su primer año de implementación (2024). La unidad de análisis fueron las regiones administrativas del país, utilizando como fuentes de información los registros oficiales del Ministerio de Salud de Chile correspondientes a activaciones del GES 86, complementados con denominadores poblacionales provenientes de las proyecciones censales del Instituto Nacional de Estadísticas para el mismo año.

La población de estudio incluyó todos los casos de personas que consultaron por agresión sexual aguda (hasta 72 horas desde el evento) y que fueron atendidas bajo el protocolo del GES 86. Se excluyeron registros incompletos y duplicados.

La variable dependiente fue la tasa de atención por agresión sexual aguda bajo el GES 86, calculada por 100.000 habitantes ajustada por población regional. Como variables descriptivas se consideraron el sexo (mujeres y hombres), los grupos de edad (0–9, 10–17, 18–29, 30–44 y 45 años y más) y la relación víctima–agresor según los registros clínicos. A nivel territorial, se incluyó la región de residencia como variable de comparación.

Se calcularon tasas ajustadas de atención para cada región y se estimaron tasas específicas por sexo y edad. Los resultados se describieron mediante frecuencias absolutas, proporciones y tasas con sus respectivos intervalos de confianza del

95%. Para la comparación territorial se elaboraron mapas coropléticos de tasas ajustadas y, para las diferencias por sexo y edad, se utilizaron gráficos de barras y tablas descriptivas.

El estudio se basó en datos secundarios, agregados y anónimos, por lo que no se requirió consentimiento informado individual. Se resguardó la confidencialidad siguiendo la normativa vigente y el protocolo ministerial del GES 86. Dado el carácter ecológico del diseño, se consideró la posibilidad de incurrir en falacia ecológica y, por lo tanto, los resultados se interpretan únicamente en el nivel poblacional y territorial, sin realizar inferencias directas al nivel individual.

RESULTADOS

En el primer año de implementación del GES 86 se registraron importantes desigualdades territoriales

en la atención de casos por agresión sexual aguda. Las tasas ajustadas por edad más altas correspondieron a Tarapacá (51,2 por 100.000 habitantes), Aysén (42,2), Antofagasta (37,7) y Los Lagos (37,6), mientras que las más bajas se observaron en Atacama (17,0) y Ñuble (22,9). La Región Metropolitana, a pesar de exhibir una tasa intermedia (28,1), concentró el mayor número absoluto de casos ($n=2.091$), reflejando el peso poblacional de la zona.

La distribución por sexo mostró una clara predominancia de mujeres en todas las regiones. En ellas, las tasas superaron los 30 casos por 100.000 habitantes en Antofagasta, Tarapacá, Magallanes, en contraste con las cifras masculinas, cuya mayor tasa fue de 6,42 casos por 100.000 habitantes en Arica y Parinacota, seguida por Maule (5,44) y Tarapacá (5,26). En regiones como Aysén, Los Ríos y Magallanes no se registraron casos en hombres (Tabla 1).

Tabla 1: Tasas de atenciones de urgencias GES 86 por región. Chile, 2024.

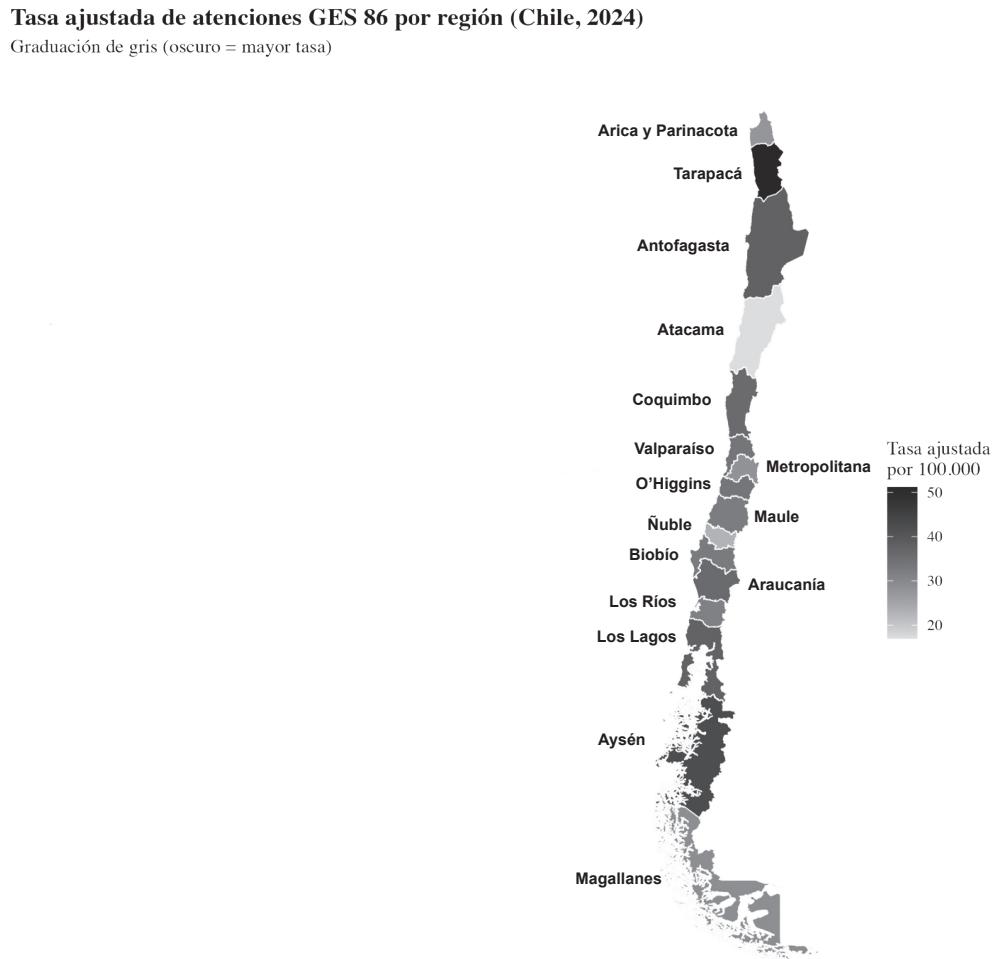
Región	Casos Totales	Población Total	Tasa bruta total ($\times 100.000$)	Tasa ajustada total ($\times 100.000$)	Casos Mujeres	Casos Hombres	Tasa ajustada Mujeres ($\times 100.000$)	Tasa ajustada Hombres ($\times 100.000$)
Tarapacá	217	369,806	58.68	51.23	172	45	80.40	20.80
Aysén	41	100,745	40.70	42.26	39	2	79.54	4.16
Antofagasta	261	635,416	41.08	37.80	235	26	66.54	7.71
Los Lagos	332	890,284	37.29	37.68	281	51	62.29	11.86
La Araucanía	363	1,010,423	35.93	36.02	306	57	58.48	11.64
Coquimbo	302	837,657	36.05	35.75	264	38	60.55	9.26
Valparaíso	616	1,896,053	32.49	33.58	564	52	59.65	5.90
O'Higgins	325	987,228	32.92	33.57	290	35	58.52	7.32
Bío Bío	524	1,613,059	32.48	32.66	458	66	55.09	8.56
Maule	357	1,123,008	31.79	32.25	286	71	50.00	13.32
Los Ríos	124	398,230	31.14	31.57	113	11	55.31	5.89
Magallanes	47	166,537	28.22	28.95	47	0	57.19	0.00
Metropolitana	2,091	7,400,741	28.25	28.14	1,829	262	47.90	7.27
Arica y Parinacota	71	244,569	29.03	27.57	63	8	47.83	6.46
Ñuble	112	512,289	21.86	22.91	98	14	38.75	5.93
Atacama	54	299,180	18.05	17.26	49	5	30.79	3.22

En algunas regiones como Aysén, Los Ríos y Magallanes no se registraron casos en hombres.

El análisis por edad y sexo evidenció dos patrones distintos de vulnerabilidad: en mujeres, la carga de casos se concentró principalmente en la adolescencia temprana (10–14 años, $n=1.029$), seguida por los grupos de 15–24 años ($n=1.572$) y 25–44 años ($n=1.276$), lo que refleja un riesgo sostenido desde la adolescencia hasta la adultez joven. En hombres, el grupo con mayor frecuencia fue la

infancia temprana (0–9 años, $n=336$), lo que muestra una victimización diferenciada por género.

La tendencia temporal mostró una relativa estabilidad a lo largo del año, con descensos en los meses de mayo a julio y picos destacados en enero y noviembre, donde se alcanzaron los valores más altos de casos (superiores a 530) (Figura 3). Esta variación estacional plantea la necesidad de analizar factores contextuales que puedan influir en el aumento de casos en esos meses.

Figura 1: Tasa ajustada de atenciones GES 86 por región (Chile, 2024)

Fuente: Cálculo propio sobre datos GES 86 y Censo 2024

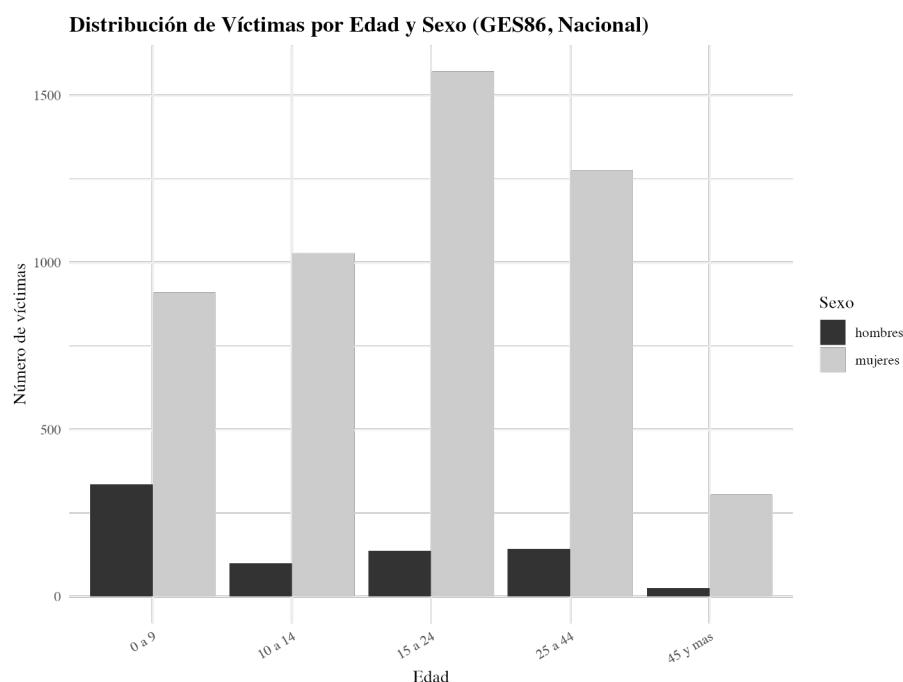
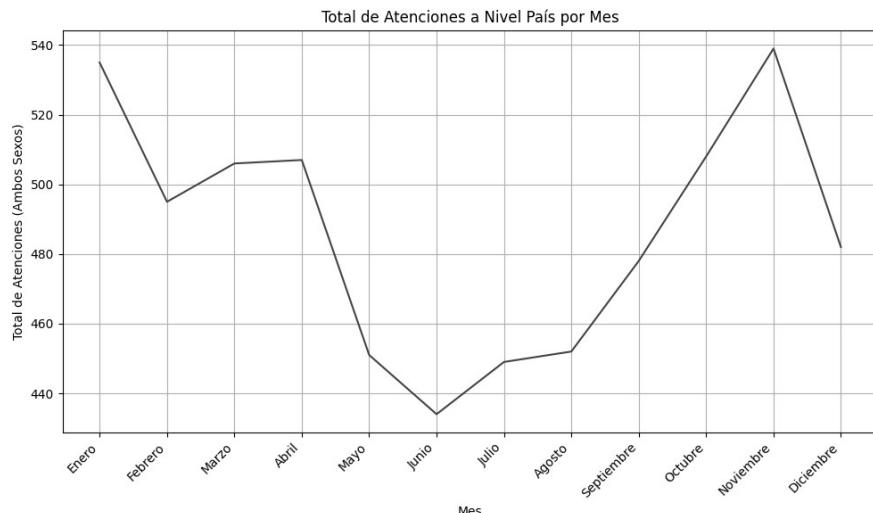
Figura 2: Distribución de víctimas por edad y sexo.

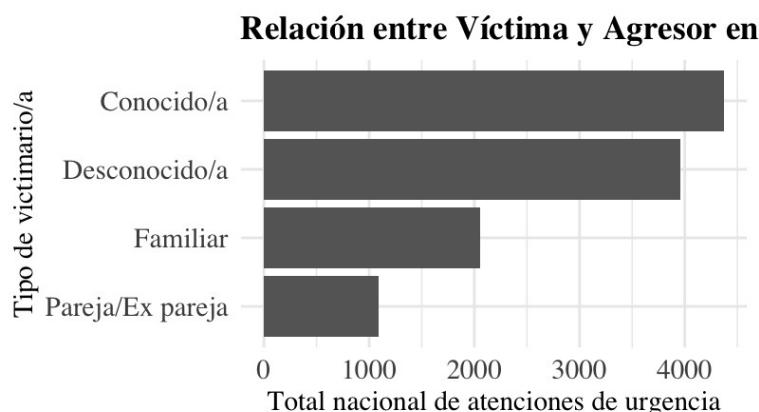
Figura 3: Total de atenciones a nivel país por mes.



Respecto a la relación víctima–agresor, predominó la violencia ejercida por personas conocidas (≈ 2200 casos), seguida por agresores desconocidos (≈ 1950). También se registraron agresiones

perpetradas por familiares (≈ 1000), mientras que las cometidas por pareja o expareja fueron las menos frecuentes (≈ 500) (Figura 4).

Figura 4: Relación víctima agresor en las atenciones de urgencia por agresión sexual aguda en Chile.



DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran que, a pesar de la reciente incorporación de la agresión sexual aguda al régimen de garantías explícitas en salud (GES 86), persisten marcadas desigualdades en las tasas de atención a nivel territorial y socio-demográfico. Las regiones del norte y extremo sur concentran las tasas más elevadas, lo que puede relacionarse con dinámicas migratorias, contextos laborales extractivos, mayor visibilización de las denuncias o disponibilidad de dispositivos de atención (Rivara y cols., 2007). Sin embargo, al ser un

estudio ecológico, estas diferencias también pueden reflejar desigualdades en la capacidad de registro, acceso oportuno y respuesta institucional en las distintas regiones del país. Asimismo, dado que el GES es utilizado mayoritariamente por la población beneficiaria de Fonasa, los resultados pueden subestimar o no captar plenamente la magnitud del problema en otros grupos asegurados. Por estas razones, las tasas presentadas deben interpretarse como una aproximación a la carga atendida en el sistema público, reconociendo la posibilidad de falacia ecológica y la necesidad de complementar estos análisis con otras fuentes de información.

La predominancia de mujeres, especialmente niñas y adolescentes, confirma lo descrito en la literatura internacional (UN Women, 2023; Loria, y cols., 2014; Ortiz-Barreda y cols., 2011), donde la violencia sexual se configura principalmente como un fenómeno de género que impacta de forma desproporcionada a mujeres jóvenes. En los hombres, la mayor concentración de casos en la infancia temprana plantea un desafío adicional para el sistema sanitario y de protección, dada la dificultad de detección, la frecuente invisibilización de este tipo de violencia y las implicancias de largo plazo en la salud mental y física de los niños afectados (UNICEF, 2025; Irish y cols., 2010).

La tendencia estacional observada, con picos en enero y noviembre, invita a explorar factores contextuales como las vacaciones escolares, celebraciones o cambios en rutinas sociales. Este tipo de patrones estacionales ofrece una oportunidad para fortalecer las estrategias preventivas mediante campañas focalizadas en períodos de mayor riesgo. Considerando que el GES 86 es relativamente nuevo, es importante seguir monitoreando las denuncias de estos meses y prestarle particular atención a la relación con el agresor.

Los resultados de este estudio identifican una relación víctima-agresor en la que predomina el vínculo cercano (pareja/expareja, familiar o conocido coincidiendo con estudios previos que muestran que la violencia sexual ocurre mayormente en contextos de confianza y cercanía familiar o comunitaria (Centers for Disease Control and Prevention website, 2024; Adams y cols., 2019). Este hallazgo refuerza la necesidad de intervenciones que trasciendan la respuesta sanitaria inmediata y aborden también los determinantes sociales y culturales de la violencia, como el machismo, la naturalización del abuso y las desigualdades de poder (Adams y cols., 2019; Tharp y cols., 2013).

Si bien el GES 86 constituye un avance significativo en el reconocimiento de la violencia sexual como un problema de salud pública, los resultados sugieren que su implementación aún enfrenta desafíos en equidad territorial, acceso oportuno y cobertura real de la magnitud del problema. En este sentido, se requieren evaluaciones continuas de su aplicación, junto con políticas intersectoriales que aseguren prevención primaria, detección temprana y acompañamiento integral a las víctimas.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

La implementación del GES 86 en Chile representa un hito relevante en la respuesta estatal

frente a la violencia sexual, al reconocerla como una urgencia sanitaria y garantizar el acceso a atención integral dentro de las primeras 72 horas. Sin embargo, las desigualdades territoriales, la sobrerepresentación de mujeres jóvenes y niñas, y la alta proporción de agresores conocidos muestran que los avances normativos deben acompañarse de estrategias más amplias de prevención y reparación.

La violencia sexual, en tanto problema de salud colectiva, requiere ser enfrentada desde un enfoque de derechos humanos, género y equidad territorial. Ello implica no solo garantizar la atención clínica inmediata, sino también fortalecer la prevención primaria, asegurar procesos de denuncia y justicia libres de revictimización y avanzar hacia una transformación cultural que desnaturalice el abuso y promueva relaciones basadas en el respeto y la igualdad.

REFERENCIAS

- Adams, T. R., Handley, E. D., Manly, J. T., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2019). Intimate partner violence as a mechanism underlying the intergenerational transmission of maltreatment among economically disadvantaged mothers and their adolescent daughters. *Development and Psychopathology*, 31(1), 83–93. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001505>
- Borumandnia, N., Khadembashi, N., Tabatabaei, M., & Alavi Majd, H. (2020). The prevalence rate of sexual violence worldwide: a trend analysis. *BMC Public Health*, 20(1), 1835. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09926-5>
- Centers for Disease Control and Prevention website. (2024, January 23). *Sexual violence prevention. About sexual violence*. www.cdc.gov/sexual-violence/about/.
- Damonti, P. (2014). Can Gender-based Violence Result in a Process of Social Exclusion? A Quantitative-qualitative Analysis. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 161, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.008>
- Davis, K. C., George, W. H., Nagayama Hall, G. C., Parrott, D. J., Tharp, A. T., & Stappenbeck, C. A. (2014). Studying Sexual Aggression: A Review of the Evolution and Validity of Laboratory Paradigms. *Psychology of Violence*, 4(4), 462–476. <https://doi.org/10.1037/a0037662>

- Irish, L., Kobayashi, I., & Delahanty, D. L. (2010). Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: a meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 450–461. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp118>
- Ministerio de Salud. (2016). *Norma General Técnica para la atención de víctimas de violencia sexual*.
- Ministerio de Salud de Chile. (2023a). *Departamento de Estadísticas e Información de Salud*. <https://deis.minsal.cl/>
- Ministerio de Salud de Chile. (2023b). *Protocolo para la Atención Integral de Salud en Agresión Sexual Aguda*. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/2023.11.27_PROTOCOLO-AGRESION-SEXUAL-AGUDA.pdf
- National Sexual Violence Resource Center. (2016, January). *What is sexual violence? [Fact sheet]*. https://www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications_NSVRC_Factsheet_What-is-sexual-violence_1.pdf
- Ortiz-Barreda, Gaby, & Vives-Cases, Carmen. (2012). Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 483-489. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.027>
- Rivara, F. P., Anderson, M. L., Fishman, P., Bonomi, A. E., Reid, R. J., Carrell, D., & Thompson, R. S. (2007). Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(2), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.10.001>
- Rockowitz, S., Flowe, H., & Bradbury-Jones, C. (2023). A Scoping Review on Sexual and Gender-Based Violence Medicolegal Service Provision in East Africa. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3579–3592. <https://doi.org/10.1177/15248380221134292>
- Sagot, M. (2008). Los límites de las reformas: violencia contra las mujeres y políticas públicas en América Latina. *Revista de Ciencias Sociales*, 120.
- Salvador Sánchez, L., Rodríguez Conesa, N., Sánchez Ramón, S., & Rey Novoa, M. (2024). [Addressing sexual violence in health services]. *Atencion Primaria*, 56(11), 102837. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102837>
- Segovia, J. S., & Castillo Ravanal, E. (2021). Complexities of Socio-Labor Integration in Chile: Migrating Colombian Women's Experiences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11643. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111643>
- Serrano-Rodríguez, E., Luque-Ribelles, V., & Hervías-Parejo, V. (2025). Psychosocial Consequences of Sexual Assault on Women: A Scoping Review. *Archives of Sexual Behavior*, 54(1), 231–258. <https://doi.org/10.1007/s10508-024-03013-1>
- Tharp, A. T., DeGue, S., Valle, L. A., Brookmeyer, K. A., Massetti, G. M., & Matjasko, J. L. (2013). A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. *Trauma, Violence & Abuse*, 14(2), 133–167. <https://doi.org/10.1177/1524838012470031>
- UN Women. (2023). *Facts and figures: Ending violence against women*.
- UNICEF. (2025, June). *Sexual Violence*. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/sexual-violence/>
- WHO. (2021, November 25). *Gender based violence is a public health issue: using a health systems approach*. <https://www.who.int/news-room/25-11-2021-gender-based-violence-is-a-public-health-issue-using-a-health-systems-approach>

Desafíos ineludibles del sistema de salud chileno ante un nuevo ciclo político

Unavoidable challenges facing the Chilean health system in a new political cycle

Osvaldo Artaza¹

Jorge Lastra²

RESUMEN

El próximo ciclo político en Chile deberá enfrentar definiciones impostergables en materia sanitaria, en un contexto marcado por una gran presión sobre el sistema de salud, por demandas de la población largamente insatisfecha, una gobernanza general y en el sector salud debilitada, recursos escasos, claros signos de déficit de acceso, oportunidad, calidad y equidad, e indiscutible cuestionamiento sobre algunos aspectos de la gestión como tarea pendiente. La discusión pública ha permanecido centrada en el financiamiento y la crisis del sistema asegurador privado, dejando en segundo plano las transformaciones que determinan la efectividad y la sostenibilidad global del sistema de salud. Este artículo, a partir del diagnóstico del sector reseñado, plantea las principales áreas y temas más específicos pendientes que debieran incorporarse en la agenda del próximo gobierno. Entre los grandes temas se encuentran: la consolidación de la Atención Primaria de Salud (APS) como columna vertebral del sistema, la modernización de la gestión hospitalaria y la creación de una institucionalidad robusta para la evaluación de tecnologías sanitarias. En el área de los temas específicos, dos son los principales, la reforma del sistema de licencias médicas y la reducción estructural de las listas de espera. En el ámbito del Sistema de Salud en su conjunto, se sostiene que la superación de la fragmentación actual requiere una gobernanza sanitaria que articule al sector público y privado bajo objetivos comunes de equidad, calidad y eficiencia. Las reformas propuestas no demandan rupturas institucionales radicales, sino acuerdos políticos amplios que devuelvan legitimidad al sistema y orienten los recursos hacia resultados sanitarios medibles. Avanzar en estas áreas es condición para un sistema de salud centrado en las personas, financieramente sostenible y capaz de responder a las necesidades epidemiológicas y demográficas del Chile actual.

Palabras clave: Políticas de salud, Atención Primaria y Gestión Sanitaria.

ABSTRACT

The next political cycle in Chile will have to address urgent healthcare issues in a context marked by significant pressure on the healthcare system, long-standing unmet demands from the population, weakened governance in general and within the health sector, scarce resources, clear signs of deficits in access, timeliness, quality, and equity, and undeniable questions about certain aspects of management as an outstanding task. Public debate has remained focused on financing and the crisis of the private insurance system, relegating to the background the transformations that determine the effectiveness and overall sustainability

Recibido el 10 de noviembre de 2025. Aceptado el 28 de noviembre de 2025.

1 Universidad de Las Américas, Decano de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales. Correspondencia a: oartaza@gmail.com
2 Profesor de Salud Pública, Instituto de Salud Pública. Universidad Andrés Bello.

of the healthcare system. This article, based on the aforementioned diagnosis of the sector, outlines the main areas and more specific pending issues that should be included on the agenda of the next government. Among the key issues are: the consolidation of Primary Health Care (PHC) as the backbone of the system, the modernization of hospital management, and the creation of a robust institutional framework for health technology assessment. In the area of specific issues, two stand out: reform of the medical leave system and the structural reduction of waiting lists. Regarding the Health System as a whole, it is argued that overcoming the current fragmentation requires health governance that unites the public and private sectors under common objectives of equity, quality, and efficiency. The proposed reforms do not demand radical institutional ruptures, but rather broad political agreements that restore legitimacy to the system and direct resources toward measurable health outcomes. Progress in these areas is essential for a people-centered, financially sustainable health system capable of responding to the epidemiological and demographic needs of contemporary Chile.

Keywords: *Health policies, Primary care and Health management.*

INTRODUCCIÓN

La agenda sanitaria chilena ha estado dominada después de la reforma de los años 2000 por el debate sobre la estructura del financiamiento y la crisis de las ISAPRES, relegando cuestiones estructurales que inciden directamente en la calidad, eficiencia y equidad de las atenciones. En algunos de estos ámbitos el país cuenta con una extensa normativa y proyectos de ley en tramitación —entre ellos, la reforma al sistema de licencias, la modernización del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el fortalecimiento de las agencias regulatorias—, pero persisten vacíos críticos que limitan la capacidad de respuesta del sistema. El presente artículo identifica y analiza grandes áreas que requieren intervención y algunos temas prioritarios que debieran ser abordados por el futuro gobierno. Sin perjuicio de otros que pudieran ser también materia de debate, estos a nosotros nos parecen parte indispensable de la agenda de cualquier nueva administración: La evaluación y uso racional de tecnologías sanitarias; la gestión de las listas de espera; la modernización de la gestión hospitalaria; la reforma integral del sistema de

licencias médicas; la eficiencia del sector privado y la consolidación de la Atención Primaria de Salud (APS) como eje articulador del sistema. El análisis se desarrolla desde una perspectiva técnica y de política pública, orientada a identificar reformas factibles dentro del marco institucional vigente.

Pendientes en salud

Gobernanza sanitaria y enfoque sistemático

Chile cuenta con un sistema de salud segmentado y fragmentado, tanto en su financiamiento como en la provisión de servicios. La coexistencia de un subsistema público con restricciones estructurales y uno privado con incentivos economicistas ha derivado en duplicación de funciones, inequidades territoriales y un gasto creciente sin mejoras proporcionales en los resultados sanitarios.

El fortalecimiento de la gobernanza sanitaria exige superar la lógica binaria entre lo público y lo privado, generando mecanismos de coordinación, planificación y control basados en metas sanitarias comunes. Ello implica dotar a FONASA de mayor autonomía técnica y presupuestaria, transformándolo en un verdadero comprador estratégico de servicios, capaz de agregar demanda, negociar precios razonables y contratar indistintamente con prestadores públicos y privados bajo criterios de costo-efectividad y calidad y de coordinación con los Servicios de Salud, con el objeto de asegurar flujos continuos de atención, entre el prestador público y el privado en caso de compra de servicios.

La reciente expansión de su cobertura efectiva —cercana al 90 % de la población— exige revisar su modelo de gestión y su marco de rendición de cuentas, garantizando transparencia y eficiencia en la asignación de recursos. La integración progresiva de la red prestadora en torno a objetivos poblacionales, con instrumentos de gestión por resultados y mecanismos de incentivos alineados, constituye la base de una reforma institucional moderna. La propuesta de una nueva modalidad de Salud Complementaria debe ser una oportunidad para expandir posibilidades a sus beneficiarios evitando los problemas de la actual Modalidad de Libre Elección basada en un ineficiente e inflacionario sistema de pago por prestación (*“fee for service”*) que debe ser reemplazado por mecanismos de pago ligados al uso razonable de los recursos y los resultados sanitarios.

La Atención Primaria de Salud como columna vertebral del sistema

A pesar del consenso técnico y político respecto de la centralidad de la APS, su consolidación como eje articulador del sistema aún no se

materializa. Persisten debilidades estructurales en su financiamiento, capacidades resolutivas, uso de tecnologías, articulación con los otros niveles de atención, productividad (Comisión Nacional de Productividad, 2022) y capacidades para actuar territorialmente de manera intersectorial en la generación de condiciones de vida saludables, junto a una dotación de personal insuficiente, formado desde el paradigma biomédico y con otras expectativas de desempeño.

Una estrategia nacional de APS debe asentarse en tres pilares: Salud en todas las políticas: incorporar la dimensión sanitaria en las políticas de educación, vivienda, trabajo, ambiente y protección social, abordando los determinantes estructurales de la enfermedad; Atención centrada en las personas y comunidades: fortalecer la participación social, la autonomía de los equipos locales y la personalización de los cuidados mediante herramientas digitales; Integralidad, calidad y eficiencia: dotar al primer nivel de recursos proporcionales a su responsabilidad sanitaria, con incentivos orientados a resultados y con equipos interdisciplinarios capacitados para resolver el 80 % de los problemas de salud prevalentes. Incentivando a los centros de formación superior en el fortalecimiento de este recurso humano para dar sostén efectivo a esta estrategia (Artaza y cols., 2020).

La experiencia internacional (CEPAL y OPS 2024) demuestra que los sistemas de salud con una APS fuerte logran mejores indicadores de salud, menor gasto y mayor equidad. Chile requiere transitar desde un modelo hospitalo-céntrico hacia redes integradas de servicios donde la APS, más que sólo un punto de entrada sea el lugar desde donde se coordina y se siguen los procesos integrados de prevención, atención y cuidados a lo largo del curso de vida. Sin duda que la experiencia de APS Universal debe ser evaluada para de allí extraer buenas prácticas que posibiliten que dicha estrategia se constituya efectivamente en la columna vertebral del sistema de salud chileno (Artaza y Rubio, 2025).

Modernización de la gestión hospitalaria

El sistema hospitalario público chileno, constantemente cuestionado en su eficiencia (Fundación Observatorio Fiscal, 2020), se enfrenta a un marco normativo obsoleto, basado en el Estatuto Administrativo de 1989, que prioriza la estabilidad funcional y el cumplimiento formal por sobre la gestión eficiente y la innovación. Los hospitales son organizaciones altamente complejas, que concentran más del 70 %

del gasto público en salud y emplean a decenas de miles de trabajadores. Sin embargo, carecen de los instrumentos de gobernanza y autonomía necesarios para administrar sus recursos humanos y financieros con criterios de desempeño. La modernización de la gestión hospitalaria debiera orientarse a: revisar el sistema de Alta Dirección Pública que en el ámbito hospitalario ha demostrado profundas insuficiencias; consolidar modelos de gestión clínica que integren a los equipos médicos y de los cuidados en la toma de decisiones sobre recursos y procesos asistenciales; generar sistemas de información integrados que permitan monitorear indicadores de desempeño, costos y resultados sanitarios en tiempo real; financiamiento específico de mantenimiento y reposición tecnológica, hoy prácticamente inexistentes, que aseguren continuidad operativa y calidad; repensar incentivos -especialmente de los médicos- a objeto promover la eficiencia, la productividad, la calidad de la atención y la satisfacción usuaria.

La evidencia muestra que hospitales con dirección consolidada y cultura de gestión basada en datos alcanzan mejores resultados clínicos y financieros. No obstante, la ausencia de incentivos diferenciados y de reconocimiento al desempeño limita la posibilidad de replicar buenas prácticas. El desafío consiste en equilibrar la necesaria autonomía de gestión con una mirada de trabajo colaborativo en redes de atención (OPS, BID y BM 2025) y con los principios de probidad, transparencia y control público. Por lo mismo resulta indispensable desarrollar desde el aparato público, estrategias de mantención, cuidado y capacitación continua de cuadros para la gerencia del sector.

Junto a lo anterior, hay ya suficiente consenso y evidencia en torno a que la gestión de las redes públicas debe ejercerse descentralizadamente fuera del Ministerio de Salud con una nueva forma de gobernanza (Vergara y cols., 2020)

Igualmente, una estrategia modernizadora de la gestión debe consolidar una mirada a los aspectos subjetivos de la atención, puesto que el trato y las tensiones de relación entre usuarios y equipos de salud deben resolverse en armonía y son prioritarios en los juicios de insatisfacción. Es indispensable asegurar una perspectiva afectiva y cultural de las relaciones entre la población y los equipos de salud, para crecer en potencialidades de acogida a los pacientes, especialmente los más vulnerables, que son los que reportan mayor insatisfacción por discriminación.

Evaluación de tecnologías sanitarias: hacia decisiones basadas en evidencia

El aumento del gasto en tecnologías médicas y farmacológicas de alto costo ha generado una presión creciente sobre el presupuesto sanitario. Las decisiones judiciales que obligan al Estado a financiar terapias fuera de los listados oficiales — incluso aquellas sin evidencia robusta de efectividad — revelan la ausencia de una institucionalidad técnica autónoma y vinculante.

Chile requiere una entidad nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) con independencia funcional, similar a las agencias NICE (Reino Unido) o CADTH (Canadá), cuyas decisiones sean obligatorias para los finanziadores públicos y orientativas para los privados. Esta agencia debe contar con mandato legal para evaluar tecnologías, medicamentos, procedimientos e innovaciones organizacionales, considerando no solo su eficacia clínica, sino también su costo-efectividad y su impacto presupuestario.

La ETESA debiera operar bajo criterios explícitos de transparencia, participación y rendición pública de sus dictámenes, vinculando sus decisiones a la priorización del gasto público y a la actualización de los planes de beneficios. Con ello, se fortalecería la legitimidad del sistema y se disminuirían las desigualdades en el acceso a tratamientos efectivos, evitando la judicialización y la captura de recursos por intereses particulares (Espinoza y Vargas, 2017; Armijo y cols., 2022).

Listas de espera: una deuda persistente

Las listas de espera constituyen uno de los principales factores de deslegitimación social del sistema de salud. Tras la pandemia de COVID-19, los tiempos de espera para consultas de especialidad y cirugías electivas se incrementaron de manera exponencial. Este fenómeno no puede abordarse exclusivamente mediante aumentos de recursos o expansión de oferta hospitalaria. Las causas estructurales incluyen una Atención Primaria poco resolutiva, por falta de procedimientos de diagnóstico y terapéuticos ambulatorios, un modelo de derivación fragmentado y escasa coordinación entre niveles asistenciales. En la práctica, la APS se comporta muchas veces como un sistema de derivación más que de resolución. Las estrategias efectivas para reducir las listas de espera deben combinar tres dimensiones: Prevención y promoción de la salud, orientadas a reducir la incidencia de patologías crónicas y condiciones evitables. Aumento de la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, mediante equipos multiprofesionales,

telemedicina y protocolos de atención compartida con especialistas. Experiencias de fortalecimiento como las de Novoa Vera, Juan y Gallegos Lagos, (2023), muestran que el fortalecimiento de la Atención Primaria puede impactar en algunas especialidades para reducir hasta un 50 % las listas de espera. Optimización de la productividad hospitalaria, particularmente en el uso de pabellones quirúrgicos y cirugía mayor ambulatoria. Todos ellos por dinámicas sistemáticas de integración en la gestión como de la coordinación asistencial, bajo una gobernanza que tenga poder de decisión real sobre los integrantes de la red.

Experiencias como los Centros Regionales de Resolución (CRR), implementados desde 2022 en hospitales públicos, han demostrado que la gestión inteligente puede incrementar hasta un 40% la actividad quirúrgica sin mayores recursos. Replicar y consolidar este modelo requiere marcos normativos flexibles y liderazgo clínico-gestor, orientado a resultados (BID, 2023).

Licencias médicas: sostenibilidad y legitimidad

El gasto en subsidios por incapacidad laboral (SIL) ha pasado de representar un 0,6% del PIB en 2014 a más del 1,2% en 2022, absorbiendo más de la mitad de la cotización obligatoria de salud. Este crecimiento refleja simultáneamente una mayor prevalencia de trastornos de salud mental y un uso ineficiente, en ocasiones fraudulento, del instrumento. La pérdida de legitimidad del sistema amenaza su sostenibilidad y desvía recursos que podrían destinarse a prevención y tratamiento.

La reforma al sistema de licencias médicas debe equilibrar control y cuidado, combinando fiscalización rigurosa con incentivos correctos. Adicionalmente, es imperativo ampliar el debate hacia el rol de las empresas en la promoción de entornos laborales saludables y la extensión de derechos a trabajadores informales y cuidadores no remunerados. La equidad exige que los estándares de control y protección sean comunes para todos los sectores, sin distinciones injustificadas entre trabajadores públicos y privados (Hormazabal y Velasco, 2022).

Eficiencia en el sector privado

En Chile, las reformas al sistema de salud no pueden limitarse a mejorar la eficiencia del sector público. Es indispensable incorporar transformaciones estructurales también en el sector privado, que concentra la mayoría de los especialistas del

país. Por la lógica del mercado, estos profesionales se agrupan en comunas de altos ingresos, generando una distribución profundamente inequitativa y dejando extensas zonas del país con un déficit crítico de atención de especialidad. Esta concentración geográfica y funcional reproduce desigualdades en el acceso y limita la capacidad del sistema para responder de manera equitativa a las necesidades sanitarias.

Además, el sector privado opera bajo una lógica de mercado y un modelo asistencial biomédico, centrado en la atención curativa y sin vínculos efectivos con la estrategia de atención primaria. Al no existir incentivos para la prevención ni para la gestión integral del riesgo, los especialistas dedican una parte sustantiva de su tiempo a resolver problemas que podrían ser abordados por equipos de salud familiar. Este uso ineficiente del recurso especializado contribuye directamente al colapso de las listas de espera: cerca de dos millones de personas aguardan en Chile una atención de especialidad por casi un año. Corregir esta disfuncionalidad requiere reformas que involucren al conjunto del sistema sanitario.

CONCLUSIONES

Chile enfrenta una encrucijada sanitaria que trasciende la coyuntura política. Los temas aquí expuestos —evaluación de tecnologías, gestión hospitalaria, licencias médicas, listas de espera y fortalecimiento de la APS— representan ámbitos donde existen diagnósticos compartidos y posibilidades reales de avance. Son reformas técnicamente viables, políticamente posibles y socialmente necesarias.

Superar la parálisis reformista requiere reconstruir un pacto sanitario de Estado, que reconozca la salud como bien público y promueva una gobernanza inclusiva, con participación de todos los actores relevantes. La experiencia demuestra que los consensos amplios son la única vía para sostener transformaciones duraderas.

El próximo ciclo político será decisivo: o se consolida una trayectoria de cambios incrementales orientados a resultados, o se prolonga la inercia de un sistema costoso e ineffectivo. Apostar por la salud como eje del desarrollo humano implica asumir la prevención, la equidad y la eficiencia como compromisos de Estado. Esa es la invitación a las y los candidatos a la Presidencia de la República: construir, desde la evidencia y el consenso, el futuro sanitario que Chile necesita.

REFERENCIAS

- Armijo N., Espinoza M., Zamorano P., Lahoz D., Yañez T., Balmaceda, C. (2022). Análisis del proceso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Sistema de Protección Financiera Para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo en Chile (Ley Ricarte Soto). *Value in Health Regional Issues*, 32: 95 – 101. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109922001431>
- Artaza Barrios, O., & Rubio Schweizer, J. P. . (2025). Atención Primaria Universal: de programa pionero a política de Estado. *Cuadernos Médico Sociales*, 65(1), 43–52. <https://doi.org/10.56116/cms.v65.n1.2025.2268>
- Artaza, O., Santacruz, J., Girard, J., Alvarez, D., Barría, S., Tetelboin, C., Tomasina, F., & Medina, A. (2020). *Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas* [Journal articles]. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52503>
- Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud (Diciembre 2023). ¿Cómo acortar las listas de espera en los sistemas públicos de salud? Aprendizajes de tres pilotos implementados en Chile. Nota técnica No IDB- TN -2852. Disponible en <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/Como-acortar-las-listas-de-espera-en-los-sistemas-publicos-de-salud-aprendizajes-de-tres-pilotos-implementados-en-Chile.pdf>
- CEPAL, OPS (2024). La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-11/cepal-opsespanol.pdf>
- Comisión Nacional de Productividad (2022). Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS). Disponible en <https://cnepl.cl/wp-content/uploads/2025/04/Informe-final-aps.pdf>
- Espinoza, M.A., Vargas, C. (2017). Evaluación de tecnologías sanitarias para la toma de decisiones y la rendición de cuentas: una urgente reflexión para el sistema de salud chileno. *Value in Health Regional Issues*, 14: 33 – 34. Disponible en: [https://www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212-1099\(17\)30003-1/fulltext](https://www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212-1099(17)30003-1/fulltext)

- Fundación Observatorio Fiscal (2020). Eficiencia del gasto hospitalario en Chile. Disponible en: <https://cnep.cl/wp-content/uploads/2020/08/Eficiencia-del-gasto-hospitalario-en-Chile.pdf>
- Hormazábal S., Velasco C. Horizontal y IPSUSS. USS (2022). Licencias médicas: análisis crítico y propuestas de reforma. Disponible en: https://ipsuss.cl/ipsuss/site/docs/20240628/20240628095247/licencias_medicas_ipsuss_horizontal.pdf
- Novoa Vera, Juan y Gallegos Lagos, Karina (2023). Impacto estimado en la reducción de lista de espera de Dermatología en un Hospital de Alta Complejidad. Tesis de grado Magíster Salud Pública, Instituto de Salud Pública, Universidad Andrés Bello.
- Organización Panamericana de la Salud (2024). Avances hacia la salud universal en la Región de las Américas: Abordar las necesidades insatisfechas de atención de salud, las brechas en la cobertura y la falta de protección financiera mediante la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275329474>.
- Organización Panamericana de la Salud, Banco Interamericano de Desarrollo y Banco Mundial (2025). Actualización del marco conceptual y operacional para las redes integradas de servicios de salud en las Américas: Consenso técnico del Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud para fortalecer las redes integradas de servicios de salud en la Región de las Américas. Washington, D.C. Disponible en <https://doi.org/10.37774/9789275330692>.
- Vergara M., Yarza B., Gómez M.I., Lastra J., Montt J., Jarpa C., Noe M. U. Chile (2020). Propuesta para la provisión pública de servicios de salud. <https://saludpublica.uchile.cl/dam/jcr:39dd1d93-33e5-4e79-914a-cd00fded7892/Libro%20Salud%20digital.pdf>

Círculos de Escucha como dispositivo terapéutico comunitario: nuevos aportes conceptuales

Listening Circles as a community therapeutic device:
new conceptual contributions

Yasna Nanjarí Godoy¹

RESUMEN

Este artículo analiza los fundamentos teóricos de los Círculos de Escucha — basada en la Terapia Comunitaria Integrativa TCI— y desarrolla nuevas influencias conceptuales que permiten comprender su valor como dispositivo terapéutico comunitario. Junto con revisar los ejes originales del modelo, se abordan perspectivas contemporáneas sobre la construcción social de los significados, la importancia del lenguaje en la generación de sentidos compartidos, la función dialógica de la escucha y la crítica a enfoques clínicos que reducen el malestar a variables individuales, desconociendo su dimensión sociocultural. Asimismo, se destaca la coherencia de esta metodología con los lineamientos de la OMS y del MINSAL en relación a salud comunitaria, autodeterminación y apoyo mutuo.

A partir de estos marcos, se describe cómo los Círculos de Escucha facilitan la expresión emocional, la escucha activa y el relevamiento de aprendizajes provenientes de la propia experiencia de vida, mediante una dinámica horizontal que valora el saber individual y comunitario

El artículo concluye que esta metodología es una herramienta comunitaria pertinente para promover bienestar emocional y cohesión social, y plantea como desafíos formar más monitores, expandir los Círculos de Escucha y fortalecer la investigación sobre su impacto, en las personas y en las comunidades.

Palabras clave: Bienestar Emocional, Salud Comunitaria, Empoderamiento Comunitario, Intervención Psicosocial, Promoción de la Salud, Participación Comunitaria.

ABSTRACT

This article analyzes the theoretical foundations of Listening Circles—based on Integrative Community Therapy (ICT)—and develops new conceptual influences that allow us to understand its value as a community therapeutic tool. Along with reviewing the original principles of the model it addresses contemporary perspectives on the social construction of meaning, the importance of language in generating shared understanding, the dialogical function of listening, and a critique of clinical approaches that reduce distress to individual variables ignoring its sociocultural dimension. Also the consistency of this methodology with WHO and MINSAL guidelines on community health, self-determination, and mutual support is highlighted.

Based on these frameworks, the article describes how Listening Circles facilitate emotional expression, active listening, and the highlighting of lessons learned from personal life experiences, through a horizontal dynamic that values individual and community knowledge.

The article concludes that this methodology is a relevant community tool for promoting emotional

Recibido el 14 de noviembre de 2025. Aceptado el 28 de noviembre de 2025.

1 Psicóloga, Licenciada en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Directora Ejecutiva Corporación Escuchar.
Correspondencia a: ynanjari@gmail.com

well-being and social cohesion and identifies the following challenges: training more facilitators, expanding Listening

Circles and strengthening research on their impact on individuals and communities.

Keywords: Emotional Well-being, Community Health, Community Empowerment, Psychosocial Intervention, Health Promotion, Community Participation.

INTRODUCCIÓN

El Círculo de Escucha es una tecnología social que sigue una metodología estructurada, con reglas de funcionamiento y dirigido por una persona -o dupla de personas- formadas y certificadas en este método. Es un espacio grupal donde se comparten experiencias de vida, dificultades y malestares cotidianos. Lo que se busca es facilitar la expresión de aquellos, y especialmente, de las emociones asociadas a tales situaciones ya que comprendemos que el reprimirlas es la antesala de la aparición de síntomas físicos y psíquicos, que muchas veces terminan por convertirse en enfermedades. La frase que acuñamos en este enfoque: “Cuando la boca calla, el cuerpo habla... y cuando la boca habla, el cuerpo tiende a sanar” refleja de una manera metafórica la importancia de considerar el efecto de los factores psicosociales en la modulación de funciones y sistemas biológicos. Sánchez-Teruel (2018) presenta una visión muy completa de estudios que correlacionan tales factores con el funcionamiento de los sistemas inmunitario, inflamatorio, digestivo y endocrino, entre otros. En muchas investigaciones aparece el estrés y otros factores de tipo psicosocial asociados a trastornos en dichos sistemas, tanto en su etiología como también evidenciando que un abordaje interdisciplinario, orientado a trabajar estos factores, inciden en el alivio y la modulación de síntomas.

Cabe señalar que el enfoque de esta metodología es de promoción y prevención de salud, buscando favorecer el bienestar de las personas desde lo preventivo y a través de una experiencia comunitaria y no pretende reemplazar el trabajo especializado de los profesionales que deben intervenir ante la presencia de trastornos o enfermedades de salud mental.

En el espacio del Círculo de Escucha, el Monitor -nombre que recibe la persona formada en el método- actúa desde una posición de horizontalidad, procurando que se cumplan las reglas de funcionamiento (no juzgar ni dar consejos, entre otras) y

que se compartan soluciones provenientes de las experiencias de los propios participantes, quienes, producto de la dinámica de esta práctica, relevan su capacidad de resiliencia y autoestima, entre otros beneficios. Al compartir experiencias de vida en un espacio cuidado y acogedor, se permite la expresión de la vulnerabilidad y la empatía, lo que acerca a las personas, fortalece los vínculos y las redes de apoyo.

La metodología fue creada hace más de 35 años en el Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Federal de Ceará, en Brasil, bajo la coordinación del Dr. Adalberto Barreto. Surge como un modelo integrador que articula saber científico y saber popular para reducir el sufrimiento comunitario. En Brasil se denomina Terapia Comunitaria Integrativa (TCI) y se sustenta en cinco ejes teóricos: pensamiento sistémico, teoría de la comunicación, antropología cultural, resiliencia y pedagogía freireana. Los resultados obtenidos en diversas iniciativas permitieron que la TCI se convirtiera en política pública de salud mental en varios estados y en una práctica reconocida por el Sistema Único de Salud SUS (Barreto, 2011), siendo aplicada en múltiples instituciones con resultados positivos. (Alves, 2009). Actualmente, la TCI está presente en 27 países.

En los Círculos de Escucha, la conducción no está a cargo de un profesional, sino de un Monitor -formado en la metodología- que facilita el proceso sin entregar consejos, permitiendo que el propio grupo comparta estrategias basadas en su experiencia de vida. A través de las etapas de “Escoger el Tema” y “Contextualizar”, las personas narran situaciones difíciles y cómo las enfrentaron, fortaleciendo la autoestima, la confianza y ampliando las formas de comprender y abordar los problemas. Al no existir imposición de respuestas, cada participante toma lo que le hace sentido, validando el conocimiento comunitario construido desde la cultura y el contexto social.

En el Círculo de Escucha se invita a las personas a presentar una situación cotidiana que les moleste, que les cause algún tipo de sufrimiento, de cualquier naturaleza, pero que sea propia, y a partir de allí, se forman “titulares” conectando esa situación con una emoción personal que le provoque. Por ejemplo, “tengo pena porque debo cambiarme de casa por mis problemas económicos”, “tengo rabia porque asaltaron a mi hermano nuevamente”. Esta situación, que tiene múltiples aristas, conecta a la vez con los significantes y experiencias multisistémicas de otros, permitiendo que afloren recursos propios de esa comunidad.

Nuevos aportes conceptuales

En la metodología de los Círculos de Escucha se evidencia fuertemente la influencia del modelo sistémico y en particular del Construcción Social, principalmente por la valoración de la perspectiva histórica y cultural a la base de las experiencias significativas que emergen en la comunidad de participantes. Además, hay un importante reconocimiento al lenguaje y al discurso como expresión de la construcción histórica individual y colectiva, que posibilita nuevos aprendizajes, más allá de su función representacional. Sandoval (2010) destaca que Kenneth Gergen con su documento “Social Psychology as History”, escrito en 1973, inicia una profunda renovación de la psicología social al reconocer el carácter histórico de los significados que las personas le atribuyen a las acciones y decisiones, en cuanto éstas están influenciadas por la historia y la cultura en que emergen. La manera en que entendemos nuestro mundo está determinada entonces por este contexto, incluso el conocimiento científico responde a esta lógica, por lo que cuestiona su validez “objetiva” y abre la discusión a un nuevo enfoque sobre la generación del conocimiento (Gergen, 1973). Años después, Gergen y Warhus (2003), expresan una fuerte crítica a la prevalencia de una mirada sociopolítica y cultural dominante en el ámbito terapéutico, donde se tiende a imponer como únicos generadores de conocimiento válido a los especialistas formados bajo el paradigma científico y se desvaloriza la comprensión de la cultura común.

Por su parte, Pakman (2006) plantea también una mirada crítica respecto de los abordajes psico-terapéuticos clínicos tradicionales aún cuando se den en un contexto de salud pública que declara tener un enfoque comunitario y preventivo, ya que en la práctica sigue prevaleciendo una perspectiva biomédica y no se consideran los elementos “micropolíticos” que están incidiendo en la generación y mantención de los problemas emocionales de quienes llegan a consultar. En el caso de los Círculos de Escucha sí hay una consideración sistemática de los problemas que padecen las personas pues, a través de la metodología, se permite que afloren todas las dimensiones que producen sufrimiento e impactan el bienestar de las personas..

De lo anteriormente descrito, se puede inferir que el uso del lenguaje y del discurso es central en la metodología de los Círculos de Escucha, pues asume que lo que no se habla y tiene una carga emocional negativa, incide en la aparición de sintomatología física y psicológica. Esta idea

responde a lo que comúnmente conocemos como trastornos psicosomáticos, aquellos que no tienen una causa orgánica aparente y se dicen que son manifestaciones físicas del dolor mental (González y Landeros, 2006).

Dentro de la mirada del Construcción Social, se reconoce también la importancia del lenguaje toda vez que éste es reflejo de muchas voces construidas y enriquecidas a lo largo de la historia (carácter polifónico), que adquiere nuevos significados en la medida que dialoga con los significados de los demás. Gergen y Warhus (2001) refieren que en la construcción social del conocimiento se ha dado un cambio, relevando el significado entre personas como una evolución del significado que “cada uno tiene dentro de su cabeza” (p. 8). Plantea además que “los sucesos vitales no determinan nuestra forma de conocer, sino que más bien son las convenciones lingüísticas las que determinan lo que cuenta en la vida y cómo se le debe evaluar” (p. 8). Las personas, en el Círculo de Escucha, ponen en palabras escenas de sus vidas conectándose con sus emociones y enfocándose en las estrategias y recursos que han utilizado. En esta acción “editan”, por un lado, su narración dándose una nueva lectura a sí mismos, y por otro, al poner su discurso en interrelación con otros, motiva nuevas construcciones de significado y conocimiento individual y colectivo.

En relación al uso de la palabra y el discurso, Bajtín (1998) plantea que, independiente de los estilos discursivos en que se genere la comunicación, siempre hay una respuesta que se gatilla en el oyente, esté de acuerdo o no, o de lo que tenga que hacer a partir de lo que oye:

(...) y la postura de respuesta del oyente está en formación a lo largo de todo el proceso de audición y comprensión desde el principio, a veces, a partir de las primeras palabras del hablante. Toda comprensión de un discurso vivo, de un enunciado viviente, tiene un carácter de respuesta (a pesar de que el grado de participación puede ser muy variado); toda comprensión está preñada de respuesta y de una u otra manera la genera: el oyente se convierte en hablante. (p. 7 y 8)

En el Círculo de Escucha se asume que el compartir experiencias a partir de situaciones que las personas expresan como “titulares” gatilla en los demás una respuesta, que no es verbal, sino que es una conexión con sus propias experiencias de vida. Las personas, son invitadas a comentar si se identificaron con los titulares planteados y luego a votar por aquél que desea se profundice

en el Círculo. Esto es finalmente una respuesta, que tiene un estilo discursivo muy particular, pero que responde a la lógica planteada por Bajtín, pues los oyentes “hablan” de manera simbólica con su voto. En este caso el voto como respuesta, también toma un carácter declarativo, queriendo decir de algún modo: “eso que te está pasando a ti conecta con algo de mi experiencia y quiero profundizar en ella”.

El silencio, por su parte, también tiene un rol preponderante en el Círculo: forma parte de las reglas explícitas de funcionamiento, se valora, se acepta y se respeta. El silencio permite que el otro se exprese y también permite que cada uno escuche lo que le pasa en su mente, en su cuerpo y en sus emociones. Al respecto Bajtín (1998) releva el concepto de “comprensión silenciosa”, señalando que el silencio tiene una condición de efecto retardado por decirlo de algún modo, pues lo escuchado y comprendido en algún momento resurgirá en acciones o discursos. En los Círculos de Escucha se comparten visiones, experiencias y recursos; cuando uno habla, el resto guarda silencio y luego cada uno “se lleva” aquello que le hace sentido, habiendo una apuesta en términos de que “lo escuchado” pueda tal vez resurgir y/o impactar en las acciones de esas personas.

Experiencias y orientaciones de la OPS

En Chile, los Círculos de Escucha son implementados formalmente por Corporación Escuchar desde hace 11 años. Proyectos de formación de Monitores se realizaron durante el 2016 y 2018 en la comuna de Recoleta y durante este 2025, se está realizando la segunda formación del año. Corporación Escuchar cuenta con un software desarrollado especialmente para registrar los Círculos de Escucha: participantes, titulares, emociones, experiencias, recursos, evaluación de la experiencia, entre otros datos. Gracias a esta herramienta es posible llevar estadística de lo realizado: Entre 2016 y 2024 se han registrado 18.600 participaciones (1 participación= 1 persona que asiste a 1 Círculo) en un total de 2.500 Círculos de Escucha. De 1.204 encuestas de satisfacción procesadas en 2023 y 2024, el 84% calificó el Círculo como “muy bueno, me sirve mucho”. Durante ese mismo período de años se ha contabilizado la participación de 531 personas en Círculos de Escucha, tanto en modalidad presencial como online.

El Círculo de Escucha fue incorporado en 2017 por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) como una práctica grupal de bienestar de

medicina complementaria, quedando registrada en el sistema REM como una línea de intervención reconocida.

Este año 2025, su promoción ha adquirido un carácter más activo, con una recomendación explícita del MINSAL a los departamentos de salud municipales para su implementación en redes locales a través de la formación de líderes comunitarios en esta metodología, bajo la convicción de que esta práctica contribuye al bienestar emocional y a la cohesión social de las comunidades.

Por último, es importante destacar que la metodología de los Círculos de Escucha se enmarca en los lineamientos de la OMS, al promover acciones que fortalecen la autodeterminación, el apoyo mutuo y el empoderamiento comunitario desde la propia cultura (OMS, 2013). También coincide con el enfoque de salud comunitaria del MINSAL, que privilegia el desarrollo de potencialidades por sobre los déficits (MINSAL, 2008). Las narrativas compartidas en los Círculos, junto con las estrategias generadas por la propia comunidad, fortalecen la resiliencia, la autoestima y la salud integral de las personas y del grupo. (Guimarães, 2006)

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Los Círculos de Escucha se consolidan como un dispositivo terapéutico comunitario que integra saberes científicos y saberes populares, articulando enfoques sistémicos, construcciónistas y narrativos que otorgan profundidad a su efectividad. Esta metodología permite que las personas expresen su sufrimiento cotidiano y relevan sus aprendizajes y recursos propios, situándose como una práctica coherente con los principios de promoción y prevención en salud mental.

La evidencia acumulada en Chile y en otros países muestra que esta práctica fortalece la resiliencia, el sentido de agencia y la cohesión social, contribuyendo al bienestar integral de las comunidades. En un escenario aún dominado por modelos biomédicos, los Círculos de Escucha ofrecen una vía distinta y necesaria, que reconoce el valor de la horizontalidad, la escucha activa y los mecanismos comunitarios para aliviar el malestar.

De cara al futuro, se vuelve relevante ampliar la formación de monitores, la instalación de Círculos de Escucha en el territorio y robustecer investigaciones que documenten su impacto en las personas y en las comunidades.

Estas proyecciones permitirán seguir instalando esta metodología como un recurso sostenible de apoyo psicosocial, en coherencia con las

recomendaciones de la OMS y del MINSAL para una salud comunitaria más humana, participativa y sostenible.

REFERENCIAS

- Alves, I., Alves, L., Medeiros, L., Barbosa, F., Ferreira, M., Djair, M. & Oliveira, A. (2009). A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Revista Brasileira de Enfermagem, REBEn.* 62(5): 687-94. Recuperado en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/06>
- Bajtín, M. (1998). Estética de la creación verbal. Cap. Géneros Discursivos. (8va Ed.) Siglo Veintiuno Editores. Recuperado de: <http://www.fadu.edu.uy/estetica-diseno-ii/files/2015/06/BAJTIN-cap.-Generos-Discursivos.pdf>
- Barreto, A., Rivalta, C., Olivera, D., Barreto, I. & Pimentel, M. (2011). A inserção da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na ESF/SUS. Ministério da Saúde / Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura/. Recuperado de: <http://docplayer.com.br/14996885-Terapia-comunitaria-integrativa-na-esf-sus.html>
- Gergen, K. (1973). Social Psychologist as history. *Journal of Personality and Social Psychology,* 26(2), 309-320. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Kenneth_Gergen/publication/232593742_Social_psychology_as_history/links/0deec522b7f9d00c8f000000.pdf
- Gergen, K., y Warhus, L. (2003). La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria,* (3), 13-45.
- González M., y Landero, R. (2006). Síntomas psicosomáticos y teoría transaccional del estrés. *Revista Ansiedad y Estrés,* 12(1), 45-61.
- Guimarães, F., y Ferreira, M. (2006). Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. *Rev. Eletr. Enf.* 8(3), 404-14. Recuperado de: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a11.htm
- Ministerio de Salud, MINSAL. (2008) Norma Técnica N°106 para la Implementación y Funcionamiento de Salud Mental Comunitaria. Recuperado de: <https://www.mindbank.info/item/3332>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, Ginebra. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151028/1/A66_R8-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Centro de Prensa. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- Pakman, M. (2006). Reducción del riesgo en familias múltiproblemáticas: la micropolítica de la justicia social en la asistencia en salud mental. Recuperado de http://www.obelen.es/upload/H_343.
- Sandoval, J. (2010). Construcionismo, conocimiento y realidad: una lectura crítica desde la Psicología Social. *Revista Mad,* (23), 31-37.
- Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M.A. (2018). Psiconeuroinmunología: hacia la transdisciplinariedad en la salud. *Educación Médica,* 19(S2):171-178. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318300846?via%3Dihub>.

Suicidalidad en Adolescentes. Factores de riesgo y Modalidades de Intervención¹

Suicidality in Adolescents: Risk Factors and Intervention Strategies

Pablo Carvajal²
Denisse Acevedo³
Romina Soto⁴
César Jara⁵

Agradecimiento a Ulrich Kettkenitz⁶

RESUMEN

La suicidabilidad en adolescentes puede entenderse bajo un modelo adictivo en el que confluyen factores neurobiológicos, conductuales y familiares. La repetición de intentos de suicidio, especialmente en los llamados “grandes repetidores”, guarda semejanza con las recaídas observadas en otras adicciones. Entre los mecanismos implicados destacan la disfuncionalidad familiar, los altos niveles de expresividad emocional, el consumo de sustancias y el papel modulator del estrés sobre la neuroinflamación. La evidencia señala que alteraciones en citocinas, el factor neurotrófico BDNF y el hipocampo constituyen sustratos moleculares que incrementan la vulnerabilidad. El ambiente social y familiar cumple un rol protector o de riesgo, lo que refuerza la necesidad de intervenciones preventivas orientadas tanto al individuo como a su entorno.

Palabras clave: *Suicidalidad; adolescentes; conducta adictiva; expresividad emocional; neuroinflamación; BDNF; familia.*

ABSTRACT

Adolescent suicidality can be conceptualized through an addictive model where neurobiological, behavioral, and family-related factors converge. The repetition of suicide attempts, particularly among “major repeaters,” resembles the relapse patterns observed in substance addictions. Key mechanisms include family dysfunction, high levels of expressed emotion, substance use, and the modulatory role of stress on neuroinflammation. Evidence highlights abnormalities in cytokines, brain-derived neurotrophic factor (BDNF), and hippocampal alterations as molecular substrates that increase vulnerability. The social and family environment acts as either a protective or risk factor, underscoring the importance of preventive interventions targeting both the individual and their context.

Keywords: *Suicidality; adolescents; addictive behavior; expressed emotion; neuroinflammation; BDNF; family.*

Recibido el 11 de septiembre de 2025. Aceptado el 5 de diciembre de 2025.

1 Ensayo basado en una Tesina presentado al Diplomado de Adicciones Sociedad Chilena de Salud Mental, 2016.
Correspondencia a: carvapablo@gmail.com

2 Médico Psiquiatra, Servicio de Urgencias, Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barack.

3 Psicóloga Clínica Adultos.

4 Enfermera. Servicio de Urgencias, Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barack.

5 Médico Psiquiatra Adultos.

6 Psicólogo Clínico Adultos. COSAM Recoleta.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, las adicciones se han asociado al consumo de sustancias. El DSM IV fusionó los criterios de dependencia a sustancias y ludopatía, definiendo las adicciones comportamentales como conductas realizadas con el fin de obtener placer o evitar desplacer.

Posteriormente, Tullis (1998) propuso la teoría de la adicción al comportamiento suicida, especialmente en sujetos con múltiples adicciones, trastornos afectivos e historia de maltrato infantil.

En relación con los individuos que repiten intentos de suicidio (suicide re-attempters), Giner y cols. (2015) identifican tres categorías:

1. Intento de suicidio recurrente: ≥ 3 intentos (recurrent suicide attempt).
2. Repetidores principales: ≥ 5 intentos (major repeaters).
3. Repetidores de alto volumen: ≥ 15 intentos (high volume repeaters).

Giner y cols. (2015) sostiene que quienes presentan conductas suicidas recurrentes —los llamados grandes repetidores (10–15 % de los casos)— poseen un mayor riesgo de suicidio consumado, consumen extensos recursos asistenciales y

representan un desafío clínico. Estos pacientes “recaen” en los intentos, utilizando el suicidio como mecanismo de resolución de problemas y experimentando alivio ante el malestar previo, de manera semejante a lo que ocurre en la adicción a sustancias (Acevedo y cols., 2016).

DESARROLLO

Los adolescentes constituyen un grupo de riesgo por los cambios neuroendocrinos que atraviesan, los cuales incrementan la vulnerabilidad a la adicción debido a modificaciones epigenéticas. A ello se suma la normalización del consumo de tabaco y alcohol en el entorno familiar, así como climas familiares y psicosociales caracterizados por altos índices de expresividad emocional (EE) (Jadresic, 1988; Fromm, 1977; Acuña & Jara, 2022).

Diversas investigaciones han mostrado una asociación significativa entre la EE familiar y la evolución clínica de distintos trastornos psiquiátricos. Un grado mayor de crítica, hostilidad o sobre involucramiento se relaciona con un peor pronóstico, mientras que la tolerancia, calidez y respeto por la autonomía favorecen la recuperación (Jadresic, 1988).

La Tabla (1) Expone los componentes de la expresividad emocional.

Tabla 1: Componentes de la expresividad emocional.

Componente	Descripción
Número de comentarios críticos	Número de comentarios críticos hechos por el familiar sobre el paciente
Hostilidad	Nivel de hostilidad percibido en la interacción familiar
Compromiso emocional excesivo	Grado de implicación emocional intensa o desproporcionada del familiar
Calidez	Nivel de afecto y apoyo emocional mostrado por el familiar
Número de comentarios positivos	Número de comentarios positivos hechos por el familiar sobre el paciente

Fuente: Jadresic, E. (1988).

Diversas investigaciones han evidenciado una asociación significativa entre los niveles de expresividad emocional (EE) familiar y la evolución clínica de distintos trastornos psiquiátricos.

La disfuncionalidad familiar ha llevado a la clasificación de ciertas dinámicas como familias multi problemáticas, particularmente cuando el jefe de hogar presenta antecedentes de consumo. Estas familias tienden a relacionarse mediante “caricias negativas”, y sus miembros acuden con frecuencia a distintos especialistas del sistema de salud debido a conflictos sistémicos familiares. Ejemplo de estas dinámicas es el triángulo dramático de Karpman (Ramos, 2015; Friedlander, 2007; Edwards, 2011).

Los estudios con pacientes que repiten intentos de suicidio muestran una mayor frecuencia de maltrato, negligencia, trastornos alimenticios, dependencia a sustancias y niveles elevados de ira, con dificultad para exteriorizar emociones (Acevedo y cols., 2016).

Experimentalmente se ha apreciado que el contacto físico y el consuelo son más importantes que sólo la alimentación en el desarrollo de la personalidad (Experimento de Harlow) (Roballo, 2019).

Es interesante la descripción de Jung sobre “territorio minado”, la persistencia de núcleos conflictivos en las personas, en que pueden ser evocadas cascadas de vivencias intrapsíquicas, por determinadas situaciones

ambientales provocando significativa desregulación emocional.

En los intentos parasuicidales, la persona experimenta sufrimiento psicológico intenso. Las vías autonómicas del dolor físico y del dolor psíquico se superponen con las implicadas en la conducta suicida, lo que explicaría la sensación de alivio referida tras el intento, posiblemente mediada por el sistema opioide endógeno.

Estrés y neuro inflamación: mediadores neuronales

La inflamación constituye un mecanismo fisiopatológico central en diversas enfermedades crónicas. La evidencia actual indica que también se encuentra involucrada en los trastornos psiquiátricos (Acevedo y cols., 2016).

Distintos meta análisis han reportado niveles anormales de citocinas en esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión. Estas moléculas desempeñan un rol clave en el desarrollo cerebral, la integridad neuronal, la neurogénesis y la remodelación sináptica (Giner y cols., 2015).

Se hipotetiza que las citocinas influyen en los neurotransmisores y circuitos cerebrales, en interacción con el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF). Asimismo, algunos autores sugieren que en la depresión se presenta un proceso progresivo de sensibilización (kindling), similar al observado en ciertos trastornos neurológicos.

El factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y su receptor TrkB parecen ser sustratos moleculares del estrés: su expresión se reduce bajo esta condición, lo que constituye un factor de riesgo para depresión. Se han observado alteraciones en el volumen del hipocampo —estructura clave en la memoria emocional y la regulación del estrés— en sujetos deprimidos.

El tratamiento antidepresivo aumenta los niveles de BDNF, contrarrestando los efectos del estrés y la depresión. De manera similar, el ejercicio físico y una dieta equilibrada favorecen la producción de BDNF. Este factor también ha demostrado contrarrestar los efectos neurológicos de la cocaína (Silva y cols., 2015; Casampere, 2021).

En episodios suicidales se ha observado una disminución del ARNm en la corteza prefrontal y el hipocampo, especialmente en personas con antecedentes de consumo de sustancias y estrés, lo que sugiere un posible mecanismo epigenético de vulnerabilidad a la depresión (Silva y cols., 2015; Casampere, 2021).

CONCLUSIONES

La evidencia respalda considerar la conducta para suicidio como un trastorno psiquiátrico dentro de la patología dual, dado que involucra componentes neurobiológicos, conductuales y emocionales estrechamente vinculados a la inflamación.

Se ha demostrado activación de la microglía en cerebros de víctimas de suicidio, con mecanismos mediadores que incluyen la interacción entre citocinas, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la enzima 2-3 dioxigenasa, implicada en el metabolismo de la serotonina (Giner y cols., 2015).

Estrés, consumo de sustancias y depresión aparecen fuertemente ligados a la suicidialidad, con un rol central del BDNF, la tirosina quinasa B y las citocinas. El BDNF, en particular, se destaca como mediador clave de la plasticidad neuronal y la capacidad del cerebro para remodelar conexiones (Vega y cols., 2003).

En adolescentes, los altos niveles de EE (Expresividad Emocional) familiar pueden influir en la vulnerabilidad al suicidio, dada la importancia del lenguaje nutricional en el desarrollo emocional. Bion (1962) introdujo el concepto de reverie, entendido como la capacidad de simbolización de la madre durante el desarrollo del niño. Cuando la comunicación familiar es ambigua (doble vínculo), desestabiliza a la persona, como se observa en la esquizofrenia y otras patologías.

Los hallazgos actuales resaltan la importancia de relaciones tempranas satisfactorias, el rol regulador de la familia y el fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento del estrés. El ambiente social nutritivo puede extinguir conductas adictivas, como se demostró en los estudios de Rat Park (Díaz, 2017), donde los animales abandonan conductas compulsivas al cambiar su contexto por uno más gratificante.

Por ello, resulta esencial promover recursos emocionales saludables y técnicas de auto cuidado. Actualmente se dispone de diversas modalidades de intervención para promover la capacidad contenadora del estrés y desarrollar procesos de simbolización por ejemplo: DBT, psicoterapia en esquemas, mentalización, reconsolidación de memoria, psicoterapia basada en la transferencia, ejercicios mindfulness.

En líneas generales el modelo PERMA de Seligman (2011) propone tres dimensiones para una vida saludable:

1. Vida placentera.
2. Vida comprometida.
3. Vida significativa.

En conclusión, la suicidialidad recurrente en adolescentes puede comprenderse desde un modelo adictivo, en el que confluyen factores neurobiológicos, emocionales y contextuales, y donde la prevención debe orientarse tanto a intervenciones individuales, familiares y sociales.

REFERENCIAS

- Acevedo D., Battistoni N., Carvajal P., Morales A., Moya A., Soto R. (2016). Suicidio: Comorbilidad a considerar en patología dual. *Psiquiatría y Salud Mental*. (S), XXXIII: 71-73.
- Acuña, L. , Jara, C. , & Gómez, M. . (2022). Beber Problema. *Cuadernos Médico Sociales*, 61(2), 9–13. <https://doi.org/10.56116/cms.v61.n2.2021.40>
- Bion, W. R. (1962). Learning from experience. London: Heinemann.
- Casampere, L. (2021). *Mecanismos moleculares implicados en los efectos de los antidepresivos de LY404187*. Ibbtec. Consorcio Superior de investigación Científica. CSIC. En: <http://repositorio.unican.es:8080/xmlui/bitstream/handle/10902/23180/CASASAMPERE%20B A R A N D A % 2 c % 2 0 L A U R A .pdf?sequence=1&isAllowed=true>
- Edwards G. (2011). El triángulo dramática de Karpman. Gaia Editores.
- Fromm, E. (1977). Anatomía de la destrucción humana. Editorial Siglo XXI. En: <https://labyrinth.mx/llyfrgell/0262.pdf>
- Giner, J., Medina A. y Giner L. (2015). Repercusiones clínicas y sociales de la conducta adictiva. Editorial Madrid, España.
- Jadresic, E. (1988). Factores psicosociales en la depresión. *Revista de Psiquiatría (Santiago de Chile)*, 5(2), 145–152. En: <https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/10/88-2-012-Factores-psicosociales-en-la-depresion.pdf>
- Jara, C., Acuña L. y Gengler J. (2020). Estrés e inmunidad: implicaciones en salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(3), 45–60.
- Jara, C. y Acuña, L. (2023). Adicciones y epigenética. Una reflexión enfocada a la etapa de la adolescencia. *Manual de actualización en adicciones*, 45–60.
- Ramos R., Battistoni N., Carvajal P., Morales A., Moya A., Soto R. (2015). Familias multiproblemáticas: teoría y aplicación clínica. Madrid: Ediciones Morata.
- Seligman, M. (2011). Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. Free Press. En: <https://psycnet.apa.org/record/2010-25554-000>
- Silva D., Vicente B. & Valdivia M. (2015). Factor neurotrófico derivado del cerebro como marcador de conducta suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(1), 44-52. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000100006>
- Tullis, J. (1998). Adicción al comportamiento suicida: marco teórico y clínico. SAK fundation
- Vega (2003). Neurobiología de la conducta suicida: implicaciones clínicas. UAB Barcelona. Depósito digital de documentos de la UAB.

Hospitales familiares y comunitarios. Relato de una experiencia local

Family and community hospitals. A local experience story

Juan Pablo Cárcamo Saldaña¹

RESUMEN

Los Hospitales familiares y comunitarios (HFC) son en esencia Establecimientos de Atención Primaria que, no obstante, disponen de servicios para todo el ciclo hospitalario. Los HFC nacen al alero del Sistema Nacional de Salud a mediados del siglo XX y se constituyen como la principal instancia para resolver los problemas de salud que se demandan en las comunas rurales donde se ubican. La gestión en salud, la relación con su entorno y con la comunidad es la temática que se expone en este artículo que pretende mostrar una experiencia para abrir espacios de reflexión y discusión sobre el hacer en salud, que no sólo debe considerar la acción de atención en box, altamente demandada por la población, sino además, el permanente análisis de las necesidades y recursos disponibles para entregar una respuesta de manera equitativa y pertinente aun cuando los recursos sean escasos, asunto que obliga al ingenio a idear maneras de avanzar y resolver. En este contexto la conformación de equipos y el trabajo en lógica de procesos es fundamental para organizar la oferta y adecuarla a la demanda.

Palabras clave: *Modelo de Atención, Modelo de Gestión, Hospitales familiares y comunitarios.*

ABSTRACT

Family and Community Hospitals (FCH) are essentially Primary Care Establishments that, nevertheless, provide services throughout the entire hospital cycle. FCHs emerged under the umbrella of the National Health System in the mid-20th century and became the main institution for addressing health problems demanded in the rural municipalities where they are located. Health management, the relationship with their environment, and with the community are the themes presented in this article, which aims to share an experience that opens spaces for reflection and discussion about healthcare practices. These practices should not only consider the highly demanded box-based medical attention, but also the ongoing analysis of needs and available resources in order to deliver responses that are equitable and relevant, even when resources are scarce—an issue that requires ingenuity and the creation of ways to move forward and find solutions. In this context, the formation of teams and process-oriented work is fundamental to organizing the supply and adapting it to demand.

Keywords: *Care Model, Management Model, Family and Community Hospitals.*

INTRODUCCIÓN

La salud es una dimensión del bienestar de las personas, que no sólo es ausencia de enfermedad sino también tener la posibilidad de resolverla cuando se presenta, lo que no significa necesariamente sanarse. La Salud es un proceso colectivo, que se experimenta en comunidad, por lo que es primordial el tejido social,

¹ Enfermero; MG en Salud Pública y Planificación sanitaria Salubrista. Correspondencia a: carcamo.jp@gmail.com

mejores condiciones de vida y el acceso oportuno y pertinente al sistema de salud. Las condiciones de vida de la población son el principal determinante para aquello; a mayor pobreza, mayor es la carga de enfermedad.

En Chile, a mediados del siglo XX, se crea el Servicio Nacional de Salud que entre otras estrategias acerca el sistema sanitario a los sectores más desfavorecidos en las zonas rurales mediante la construcción y habilitación de hospitales familiares y comunitarios, favorecer dicho acceso era una necesidad imperiosa para impactar en el desarrollo humano y por consiguiente en el desarrollo del país. Transcurridos más de 70 años desde ese hito, los Hospitales familiares y comunitarios siguen siendo un pilar fundamental en las comunas donde se ubican, dando respuesta según su capacidad resolutiva a la demanda de salud de la población.

Desde sus orígenes los Hospitales Familiares y comunitarios (HFC) tienen por principal objetivo la atención primaria de salud (APS), tarea que ejecutan a través de prestaciones, para todo el ciclo vital. Su clasificación de hospital de baja complejidad es relativa a su capacidad resolutiva para con pacientes de baja complejidad clínica y demanda tecnológica; esto es, pacientes que principalmente requieren de cuidados medios y básicos, en los ámbitos de hospitalización y urgencia. Como todo hospital, su organización es compleja y requiere la integración de actividades coordinadas entre los distintos ámbitos que permiten su funcionamiento. A esta complejidad organizacional se agrega la relación con la comunidad que es fundamental para que la oferta sanitaria sea coherente con la realidad local.

En este artículo escribo sobre estos hospitales, su organización, recursos disponibles, adecuación de la oferta a la demanda y el necesario conocimiento y análisis de los antecedentes de la población a cargo, a partir de la experiencia en uno de los Servicios de Salud del país que cuenta con 9 de estos establecimientos. Esta experiencia se caracterizó por haber trabajado en conjunto con los equipos hospitalarios, desde la Dirección de Servicio de Salud, en la función de referente de gestión clínica y luego en la tarea de director de uno de los hospitales de este tipo.

HOSPITALES FAMILIARES Y COMUNITARIOS

Descripción General

Los HFC se implementan en pleno proceso de desarrollo del Servicio Nacional de Salud, que tiene su origen en 1952. La conformación del SNS

permitió integrar y organizar de manera centralizada los diversos organismos existentes hasta ese momento, esto fue el primer gran paso para avanzar en un sistema de salud que ha impactado tanto con su contribución a nuestra esperanza de vida actual que alcanza los 81 años, mismo indicador que muestran los países desarrollados y que invierten más del doble que Chile en salud (OCDE, s. f.). Los primeros hospitales familiares y comunitarios construidos principalmente en la década del 60 y ubicados en comunas rurales fueron denominados hospitales tipo 4 hasta la reforma a la salud, momento en el que pasaron a denominarse como los conocemos actualmente (Ley N° 19.937, 2004). Este cambio de denominación tuvo como propósito la transformación de su proceso asistencial a uno con enfoque biopsicosocial centrado en las personas y sus familias; lo propio, en paralelo, trabajaron los consultorios de atención primaria que pasaron a transformarse en centros de salud familiar (CESFAM). Los HFC fueron y son una estrategia sanitaria para acercar las prestaciones de salud a las poblaciones con alto riesgo de vulnerabilidad o derechamente vulneradas, en aquellas comunas rurales con mayor población; en ese contexto, son soporte de salud fundamental para las comunas donde se ubican, integrándose cultural y epidemiológicamente con su población a cargo (MINSAL, 2009).

La cartera de servicios de los HFC considera la oferta programática de atención primaria destinada a todo el ciclo vital, esto es: Programa de salud infantil; programa de salud adolescente; programa de salud del adulto y adulto mayor; programa de salud de la mujer; programa de salud mental; programa de salud oral; rehabilitación integral con base comunitaria; cuidados domiciliarios para pacientes con dependencia severa, cuidados terminales oncológicos y no oncológicos. Estas prestaciones de atención primaria se complementan con prestaciones de unidades de apoyo clínico como farmacia, laboratorio y servicio de imágenes radiográficas. Además, cuentan con un servicio de hospitalización indiferenciada y una unidad de emergencia hospitalaria (UEH) que funciona 24 horas todos los días del año. La clasificación de baja complejidad está refrendada en la norma técnica N°150 de complejidades hospitalarias, del Ministerio de Salud, en donde también se establecen recomendaciones para las dotaciones de recurso humano en atención cerrada.

La oferta de servicios de los HFC le otorgan una institucionalidad característica, toda vez que siendo primordialmente Establecimientos de

atención primaria disponen de oferta en todo el proceso hospitalario (APS; urgencia; hospitalización y unidades apoyo clínico). Los HFC son una instancia sanitaria que, abocados a la atención primaria, refuerzan el compromiso del Estado y los gobiernos de turno con la salud de la población, dando cuenta de la necesaria disposición de recursos en este ámbito para impactar en la calidad de vida y en las inequidades que sufre (OPS, 1978). Este considerando es necesario de tener en cuenta porque, con presupuestos acotados y sin consideración específica por hospital en la ley de presupuesto, se debe asegurar su operación estructural, organizacional y ejecutar actividades de salud que impacten positivamente en la población que accede a ellos. La realidad es que el financiamiento existente alcanza mínimamente para asegurar su funcionamiento, más no su mejora y desarrollo (DIPRES, 2024). Por su parte, los procesos de normalización, necesarios, que podrían resolver el problema son demasiado extensos en los plazos y no aseguran la disponibilidad presupuestaria real requerida. Conviene aclarar que no están desfinanciados y que su producción y resultados justifica un mayor financiamiento.

Modelo de Atención Integral en Salud

Para la transformación de su proceso asistencial de la atención primaria de salud y también de los HFC a uno con enfoque biopsicosocial centrado en las personas y sus familias se ha considerado la necesidad de avanzar en la implementación del Modelo Integral de Salud (MAIS), que en el contexto de la reforma de la primera década del actual siglo, se define como: “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (MINSAL, 2005). Los tres principios del MAIS son: Integralidad, continuidad de los cuidados y centrado en las personas. Para llevarlos a cabo se establecen 9 ejes de desarrollo: Promoción de salud; prevención de enfermedades; enfoque de salud familiar; intersectorialidad y territorialidad; calidad de la atención; centrado en atención abierta; participación social; tecnología y desarrollo de las personas que trabajan en APS.

Para objetivar el avance de este proceso de transformación, el MINSAL creó en el 2008, un

primer instrumento que se utilizó hasta el año 2014. En el 2015 se implementó una nueva pauta para hacer la evaluación de la implementación del modelo, que ahora permitía la medición desde el avance del proceso. En el 2018 un estudio que se realizó para conocer el nivel de implementación del MAIS, describe que se ha alcanzado un 56% de avance en el país (García-Huidobro y cols., 2018). En la práctica se observa que la implementación del modelo avanza con dificultad, el proceso asistencial sigue centrado en lo curativo y la exigencia de la población se ve satisfecha mientras más atenciones en box haya disponible. Hace 20 años el documento original del MAIS indicaba que “El modelo vigente es básicamente curativo y centrado en el hospital como la gran instancia de resolución de los problemas de salud”, razón por la cual era necesario avanzar en organizar y disponer la oferta desde otra perspectiva; no obstante, las personas siguen demandando consultas y controles, la contingencia consume los tiempos y por consiguiente la posibilidad de repensar lo que se está haciendo, pocos son los que consideran ejecutar actividades que sean distintas de lo que se viene realizando. Esto último es un asunto profundo que tiene sus raíces en el saber, en lo cultural, en el proceso de formación académica y en lo rígido del propio sistema, principalmente asociado a sistemas de registros, sistemas informáticos y exigencias normativas. Cuestión importante es que se observa un mayor empuje para la implementación del modelo con los departamentos de salud municipal (DSM), en desmedro de los Hospitales Familiares y comunitarios.

Experiencia local

Habiendo descrito a modo de contexto los antecedentes generales de los HFC y del Modelo de Atención integral; a continuación, describo la experiencia local, primero desde la referencia técnica en la dirección de Servicio de Salud (DSS) y luego, como director de uno de sus hospitales familiares y comunitarios de la Red Asistencial.

En la DSS, durante los años 2017 y 2018 conformamos un equipo para el acompañamiento a HFC priorizados, con el que realizamos un primer trabajo de diagnóstico, donde se destacaba la necesidad de reforzar conocimientos para la planificación y programación sanitaria e implementación del modelo de salud integral. Nuestro objetivo entonces, fue generar cambios en el abordaje del proceso sanitario de APS, por lo que estos dos ámbitos nos parecieron precisos como puerta de entrada. Antes, en el 2015 habíamos

tenido una primera experiencia de trabajo en programación según problemas de salud priorizados (Cardiovascular, salud mental y oncológicos), el que replicamos el 2016 incorporando a los hospitales de mediana complejidad, por lo que había una línea base para retomar la discusión. Esta iniciativa dio pie para la posterior gestión territorial desde el hospital de mediana complejidad con su territorio nodal, consistente en la resolución prioritizada de lista de espera, gestión administrativa y financiera, coordinación de pacientes hospitalizados, entre otros. Durante la ejecución del plan interactuamos principalmente con los equipos directivos y con los equipos gestores, revisando las realidades locales en cuanto a antecedentes sociodemográficos; recursos disponibles, su organización; relación con la comunidad; relación con el Departamento de Salud Municipal (DSM); indicadores de metas; definición de prioridades y capacidades instaladas.

En el año 2023, inicio funciones como director de un hospital familiar y comunitario, que en los últimos 5 años había tenido 3 directores distintos. Previamente, en la etapa de inducción, se me presentan los indicadores de gestión que ubicaban al hospital en el último lugar entre sus pares; altos niveles de ausentismo por licencia médica; denuncias por sobrecarga de trabajo; sumarios por acusaciones de maltrato laboral; un ambiente laboral derruido y en permanente tensión. La infraestructura, equipos y equipamiento con necesidad urgente de actualización y adecuación a norma, entre otras cuestiones relevantes para la gestión y el desempeño del Establecimiento.

Lo observado en la tarea de director se concordía con lo recogido antes, en la experiencia de acompañamiento con otros hospitales familiares y comunitarios; observaciones que resumo, a continuación, desde la relación con el Departamento de Salud Municipal (DSM); la planificación y programación sanitaria; el modelo de atención integral (MAIS) y la realidad local en cuanto a la gestión, específicamente, en el hospital a cargo.

Primero como Referente de los Hospitales Comunitarios de la Dirección del Servicio de Salud

Los nueve hospitales familiares y comunitarios del servicio de salud se ubican en distintas comunas de la provincia, con características comunes, donde destacan, los altos porcentajes de ruralidad, de población mapuche y elevados niveles de pobreza por ingreso y pobreza multidimensional. Dado estas características sociodemográficas, la

población sufre una gran carga de enfermedad, el grupo de población adulto mayor va quedando solo y luego, tras una hospitalización, se convierten en pacientes sociosanitarios que sin redes de apoyo familiar y social no pueden ser dados de alta. La oferta de prestaciones es la misma en todos, pero de manera ajustada a la realidad por hospital, en cuanto a recursos disponibles en dotación de personal; competencias instaladas; dotación de camas; número de personas de la población a cargo, entre otras variables. La totalidad de los hospitales comparten responsabilidad sanitaria con los DSM de la comuna y aun cuando esta existencia conjunta es desde hace décadas, la relación entre ambos componentes es distante y con poca o nula planificación sanitaria coordinada y complementaria. Para el caso los DSM son por ley los llamados a realizarla y por lo tanto liderar y convocar (Ley N° 19.378, 1995). En general se objetiva que la labor se ejecuta de manera aislada, la relación entre los HFC y los DSM está centrada específicamente en convenios de colaboración específicos que permiten disponer de algún recurso en áreas hospitalarias priorizadas.

Es difícil explicar esta distancia y la nula planificación sanitaria comunal que se objetiva en los últimos 10 años. Esto no quiere decir que en algún momento no haya ocurrido, lo que sí está claro es que, si alguna vez sucedió, no se ha mantenido en el tiempo. Entre los factores que pudieran influir para alcanzar una relación virtuosa entre ambos componentes está el contexto político al que se supedita el DSM, ajustando sus acciones y organización al gobierno local de turno; las competencias instaladas en los equipos sobre planificación sanitaria y salud comunitaria, es escaso el recurso humano que conoce del asunto y que pone en práctica ese conocimiento; la relación de desconfianza entre ambos (HFC y DSM), en la experiencia local se evidencia una suerte de rivalidad entre los equipos. Los HFC acusan que deben estar permanentemente resolviendo demanda que “debiera” resolver el departamento de salud, y este a su vez hace ver la insatisfacción de la población por el desempeño del hospital. La permanente discusión sobre si esta población es “mía o tuya” pone una barrera a la posibilidad de resolver entre ambos de manera complementaria.

Relativo a la planificación sanitaria y programación de actividades, en el propio HFC, encontramos que los equipos no realizan análisis de la demanda, no conocen su población a cargo ni los determinantes sociales que les afectan, por lo que no se realiza planificación identificando

problemas de salud prioritarios, lo que se traduce en programaciones de actividades que no tienen relación con la demanda de salud real y que se realiza repitiendo lo que se ha registrado en los años anteriores. En resumen, se objetiva que los equipos en general no se desempeñan según contexto comunal, sus acciones de salud son las que han agendado y ejecutado históricamente, sin cuestionarse y sin discutir con los demás participantes del equipo.

Sobre el modelo de atención integral, se evidencia que conocen la estrategia teóricamente, pero no se identifica profundidad y aplicación práctica de ese conocimiento. La implementación del modelo ha sido acompañada de instancias de formación académica a través de cursos y diplomados que los equipos locales han cursado, pero luego no se observa que el ejercicio de práctica clínica esté pensado ni ejecutado desde esa perspectiva. En resumen, hay poco o nulo impacto de las capacitaciones en el quehacer y en el proceso de transformación; además, quienes cursan estas instancias de capacitación no replican ni generan transferencia de conocimiento.

Respecto de la organización y gestión interna la poca o nula integración de los procesos sanitarios, de soporte tecnológico, operacional y financiero genera como consecuencia que cada profesional resuelva sus necesidades o de la propia unidad que tiene a cargo, la gestión es contingente, es de estar permanentemente resolviendo urgencias. La cobertura de funciones complejas es difícil cuando el encargado se ausenta porque no existe la experiencia de la colaboración integrada. Esto no quiere decir que no se ayuden en escenarios de exigencia, pero en acciones específicas y no en contexto de procesos permanentes.

Lo descrito como diagnóstico pretende transparentar la realidad del quehacer en general, es muy probable que haya HFC que no se vean reflejados; sin embargo, no importando cual sea la situación, siempre hay ventanas de oportunidad y que aun cuando se hacen muchas cosas es fundamental mirar y remirar para que la gestión sanitaria sea pertinente y coherente con las necesidades de la población a cargo. En todos los estamentos existen personas y equipos que están siempre motivados y empujan e implementan iniciativas que favorecen la mejor atención, incluso en escenarios de precariedad, técnicos, administrativos y auxiliares que son el soporte institucional y que sobrellevan el funcionamiento del hospital en su conjunto, que es en teoría la organización más compleja que existe. El cumplimiento de metas sanitarias,

de los índices de actividad de APS (IAAPS) y de los compromisos de gestión dan cuenta de ello.

Las brechas identificadas en el trabajo de acompañamiento, desde la referencia técnica de la DSS, fueron abordadas desde la programación sanitaria y la implementación del MAIS. Las primeras tareas fueron las de reconfigurar o, ante la inexistencia, conformar equipos gestores que se formalizaron por resolución exenta (documento administrativo que formaliza institucionalmente). Luego se trabajó en conocer los datos sociodemográficos de las comunas en los hospitales priorizados y la producción de urgencia; atención primaria y hospitalización. A continuación, se generaron discusiones donde se identificaron los ámbitos relevantes según ciclo vital para abordar en cada hospital y definían las actividades priorizadas para avanzar en el modelo de atención integral. Los equipos quedaban con la tarea de dar continuidad a las acciones comprometidas. Para la programación sanitaria se preparó un módulo de capacitación teórico práctico donde se expusieron temáticas propias del proceso técnico y de determinantes sociales, se hicieron ejercicios de búsqueda bibliográfica, de identificar fuentes validas de información para rescatar datos y utilizarlos en el análisis que permitiera definir las actividades a programar en función de los grupos de población priorizada. Aun cuando los equipos locales reconocían lo enriquecedor del trabajo que se estaba realizando, a mediados del 2018 no hubo autorización para seguir ejecutándolo.

El trabajo específico con el equipo de acompañamiento no siguió los años siguientes, pero desde la referencia técnica continuamos en tareas de implementación de estrategias y mejoras de procesos en curso. En el ámbito de procesos clínicos, con la referencia de gestión de pacientes, elaboramos un documento de orientaciones para la hospitalización en HFC, aún vigente; sacamos adelante procesos de puesta en marcha de dos hospitales normalizados, en otro hicimos un trabajo de posicionamiento de la gestión del cuidado que consistió en una intervención en el equipo de enfermería para modificar rutinas, práctica clínica y posicionar liderazgos. Implementamos la estrategia de ruta médica de calle, red de cuidados a personas víctimas de violencia sexual, entre otras. Durante pandemia, desde la DSS, definimos el plan de acción para la red hospitalaria que reorganizó la oferta y reforzó con recursos humanos, equipos y equipamiento en todas las estrategias y establecimientos. Con la profesional a cargo de farmacia clínica descentralizamos el policlínico

de tratamiento anticoagulante desde el hospital de alta complejidad hacia los HFC y lo propio hicimos con enfermedades de transmisión sexual, a través de la referencia técnica de enfermedades emergente y reemergentes; se dio continuidad a la estrategia de gestión territorial de medicamentos, implementada desde el 2015, se implementó la estrategia de uso racional de medicamentos con una primera etapa de análisis y elaboración de informes en grupos priorizados (embarazadas y adultos mayores) y posterior ejercicio de difusión, refuerzo a los equipos locales y deprescripción por parte del médico según correspondiera.

Luego, como Director de Hospital Familiar y Comunitario

Ya en la labor de director de un HFC la primera tarea fue la de conocer la experiencia de los funcionarios. Para ello sostuve entrevistas individuales y conversaciones grupales con distintos estamentos y gremios, lo que me permitió evidenciar lo que expongo en el apartado diagnóstico. A continuación, no habiendo pasado dos semanas, conformamos el equipo directivo, que no existía, con quien discutimos y acordamos los aspectos priorizados para abordar y resolver localmente y en conjunto con la dirección de servicio de salud. El diagnóstico recogido lo sistematizamos en ámbitos y procesos de gestión que fueron:

- Ámbito Directivo: Gobernanza y objetivos estratégicos
- Recursos Humanos: Clima, Organización; funciones y responsabilidades; brecha
- Infraestructura: Mantenciones correctivas y preventivas; adecuaciones a norma.
- Procesos: Gestión de demanda; gestión del cuidado; apoyo clínico; Atención Primaria; urgencia; hospitalización; administración y finanzas; Acreditación de calidad; MAIS; Rehabilitación y relación asistencial docente. A propósito de los ejes del MAIS definimos generar una relación de coordinación permanente y en todos los ámbitos con el DSM; convocar al intersector y abordar la interculturalidad con la integración en la mesa comunal a cargo del departamento de educación municipal y programando actividades que permitieran dar a conocer aspectos culturales mapuches a la organización y la comunidad.

Este orden de cosas se fue resolviendo con la conformación de equipos de trabajo en las áreas

de gestión de demanda y GES; en atención ambulatoria para el programa cardiovascular y salud mental; un equipo para salud infantil y un equipo para salud de la mujer, con quienes hicimos análisis de sus datos de contexto, reprogramación de actividades por profesional , incluyendo actividades comunitarias de promoción y prevención, análisis de producción para reorganizar las funciones y la oferta de prestaciones, que para el caso de la atención de pacientes se dirigieron a quienes más necesitaban clínicamente y por riesgo de vulnerabilidad. Lo mismo hicimos con el equipo gestor que estaba originalmente conformado por cerca de 20 personas para quedar en 10, que corresponde a los encargados de procesos claves (subdirectora médica, matrona coordinadora, enfermera coordinadora, jefe de gestión de demanda, encargada de estadística, encargada de calidad, jefa de Farmacia, subdirectora administrativa, encargada del programa alimentario, además del director).

La reorganización de los equipos, la claridad de las funciones y la responsabilidad de jefaturas impactó positivamente en el clima laboral y en la gobernanza, lo que se tradujo en una tendencia a la baja permanente en el ausentismo por LM, hasta 8 puntos menos de tasa al segundo año, lo propio con denuncias por maltrato y sobrecarga laboral. Levantamos y formalizamos la brecha de recurso humano, lo que en el transcurso del tiempo se ha ido resolviendo de manera priorizada con cargos específicos.

En lo relativo a infraestructura se ejecutaron proyectos para la normalización de áreas críticas como la central de alimentación, farmacia y la central de esterilización; además de la ejecución de otras obras de reparaciones y mantenciones. Se adecuaron salas de espera y redistribuyeron espacios para implementar box de atención. Todo en coordinación y con el apoyo de la dirección de servicio de salud.

Postpandemia correspondía retomar el trabajo de calidad para asegurar procesos, evidencias y la presentación para a la evaluación con la entidad acreditadora. Levantamos un diagnóstico del estado de las características y de los indicadores; nos reunimos con las y los jefes de áreas y fuimos resolviendo las brechas identificadas. En marzo del 2023 el cumplimiento alcanzaba el 75%, en marzo de 2024 según nuestra autoevaluación alcanzábamos el 90%. En septiembre de 2024 nos presentamos ante la empresa acreditadora, en junio de 2025 el Hospital fue informado por la Superintendencia de Salud de un cumplimiento

del 94% lo que obligó a elaborar un plan de corrección para el 1% que presentó observaciones (Resultado: Hospital en situación de ser acreditado con observaciones).

En el 2023 la producción asistencial creció un 30% respecto del 2022 y duplicó la producción prepandemia del 2019, hicimos más y distinto, lo que impactó en los indicadores de metas sanitarias; IAAPS; cumplimiento del GES, coberturas efectivas; acceso a la atención, entre otros. En la implementación del MAIS avanzamos del 35% al 54% de cumplimiento. También se implementaron estrategias que nacieron de iniciativas locales como atención farmacéutica en domicilio de pacientes analfabetos (en dupla con Terapia Ocupacional) y un policlínico de manejo del dolor que ha sido muy reconocido por los pacientes que acceden y que han dejado de ser policonsultantes y polifrecuentadores.

En la gestión administrativa y financiera, el equipo es escaso, por lo que desde subdirección administrativa se hace un gran esfuerzo por poner al día procesos contables; de abastecimiento y de soporte, esto en un escenario en que el presupuesto es siempre ajustado a lo operacional con poco o nulo margen para innovar, acentuado por el régimen estructural del proceso financiero desde el propio Ministerio.

Para construir una relación de coordinación integrada con el departamento de salud municipal, desde marzo de 2023, se iniciaron rondas de reuniones donde revisamos los convenios en ejecución, identificamos las instancias donde era posible la coordinación directa entre profesionales y acordamos acciones conjuntas en vacunatorio comunal; gestión de lista de espera y resolución de cirugía menor, además de laboratorio y esterilización para lo que había convenios previos. Trabajamos en la actualización del plan de salud comunal para el 2024 (PLASAM), lo que se replicó al año siguiente para el PLASAM 2025-2028 y participamos en conjunto de reuniones del territorio nodal, convocadas por el hospital de mediana complejidad (Hospital Nodo). En el 2024 presentamos en conjunto un proyecto de participación comunitaria, con el equipo de enfermería trabajamos actualmente en la conformación de la red de cuidados del paciente diabético, red de cuidados de heridas y con el equipo gestor la implementación de la estrategia de telesalud que impulsa el ministerio.

Respecto de la relación con la comunidad y los espacios de participación volvimos a conformar el consejo de desarrollo local del hospital (CODELO), con quienes nos reunimos una vez

al mes. También se conformó la comisión de evaluación de solicitudes ciudadanas. Como equipo hospitalario concurrimos a conversatorios con agrupaciones, juntas vecinales, comunidades rurales. Es lento el proceso de empoderamiento y de participación activa de la comunidad, por ello, es el equipo del hospital el que va empujando esa participación aun cuando los espacios están dados. Urge reconstruir un tejido social que posicione a la población como responsable primero de su bienestar y desde ahí movilice cambios en conjunto con las instituciones dispuestas para ello, en todos los sectores del Estado.

Aunque esto no es lo último que podría exponer, me parece que hasta aquí es un resumen que permite hacerse una idea del funcionamiento de los hospitales familiares y comunitarios, en cuanto a sus fortalezas, brechas y dificultades o al menos el de la experiencia que se describe.

CONCLUSIONES Y DESAFÍOS

El hospital familiar y comunitario es una instancia fundamental para el acceso a la atención de salud de población que reside en comunas con altas tasas de pobreza y carga de enfermedad. Puede parecer evidente que todo lo descrito es lo que tiene que ocurrir, pero en la práctica se objetiva que, sin claridad en el propósito, sin considerar contextos sociodemográficos y sanitarios los equipos hacen y resuelven la urgencia y la demanda espontánea. Es clave la conformación de equipos y la definición de procesos, desde esa perspectiva luego se hace más fácil identificar el error y enmendar. Es tarea de directivos y técnicos estar permanentemente observando y observándose, readecuando la organización y el hacer según sea la demanda objetivada, como un ejercicio de autocrítica, tal cual lo plantea Mario Testa en Pensar en Salud “La autocrítica tiene que mostrar todo eso y reflexionar sobre ello, en particular sobre la fuente de los errores cometidos —el desconocimiento de la historia que estaba transcurriendo—, para incitar a la conciencia social a tener cada vez más presente el hecho elemental de que nuestra cotidianidad es la materia permanente con que la historia construye el pasado, el presente y el futuro.” (Testa, 2020). No basta hacer más, sino también hacer distinto. Es labor de quien dirige identificar a las personas correctas y conformar equipo, el trabajo debe ser exigente y convocante, debe generar interés y para eso no basta con ocupar el cargo, es parte de la responsabilidad tener conocimiento sobre el asunto que se dirige y estar

permanentemente involucrado en los procesos. La gestión por procesos para la calidad asistencial considera indicadores de Estructura; proceso y resultado, esta debiera ser la forma de abordar el quehacer, asunto que empuja la acreditación de prestadores de salud que se lleva a cabo en Chile desde el 2012, a razón de la ley de reforma a la salud (Donabedian, 2001).

Por su parte la coordinación con los departamentos de salud no puede depender sólo de la disposición de los directivos, el ejercicio de complementariedad debe ser a todo evento y los equipos técnicos son los llamados a reforzar aquello. Lo propio con los representantes de la comunidad que primeramente deben encontrar un punto de equilibrio entre los intereses particulares y los generales para evitar la fragmentación y sumar esfuerzos e ideas para empujar cambios que les beneficien como población, no sólo individualmente. Para ambas cosas las direcciones de los servicio de salud tienen la tarea de ser convocante y movilizar estrategias que favorezcan lo referido.

Para dar respuesta a la demanda de salud de su población a cargo, de manera pertinente y coherente, los hospitales familiares y comunitarios deben asegurar el análisis de datos sociodemográficos, sanitarios y epidemiológicos. Si es necesario también se deben reforzar competencias en salud pública y lograr realizar una planificación y programación sanitaria en conjunto con los DSM. La planificación servirá para identificar la demanda y lo que se necesita para cruzarlo con lo que se cuenta, la oferta; en un contexto territorial específico que se debe conocer. Estos antecedentes son el argumento que se debe considerar para organizar el recurso existente y disponerse de manera prioritaria para quienes más lo necesiten, esto implica mirarse y remirarse permanentemente para reencaminar los esfuerzos y sumar a otros sectores del Estado a través de los gobiernos locales, para el abordaje integral de los problemas objetivados y que tendrán mayor impacto en la salud de las personas, que como principio fundamental será mejor mientras mejores sean sus condiciones de vida. En su artículo “Repensar en salud” Hugo Spinelli cita a otro autor indicando que “Los cuadros técnicos no saben que no saben, y entonces, hacen lo que saben”, al señalar cómo ese conocimiento específico que constituye la especialidad del profesional es insuficiente frente a la complejidad de lo social” (Spinelli, 2016), por eso es fundamental la adecuada orientación y evaluación de lo que se realiza, de lo contrario sólo seremos hacedores de cosas.

REFERENCIAS

- DIPRES. (2024). *Ley de Presupuesto para el sector público 2024*. Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-330063_doc_pdf.pdf
- Donabedian A. (2001). La Calidad de la Atención Médica. *Revista de Calidad Asistencial*, 16(1). <https://www.elsevier.es/es-revista-calidad-asistencial-256>
- García-Huidobro, D., Barros, X., Quiroz, A., Barría, M., Soto, G., & Vargas, I. (2018). Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>
- Ley N° 19.378. (1995, marzo 24). *Ley 19.378 Establece Estatutos de Atención Primaria de Salud Municipal*. <https://bcn.cl/3mcf9>
- Ley N° 19.937. (2004, febrero 24). *Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión*. <https://bcn.cl/2f7j5>
- MINSAL. (2005). *Modelo de Atención Integral en Salud*. Subsecretaría de Redes Asistenciales. <http://www.repositorydigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/623/1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- MINSAL. (2009). *Marco Referencial Hospitales de la Familia y la Comunidad*. Ministerio de Salud Chile. <http://www.repositorydigital.minsal.cl/handle/2015/893>
- MINSAL. (2015). *Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria*. Subsecretaría de Redes Asistenciales. <http://www.repositorydigital.minsal.cl/handle/2015/877>
- OCDE. (s. f.). *Tu Índice para una Vida Mejor*. Recuperado 20 de junio de 2025, de <https://www.oecdbetterlifeindex.org/es/topics/health/>
- OPS. (1978, septiembre 12). *Declaración de Alma-Ata*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documents/declaracion-alma-ata>
- Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: Programas y territorios. *Salud Colectiva*, 12(2), 149-171. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.976>
- Testa, M. (2020). *Pensar en salud* (1.a ed.). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937650>

Mi experiencia en la Pasantía Orientada a Especialidad de Psiquiatría en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso

Experience in the Specialty-Oriented Psychiatry Internship at Hospital Carlos Van Buren in Valparaíso

Nekul Andrés Llancaleo Bustos¹

RESUMEN

La Pasantía Orientada a Especialidad en Psiquiatría realizada en el Hospital Carlos Van Buren constituyó para mí una experiencia formativa y, a la vez, profundamente personal. La conexión familiar con Valparaíso otorgó un trasfondo emocional que enriqueció el proceso de aprendizaje clínico desarrollado junto al equipo de Psiquiatría de Adultos. La participación activa en reuniones interdisciplinarias, interconsultas y actividades docentes permitió comprender la complejidad del trabajo en salud mental y la relevancia del enfoque biopsicosocial en contextos hospitalarios exigentes. Asimismo, la pasantía reforzó la importancia del vínculo entre la atención primaria y la psiquiatría hospitalaria, ampliando mi perspectiva sobre el curso de las enfermedades psiquiátricas y las intervenciones oportunas en cada etapa del cuidado. Esta experiencia consolidó competencias clínicas y humanas, reafirmando la necesidad de presencia, escucha y humildad en el ejercicio profesional, y fortaleció mi compromiso con la salud mental al retornar a APS.

Palabras clave: Pasantía, Psiquiatría, Atención Primaria de Salud, APS, Psiquiatría de enlace, Formación Médica, Salud Mental, Interdisciplinariedad, Experiencia Formativa, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

ABSTRACT

The Specialty-Oriented Psychiatry Internship at Hospital Carlos Van Buren was both a formative and deeply personal experience. My family connection to Valparaíso provided an emotional backdrop that enriched the clinical learning process undertaken with the Adult Psychiatry team. Active participation in interdisciplinary meetings, consults, and teaching activities allowed me to appreciate the complexity of mental health care and the importance of a biopsychosocial approach within demanding hospital settings. The internship also strengthened the link between primary care and hospital-based psychiatry, broadening my understanding of the trajectory of psychiatric conditions and the timely interventions required at each stage of care. This experience enhanced both clinical and human competencies, highlighting the value of presence, attentive listening, and humility in medical practice, and reinforced my commitment to mental health upon returning to primary care.

Keywords: Internship, Psychiatry, Primary Health Care, PHC, Liaison Psychiatry, Medical Training, Mental Health, Interdisciplinarity, Training Experience, Carlos Van Buren Hospital, Valparaíso.

Realizar mi Pasantía Orientada a Especialidad (POE. Antes conocida como “mes por año”) en Psiquiatría, en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso no fue una casualidad, sino, una experiencia que desde el

¹ Médico en Etapa de Destinación en CESFAM Piedra del Águila, Angol.



Reunión interdisciplinaria.

inicio estuvo marcada por un componente personal importante. No crecí en Valparaíso, sino mucho más al sur, en la costa de la Araucanía, en Puerto Saavedra, pero desde siempre he sentido una conexión especial con esta ciudad, dado que mi abuelito Mario, orgulloso playanchino, vivió gran parte de su vida aquí, formó familia con mi abuelita Olga, y tuvo hijos, entre ellos mi madre Cristina, quien dio sus primeros pasos entre cerros, hasta que la familia debiera mudarse, a sus cortos 4 años. En sobremesas de infancia, reuniones familiares, y en el relato vivo y constante de mi abuelo se describían los detalles de una ciudad caóticamente hermosa, de calles inclinadas, y de casas coloridas y estrechas. Valparaíso era, para mí, un espacio emocional construido a través de voces queridas. Por eso, realizar mi pasantía en el Hospital Carlos Van Buren significó no solo un avance formativo, sino también una experiencia íntima: acercarme, desde mi rol profesional, a un territorio que forma parte del relato de quienes me precedieron.

Mi incorporación fue a la Unidad de Salud Mental, que agrupa a los equipos de Psiquiatría de Adultos e Infantojuvenil, y al Policlínico de Identidad de Género, aunque mi pasantía sucedió primordialmente junto al equipo de Psiquiatría de Adultos. Los profesionales de este equipo se articulan en dos áreas principales, la psiquiatría de enlace (con urgencias y con otros servicios)

y la Unidad de Hospitalizados de Salud Mental Adulto (UHSMA). Desde el primer día noté en el equipo el profesionalismo, la calidez, y el compromiso que, en mi opinión, se hace más valioso precisamente porque surge en un contexto exigente. Como ocurre en muchos servicios públicos del país, existen tensiones estructurales, necesidades no resueltas y desafíos que no dependen del entusiasmo de quienes trabajan allí. El equipo me recibió con una calidez sencilla, sin formalismos innecesarios, y con una disposición genuina a integrarme a un médico en formación dentro de su dinámica diaria. Esa actitud marcó el tono de toda la experiencia y fue muy enriquecedor el discutir casos, repasar temas, pero además reír o malhumorarse en conjunto frente a las situaciones del día a día.

Dentro de las instancias que más impacto formativo tuvieron están las reuniones interdisciplinarias. Escuchar cómo la psicóloga analiza los patrones emocionales y afectivos, cómo la trabajadora social reconstruye la red o la fragilidad del entorno, cómo la terapeuta ocupacional visualiza la funcionalidad y la autonomía, y cómo las psiquiatras integran todos estos elementos para orientar decisiones clínicas, fue una verdadera lección de complejidad. Participar, sacar la voz, presentar mis puntos de vista, recibir retroalimentación y aprender de ello es lo que hoy me llevo, pues ese diálogo colectivo, en ocasiones breve y

pragmático, en otras, profundo y cargado de interpretaciones, mostró cómo la recuperación en salud mental es un trabajo continuo que ocurre en las intersecciones: entre síntomas y biografías, pronósticos y redes, entre riesgo y dignidad.

El trabajo junto al psiquiatra de enlace, Dr. Herman, fue también el descubrimiento de una labor fundamental. El recorrer servicios como medicina, cirugía o urgencias, y atender las interconsultas me hizo observar y experimentar cómo es que la salud mental se manifiesta en los múltiples escenarios de un hospital. Me hizo entender la psiquiatría de enlace como puente, unión entre la enfermedad física y el sufrimiento emocional, y en cada evaluación, una invitación a ir calibrando y refinando la mirada, sobre qué significa para un paciente enterarse de que tiene una patología grave, cómo afectan el miedo o la incertidumbre en su dolor, o cómo la soledad y el abandono incrementan aún más la carga de una hospitalización prolongada. Aprendí a poner especial atención en estos espacios, a realmente escuchar, y a acompañar, no solo respondiendo dudas o aclarando síntomas, sino desde el entendimiento profundo del entramado de significados que sostienen la experiencia de enfermedad de cada paciente.

Muy interesante fue que durante la pasantía se me invitó a participar de algunas clases dirigidas a internos y otras dirigidas a estudiantes de pregrado, de segundo y cuarto año. Con distintos temas y enfoques pude presenciar el interés docente de quien fue mi tutor formalmente, el Dr. Ignacio, y su afán por inculcarles, primeramente, la humanidad en su abordaje y entrevista clínica a quienes se forman en este arte y ciencia que es la medicina. Me gustaría que, en un futuro las POE contaran formalmente con instancias de este tipo, seminarios y/o recursos educativos, situación que no es nada extraña pues hospitales universitarios de NYU y Harvard contemplan educational stipends, un aporte específico para que pasantes puedan adquirir libros o asistir a seminarios especializados, durante prácticas clínicas. Sigue lo mismo con el programa Erasmus en Europa, y otros programas internacionales de Latinoamérica y el resto del mundo.

El vínculo entre APS y la psiquiatría hospitalaria, es otro aspecto que esta pasantía me permite reflexionar. Dado que mi desempeño habitual es en un CESFAM, estoy familiarizado con ver casos que representan efectos acumulados de condiciones que en el hospital se experimentan de manera

aguda y, casi siempre, de forma más crítica. Esta perspectiva amplía mi visión sobre el curso de las enfermedades psiquiátricas, y las intervenciones oportunas y necesarias en cada una de sus etapas, lo que sin duda genera una comprensión clínica más completa, y se transforma en algo muy valioso al retorno a mi lugar de desempeño habitual en mi comunidad.

Ahora, al mirar hacia atrás, percibo que esta pasantía no solo fortaleció mis competencias clínicas, sino que también transformó mi manera de situarme frente al sufrimiento humano. La psiquiatría, entre otras disciplinas médicas, exige estar muy presente. No solo con conocimientos, sino con disposición humana. Exige reconocer el valor del relato personal, de las pérdidas, de los miedos, de los silencios. Exige resistir la tentación de reducir la experiencia del paciente a un diagnóstico. Y, sobre todo, exige humildad. Espero mantener aquella virtud por mucho tiempo, para honrar y recordar cada cierto tiempo, a quienes durante este mes contribuyeron en mi formación. Ignacio, Herman, Cecilia, Javiera, Francisca, Daniel, Carlos, Ignacio, María Soledad, Alejandra, Kimberly, María José, Felipe, Catalina, Caterina, Karen, Valeria, María Elena, Emilia. Abraham, Yolanda, Elim, David, Rosa, Diego, María, y a todas las personas que, aunque no mencione aquí, hicieron que cada día valiera la pena.

Valparaíso, con su irregular geografía, sus impredecibles vistas y su accidentada belleza, se convirtió en una metáfora constante durante mi pasantía. Tal como esta ciudad, la psiquiatría nos recuerda que el orden y el caos conviven, que la historia personal deja marcas profundas, y que lo importante no es la perfección, sino la capacidad de sostener, acompañar y reconstruir.

Al finalizar esta experiencia, siento que cierro un círculo que no sabía que estaba abierto. Aprendí de un equipo comprometido y generoso, incluso en tiempos difíciles. Crecí profesionalmente y, sobre todo, humanamente. Espero que mis colegas EDF, pasantes de otras especialidades o de otros hospitales, hayan aprovechado y disfrutado esta oportunidad tanto como yo.

Regreso a APS con una mirada más amplia y más sensible, llevando conmigo todo lo aprendido. Y también con una nueva relación con esta ciudad que, de manera silenciosa y persistente, siguió acompañando mi historia familiar durante décadas y hoy se incorpora plenamente a la mía.

Cuadernos Botánico Sociales

Editorial

Cuando los Dioses olvidan los vegetales

Yuri Carvajal Baños
Mirtha Parada Valderrama¹

Nos preguntamos ¿Por qué Dios no subió vegetales al Arca? Es extraño que un pueblo agricultor adorara a un Dios que no adoraba a su vez a los vegetales. El mismo Dios de los sacrificios animales y humanos obvió a los vegetales de la salvación. Los árboles son un componente indispensable del paraíso y los frutos, clave en el destino humano de destierro.

Las hierbas también ocupan un lugar destacado en el reparto. Además, sabemos que algunas plantas se mencionan por su carácter simbólico en los textos bíblicos ¿Por qué entonces no subirlos al Arca de Noé? ¿Creía acaso que estaban a salvo del castigo? Pero él había diseñado diluvios que no respetan límites entre seres fotosintéticos y los que no lo son. Los vegetales -cuya rama vital es la señal de que ha cesado la catástrofe- deben pasar la dura prueba, pero afuera de la nave de protección. ¿Quedaron excluidos específicamente de este diluvio como su acto de benevolencia con respecto a seres que no le pesaba haber hecho? Deleita pensar esta posibilidad, pues entre los seres que lamenta haber creado menciona a la sierpe que tan mala fama tiene y al ganado. Este último ya sabemos, le debe haber producido mucho pesar vistas su capacidad de generación de metano -uno de los principales gases de efecto invernadero- y la deforestación asociada a los terrenos de pastoreo. Por no incluir caballares, herramientas indispensables para administrar (“gestionar”) el ganado. Coincidimos con Schopenhauer en que el cristianismo está más cerca del budismo que los otros monoteísmos. El cristianismo corona a Cristo con vegetales -espinudos eso sí- pero ciñendo la cabeza. La cruz de madera es también una presencia vegetal que otorga dignidad religiosa a un método de tortura. Los olivos e higueras son parte también de una valoración vegetal del Dios testamentario. Aunque, Noé y su familia debieron llevar suficiente comida vegetal para sobrevivir durante el tiempo que estuvieron en el arca, además de alimento para los animales. Así, probablemente llevaron legumbres, cereales y semillas vegetales, aunque la Biblia no especifica una lista detallada de vegetales en el arca. La instrucción fue más general sobre alimentos comestibles para humanos y animales (Génesis 6:21; Ezequiel 4:9). En América Latina toda la fuerza vegetal no puede quedar solo en manos de la razón pagana originaria. Pedimos al cristianismo que fortalezca su vocación vegetal.

Sabemos que los vegetales son imprescindibles, además de su impacto positivo en el medio ambiente, pues su producción genera menos emisiones de gases de efecto invernadero, usa menos recursos naturales y ayuda a conservar la biodiversidad y los ecosistemas. Las plantas son esenciales para la regulación del clima y la conservación del suelo, hoy nos preguntamos ¿Por qué los nuevos Dioses no han considerado los vegetales en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático de 2025? Es extraño que en la COP30 solo se hicieran declaraciones, sin aprobar una resolución oficial que mencione específicamente los vegetales como tema central. Lo cual genera preocupación por la insuficiente ambición del acuerdo final y la falta de acción directa sobre los factores que contribuyen a frenar el cambio climático.

Antropoceno, es también un Arca a la deriva, que espera una rama para la señal de su apertura.

¹ Editores Cuadernos Botánico Sociales. Correspondencia a: cms@colegiomedico.cl

Recolección y usos de plantas tradicionales en Paihuano: una caracterización etnobotánica

Collection and use of traditional plants in Paihuano:
an ethnobotanical characterization

Verónica León Araya¹

Milen Duarte²

Antonio Maldonado³

Halszka Paleczek⁴

Nat Jofré-Poblete⁵

Camila Viveros-Wyss⁶

RESUMEN

Este estudio se enmarca en el proyecto “Saberes y usos tradicionales de plantas silvestres en la comuna de Paihuano”, financiado por el Fondo del Patrimonio Cultural, Gobierno de Chile. Su objetivo fue caracterizar las zonas de recolección de plantas de uso tradicional en la comuna de Paihuano, región de Coquimbo, Chile. Para ello, durante el año 2022, se realizaron talleres con cultores y cultoras de la comuna de Paihuano, donde mediante la metodología de mapeos participativos y entrevistas etnobotánicas, se identificaron plantas de uso tradicional, sus sitios de recolección y sus usos.

Se identificaron 121 plantas, distribuidas en 41 sitios, destacando las zonas ribereñas con alta diversidad. Se documentaron catorce usos, de los cuales siete no habían sido reportados para el área de estudio. Destacan el uso medicinal y alimentario como los más frecuentes. Los resultados incrementaron en un 144,5% el listado previo de plantas utilizadas para distintas actividades humanas descrito en la literatura especializada, aunque se requieren estudios botánicos especializados para validar la taxonomía de las especies.

Los resultados del presente artículo aportan a la conservación y valorización del patrimonio natural y cultural, destacando la importancia del conocimiento local para conocer las plantas con usos tradicionales.

Palabras clave: saberes tradicionales, mapeo participativo, Valle de Elqui, plantas de usos tradicionales, patrimonio cultural.

ABSTRACT

This study is part of the project “Traditional knowledge and uses of wild plants in the commune of Paihuano”, financed by Fondo del Patrimonio Cultural, Gobierno de Chile. Its objective was to characterize

1 Bióloga ambiental, se desempeña como consultora freelance.

2 Bióloga ambiental y doctora en Ciencias con mención en Ecología y Biología Evolutiva por la Universidad de Chile. Es investigadora en el Instituto de Ecología y Biodiversidad y académica del Instituto de conservación, biodiversidad y territorio, Facultad de ciencias forestales y recursos naturales, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile. Correspondencia a: milen.duarte@uach.cl

3 Biólogo y es doctor en Ciencias con mención en Ecología y Biología Evolutiva por la Universidad de Chile. Se desempeña como investigador full-time en el Centro de Estudios Avanzados en Zonas Áridas (CEAZA) y como académico en la Universidad Católica del Norte.

4 Arqueóloga y magíster en Arqueología. Se desempeña como profesional en el Servicio Nacional del Patrimonio Cultural (ex Consejo de Monumentos Nacionales de Chile).

5 Antropóloga social y candidata a Doctor en Estudios interdisciplinarios sobre pensamiento, cultura y sociedad en la Universidad de Valparaíso (Chile). Se desempeña en una consultora que se dedica a conservación de naturaleza y realiza investigaciones de manera independiente.

6 Bióloga ambiental, se desempeña como consultora freelance.

the collection areas of plants of traditional use in the commune of Paihuano, Coquimbo Region, Chile. For this purpose, during the year 2022, workshops were conducted with people of the commune of Paihuano, where through the methodology of participatory mapping and ethnobotanical interviews, plants of traditional use were identified, their collection sites and their uses.

A total of 121 species were identified, distributed in 41 sites, highlighting the riparian zones with high diversity. Fourteen uses were documented, of which seven had not been reported for the study area. Medicinal and food uses were the most frequent. The results increased by 144.5% the previous list of plants used for different human activities described in the specialized literature. However, specialized botanical studies are required to validate the taxonomy of the species.

The results of this article contribute to the conservation and valorization of the natural and cultural heritage, highlighting the importance of local knowledge to learn about plants with traditional uses.

Keywords: traditional knowledge, participatory mapping, Elqui Valley, traditional use plants, cultural heritage.

INTRODUCCIÓN

La etnobotánica, como disciplina que estudia la relación dinámica entre las comunidades humanas y las plantas, integrando conocimientos antropológicos y botánicos para comprender los usos tradicionales de la flora en contextos culturales específicos (Balick & Cox, 2020; Morris, 1986). Esta interacción ha sido fundamental para la supervivencia de las sociedades, desde la alimentación y la medicina, hasta la construcción y prácticas espirituales (de Albuquerque y cols., 2007; Toledo, 2009). En Chile, la etnobotánica ha documentado sistemas de clasificación indígena y usos múltiples de especies en ecosistemas diversos, como los bosques del sur (Villagrán y cols., 1998) y las quebradas altiplánicas del norte (Villagrán y cols., 2003). Sin embargo, en la región de Coquimbo, y particularmente en la comuna de Paihuano, los estudios etnobotánicos son escasos, limitándose a aproximaciones bibliográficas (Viveros, 2020) y registros de plantas comestibles (Muñoz, 2018).

El mapeo participativo, o SIG participativo, se establece como una herramienta metodológica fundamental para la representación espacialmente explícita del conocimiento local sobre el entorno (Corbett & Keller, 2006). Esta técnica permite a

las comunidades documentar y georreferenciar elementos naturales, culturales y socioambientales mediante procesos colaborativos que integran saberes tradicionales con herramientas digitales (Quan y cols., 2001). El resultado es una representación visual del territorio que captura no solo recursos tangibles (ej. plantas medicinales), sino también valores intangibles como espacios sagrados e históricos, facilitando así la identificación de áreas, por ejemplo, de recolección etnobotánica y fortaleciendo la reappropriación cultural del patrimonio biocultural (McCall 2006).

El presente trabajo fue realizado en la comuna de Paihuano, región de Coquimbo. Esta comuna se encuentra en el Valle de Elqui, el que se caracteriza por su heterogeneidad geomorfológica y climática (Luebert & Pliscoff, 2006), y donde las comunidades locales han desarrollado un conocimiento profundo de la flora silvestre. Este saber, transmitido oralmente y amenazado por procesos como la migración campo-ciudad y actividades productivas a gran escala, requiere ser documentado para su preservación y valorización. La investigación buscó caracterizar las áreas de recolección de plantas de uso tradicional mediante mapeos participativos.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se desarrolló en la comuna de Paihuano (1.494,7 km²), caracterizada por climas de tundra y estepa fría de alta montaña, con vegetación dominante de matorrales mediterráneo-tropicales adaptados a condiciones semiáridas (Luebert & Pliscoff, 2006). La metodología combinó: (1) mapeos participativos y entrevistas etnobotánicas en talleres locales (Cochiguaz, Pisco Elqui, Quebrada de Paihuano, verano 2022) y su georeferenciación; (2) georreferenciación de puntos de recolección mediante QGIS 3.22.6; (3) delimitación de microcuencas hidrográficas usando GRASS con modelo digital de elevación (DEM); y (4) análisis cuantitativo de riqueza de plantas por sitio empleando RStudio.

Mapeos participativos, entrevistas etnobotánicas, digitalización y georreferenciación

Se realizaron tres talleres con cultoras y cultores locales en tres localidades de la comuna de Paihuano: Cochiguaz, Pisco Elqui y Quebrada de Paihuano. Los talleres se realizaron en enero del año 2022, en sedes vecinales de cada una de las localidades. En dichos talleres participaron cultoras y cultores locales, a quienes se les invitó mediante avisos divulgados tanto de manera presencial como virtual.

Los talleres se abordaron desde la metodología de mapeos participativos (Corbett & Keller, 2006), y entrevistas etnobotánicas mediante metodología de investigación-acción participativa. En cuanto a los mapeos, la cartografía de cada localidad se trabajó a escala 1:5.000. Cada persona trabajó con fichas plásticas, las que fueron utilizadas para marcar los sitios de recolección de plantas de uso tradicional en el mapa. En el proceso de selección de sitios, se fue registrando la identidad potencial de dichas plantas y los usos tradicionales. Se habló en términos de plantas y no de especies, pues si bien las cultoras y cultores fueron acordando a qué planta se referían, la identificación a nivel de especie requiere de estudios botánicos especializados. Tanto en relación a las plantas como sus usos, la conversación se realizó mediante consensos; y en los casos donde no fue posible un consenso, las plantas o usos fueron registrados. En cuanto a la investigación acción- participativa, esta metodología permitió crear vínculos virtuosos de reflexión, diálogo y acción entre actores, permitiendo así registrar información sobre usos y saberes, a la vez de que la propia comunidad se comprometiera con el desarrollo de los objetivos del taller (Durston & Miranda 2002). Para la visualización de los datos de plantas y sus usos, se utilizó la herramienta ethnobotanyR en R (Whitney y col. 2022).

Los talleres tuvieron tres momentos: el primero consistió en una breve explicación sobre el objetivo del taller y su metodología; el segundo se centró en la identificación de zonas de recolección, así como de las plantas recolectadas y sus usos; y el tercero, apuntó a un espacio de opiniones y reflexiones del taller. Cabe destacar que fueron consideradas todas las plantas con usos tradicionales, sean nativas como introducidas.

En cuanto a la digitalización y georreferenciación, se revisaron fotografías y transcripciones de los mapeos participativos realizados en Cochiguaz, Pisco Elqui y Quebrada de Paihuano, registrando cada especie mencionada por las y los participantes mediante su nombre común. Los puntos de recolección fueron digitalizados en QGIS 3.22.6, asignando coordenadas mediante la calculadora de campos y la herramienta de georreferenciación de dicha aplicación, generando un listado completo de plantas clasificadas por forma de vida (herbas, arbustos, árboles, etc.).

Delimitación de unidades geomorfológicas

Mediante el módulo GRASS de QGIS, se procesó un modelo digital de elevación (DEM) de IDE Chile para delimitar microcuencas hidrográficas.

Se aplicaron funciones de hidrología (`r.fill.dir`, `r.watershed`) con un umbral mínimo de 5000 celdas, transformando los resultados raster a vectorial (`r.to.vect.area`). Posteriormente, se generó un buffer de 80 m en ríos principales, subdividido por intersecciones con quebradas afluentes, y se definieron polígonos de sitios mediante herramientas de geometría (monoparte) y georreferenciación de puntos de fogeo.

Evaluación de riqueza y cartografía

Para caracterizar la riqueza de plantas por sitio, se procesaron los datos en RStudio (RStudio Team, 2022) mediante un flujo analítico estandarizado: (1) conversión de capas shapefile a formato CSV; (2) transformación de la matriz de datos usando la librería `tidyverse` (comando `spread`) para organizar plantas en filas y sitios en columnas; y (3) cálculo de riqueza específica con la función `rowsum`. La visualización espacial se implementó en QGIS mediante unión de tablas (`join`) entre los valores de riqueza y la capa vectorial de sitios, simbolizando resultados con clasificación graduada en 5 clases. Finalmente, el diseño cartográfico en el módulo composición de impresión de QGIS generó tres mapas temáticos: distribución de puntos de recolección, ubicación de sitios y riqueza por subcuenca (Cochiguaz, Pisco Elqui, Paihuano).

Validación con literatura

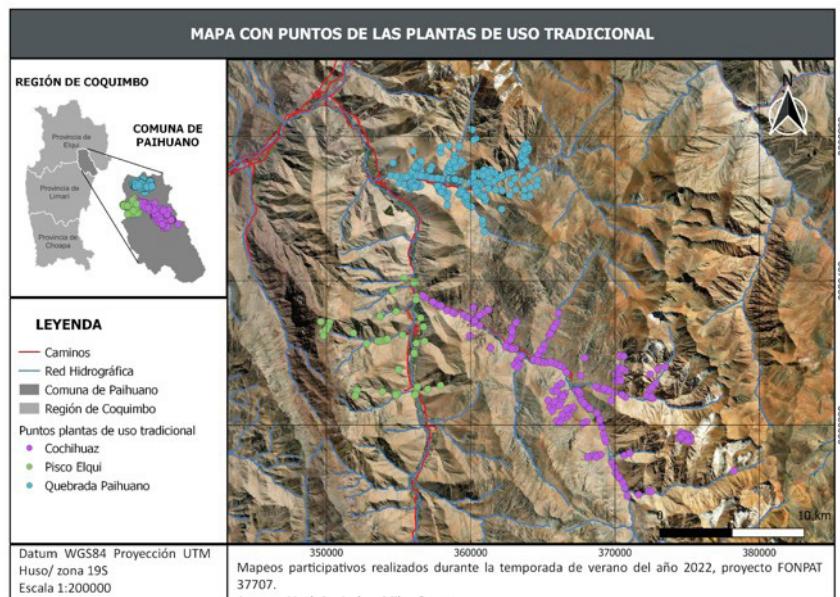
El listado de plantas obtenido se comparó con el inventario bibliográfico de especies potenciales de Viveros (2020), mediante tablas de presencia/ausencia cuantificando el porcentaje de nuevas plantas registradas y aquellas documentadas previamente pero no mencionadas en terreno, identificando posibles vacíos de conocimiento o cambios en los usos. Además, se evaluaron los usos que dicho inventario registró en relación con las plantas identificadas en los talleres del presente estudio.

RESULTADOS

Los talleres se realizaron durante el mes de marzo del 2022, en los cuales participaron 24 personas en total. De ellas, 11 asistieron al taller de Cochiguaz realizado el 29.03, 8 al taller de Quebrada Paihuano del 30.03. y 5 al taller de Pisco Elqui del 28.03.

La delimitación de las unidades geomorfológicas mostró tres subcuencas, las que fueron delimitadas a escala de microcuenca y quebrada para

Figura 1: Ubicación geográfica de puntos donde fueron registradas zonas de recolección y las plantas identificadas según su nombre común en los mapeos participativos. Las zonas que fueron mapeadas son Cochiguaz (morado), Pisco Elqui (verde) y Quebrada Paihuano (celeste).



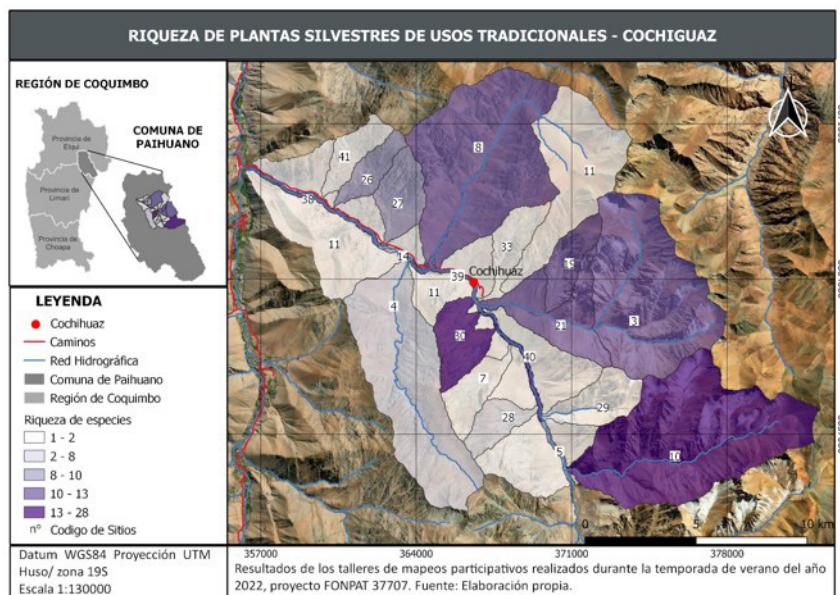
Fuente: *Elaboración propia.*

facilitar los talleres con cultores y cultoras. La identificación de puntos de recolección muestra una distribución de 502 puntos en las tres subcuenca (Figura 1).

El estudio reveló una notable diversidad de plantas en Paihuano, donde durante los talleres se

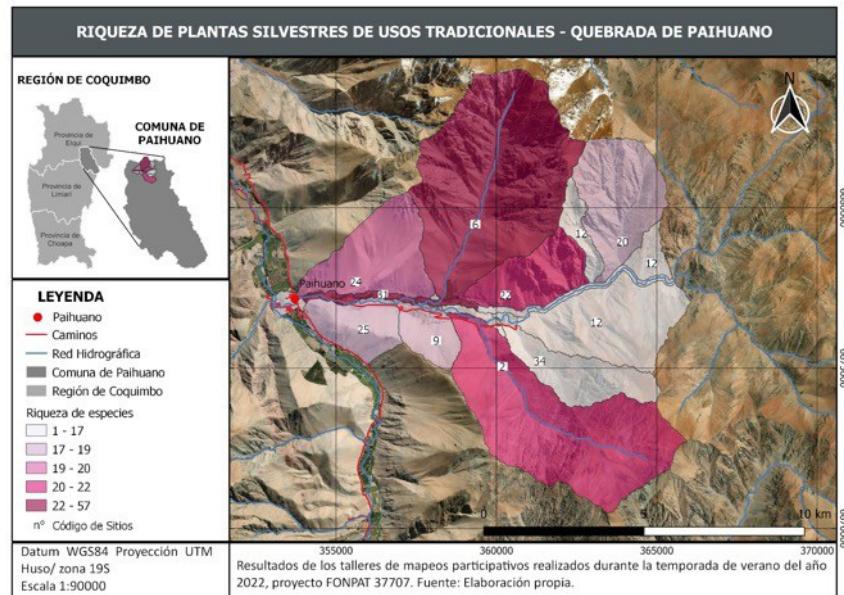
nombraron 121 plantas recolectadas por sus usos tradicionales distribuidas, en 41 sitios de recolección delimitados por microcuenca o quebradas, y distribuidos en la subcuenca de Cochiguaz (Figura 2), Quebrada Paihuano (Figura 3), y Pisco Elqui (Figura 4).

Figura 2: Riqueza de plantas silvestres de usos tradicionales por cada microcuenca o quebradas, en la subcuenca de Cochiguaz. La riqueza de plantas se muestra en un gradiente de blanco a morado, mientras que las microcuenca o quebradas poseen un número identificador.



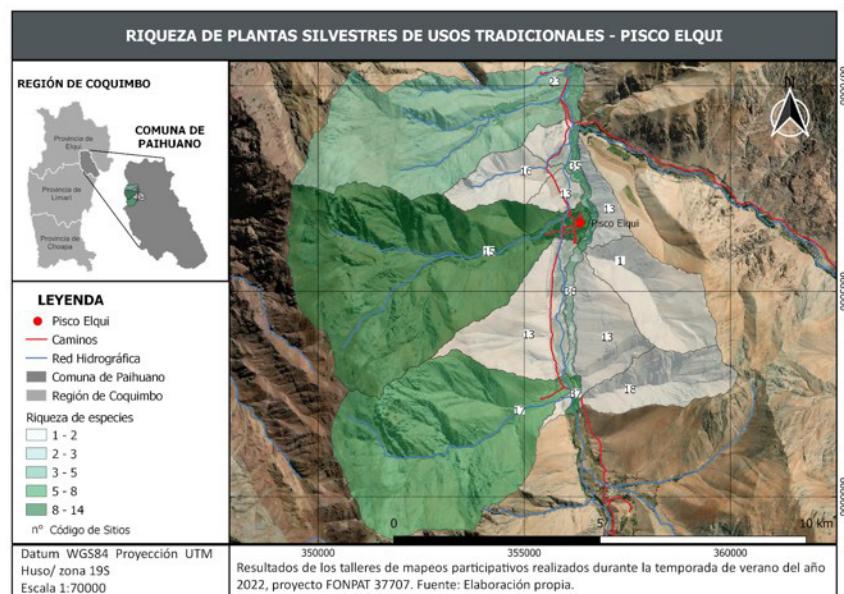
Fuente: *Elaboración propia.*

Figura 3: Riqueza de plantas silvestres de usos tradicionales por cada sitio en la subcuenca de Quebrada Paihuano. La riqueza de plantas se muestra en un gradiente de blanco a rosa oscuro, mientras que las microcuenca o quebradas poseen un número identificador.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 4: Riqueza acumulada de plantas silvestres de usos tradicionales por cada sitio en la subcuenca de Pisco Elqui. La riqueza de plantas se muestra en un gradiente de blanco a verde, mientras que las microcuenca o quebradas poseen un número identificador.



Fuente: Elaboración propia.

Los mapas de riqueza acumulada de plantas de uso tradicional destacan que en Cochiguaz (Figura 2) el sector de El Colorado (28 plantas) y El Trozo (25 plantas) concentran la máxima diversidad; en Quebrada Paihuano (Figura 3) lo hace la quebrada El Chañar (57 plantas); y en Pisco Elqui (Figura 4), lo es la quebrada La Greda (14 plantas). Dichos

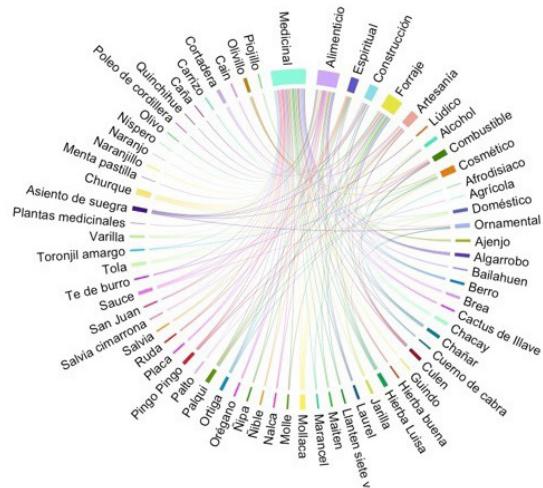
mapas muestran que las zonas ribereñas albergan la mayor riqueza de plantas, destacándose como lugares de alta diversidad de plantas con importancia cultural.

La caracterización ecológica muestra que las herbáceas dominan el espectro de formas de vida (47.1%, 57 plantas, ver Nota), seguidas por

arbustos (33.6%, 39 plantas, ver Nota) y árboles (16.8%, 20 plantas, ver Nota), reflejando la cobertura de la flora al ambiente semiárido. Un grupo reducido de plantas (*nipa*, *palqui*, *toronjil amargo*, *molle*, *pingo pingo*, *sanguinaria*, *algarrobo*, *varilla brava*, *chañar*, *romero de la tierra*, *coronilla*, *espino*, *lengua de vaca variedad 1*, *lengua de vaca variedad 2*, *olivillo*, *pacul*, *varilla*, *doradilla* y *lengua de gallina*) demostró amplia distribución, siendo recolectadas en más de 20 sitios diferentes, mientras que más del 40% de las plantas presentaron una distribución restringida (ver Nota). En relación a su representación en las tres subcuenca, un 52.5% de las plantas fueron nombradas tanto en Cochiguaz como Pisco Elqui, un 47.5% tanto en Pisco Elqui como en Quebrada Paihuano, y un 32.8% tanto en Cochiguaz como en Quebrada Paihuano (ver Nota).

En cuanto a los usos, fueron nombrados 14 usos tradicionales (Figura 5; ver Nota): medicinal, alimenticio, espiritual, construcción, forraje, artesanía, lúdico, como alcohol, combustible, cosmético, afrodisíaco, agrícola, doméstico y ornamental. Cabe destacar algunas distinciones notables como forraje de uso agrícola, pues algunas plantas son usadas como cercos entre los parches agrícolas (por ejemplo el sauce); ornamental de artesanía, pues algunas plantas se utilizan sólo en hogares pero no con fines comerciales (por ejemplo el chañar); doméstico de ornamental, ya que algunas plantas se usan en actividades domésticas como escoba (como el caso de la varilla). Los usos más comunes fueron el medicinal (107 plantas) y alimentario (24 plantas). Cabe destacar que 68 plantas solo fueron descritas como de uso medicinal, por lo que fueron agrupadas en “plantas medicinales” (Figura 5).

Figura 5: Plantas nombradas en los talleres de cultoras y cultores y los usos mencionados para cada una de ellas. El tamaño de las barras circulares, indica la cantidad de plantas asociadas a cada uso, y en el caso de las plantas, la cantidad de usos atribuidos a cada una de ellas.



Fuente: Elaboración propia.

La comparación con el estudio previo de Viveros 2020, compuesto por 74 plantas, evidenció que del total de plantas mencionadas en los talleres, 14 fueron también reportadas en dicho estudio y asociadas a la evaluación de potenciales usos tradicionales (ver Nota). En dicho cruce de información, fueron identificados 10 usos tradicionales (medicinal, ornamental, alimentario, forrajeo, principio químico, maderero/construcción, combustible, artesanal, conservación de suelos, apícola; ver Nota). Destacan siete usos mencionados en las entrevistas botánicas y que no habían sido registrados previamente: espiritual, lúdico, como alcohol, cosmético, afrodisíaco,

agrícola, y doméstico. En cuanto a las plantas nombradas, el estudio mediante talleres con cultoras y cultores mostró un incremento del 64,86% en relación a la cantidad de plantas documentadas previamente (ver Nota), y aumentó el número de plantas nombradas o potenciales según la bibliografía a 182 (ver Nota).

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio representan un avance en el conocimiento botánico de Paihuano, al integrar por primera vez una caracterización espacial explícita de los sitios de recolección a partir

de un estudio etnobotánica basado en el conocimiento tradicional local, así como las plantas asociadas a dichos sitios. El registro de 121 plantas, incluyendo 108 no registradas previamente, evidencia la importancia de los enfoques participativos para documentar la diversidad biocultural en zonas áridas. Este incremento en el registro de plantas resalta que el no incorporar la perspectiva territorial de las comunidades pueden subestimar la riqueza de plantas (Corbett & Keller, 2006).

Las limitaciones del estudio, sin embargo, revelan desafíos críticos. La dependencia exclusiva de nombres comunes en los mapeos participativos introduce incertidumbres taxonómicas que futuros estudios deberán resolver mediante trabajo botánico de campo. Si bien esta metodología captura el conocimiento botánico local, genera incertidumbres en tres niveles: riesgos de sinonimia (ej. “lengua de vaca” para múltiples plantas), no permite corroborar entre subcuenca la potencial diferenciación entre plantas, y una discrepancia con la literatura previa, lo que dificulta la discusión y conclusiones asociadas a los resultados. Sin embargo, destaca que si bien el trabajo botánico riguroso está ausente en este estudio, el número de plantas nombradas en los talleres da cuenta de una rica diversidad no capturada en estudios previos. Aunque valioso para documentar percepción cultural, este enfoque requiere validación con muestras botánicas y claves taxonómicas (Balick & Cox, 2020) para evitar sobreexplotación de taxones ambiguos.

Los mapas de riqueza de plantas ofrecen una mirada del paisaje que podría permitir desarrollar herramientas prácticas para diseñar corredores de conservación biocultural, priorizar investigación en especies de distribución restringida e implementar estrategias de educación ambiental basadas en el patrimonio local, estableciendo un precedente metodológico al demostrar cómo los SIG participativos integrados con saberes tradicionales revelan patrones espaciales clave para la gestión sostenible de los territorios.

CONCLUSIONES

1. Los mapeos participativos y entrevistas etnobotánicas, son herramientas poderosas para documentar conocimientos sobre las plantas. Aunque se requieren estudios botánicos rigurosos que complementen el conocimiento local.
2. Las microcuenca de Paihuano albergan alta diversidad de plantas de usos tradicionales, con énfasis en zonas ribereñas.

3. El estudio amplía el listado local de plantas de uso tradicional, subrayando la necesidad de integrar enfoques científicos y tradicionales.
4. El estudio amplía el conocimiento sobre los usos tradicionales de las plantas, incorporando siete nuevos usos que no habían sido reportados previamente para el área de estudio.

Nota: los datos mencionados en el artículo, pueden ser solicitados al correo milen.duarte@uach.cl o bien milenduartem@gmail.com.

REFERENCIAS

- Corbett, J., & Keller, p. (2006). Using community information systems to communicate traditional knowledge embedded in the landscape. *Participatory Learning and Action*, 54(1), 21-27
- Balick, M. J., & Cox, P. A. (2020). Plants, people, and culture: The science of ethnobotany (2^a ed.). Garland Science.
- De Albuquerque, U. P., De Medeiros, P. M., De Almeida, A. L. S., Monteiro, J. M., Neto, E. M. D. F. L., De Melo, J. G., & Dos Santos, J. P. (2007). Medicinal plants of the caatinga (semi-arid) vegetation of NE Brazil: A quantitative approach. *Journal of Ethnopharmacology*, 114(3), 325-354. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2007.08.017>
- Durston, J., & Miranda, F. (2002). Experiencias y metodología de la investigación participativa. Cepal.
- Instituto De Ecología Y Biodiversidad (IEB). (2023). *Guía de plantas de uso tradicional de la comuna de Paihuano*. Corporación Instituto de Ecología y Biodiversidad. <http://www.ceaza.cl/wp-content/uploads/2023/02/GUIA-DE-PLANTAS-DE-USO-TRADICIONAL-DE-LA-COMUNA-DE-PAIHUANO1.pdf>
- Luebert, F., & Pliscoff, P. (2006). Sinopsis bioclimática y vegetacional de Chile. Editorial Universitaria.
- McCall, M. (2006). Precision for whom? Mapping ambiguity and certainty in (Participatory) GIS. *Participatory Learning and Action*, 54(1), 114-119.
- Morris, B. (1986). Herbalism and divination in southern Malawi. *Social Science & Medicine*, 23(4), 367-377. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90351-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90351-X)

- Muñoz, E. A. J. (2018). Usos comunes de plantas comestibles en la región de Coquimbo, Chile. *Boletín Geográfico*, 2(40), 49-62.
- Quan, J., Oudwater, N., Pender, J., & Martin, A. (2001). GIS and participatory approaches in natural resources research. Technical Report. Natural Resources Institute, Chatham, UK.
- Toledo, B. A. (2009). Diversidad de usos, prácticas de recolección y diferencias según género y edad en el uso de plantas medicinales en Córdoba, Argentina. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 8(5), 389-401.
- Vidal, B. (2021). Priorización espacial para la conservación de servicios ecosistémicos, sobre la base de una valoración social y la dinámica de elementos del paisaje natural [Memoria de título]. Universidad de Chile.
- Villagrán, C. (1998). Etnobotánica indígena de los bosques de Chile: Sistema de clasificación de un recurso de uso múltiple. *Revista Chilena de Historia Natural*, 71, 245-268.
- Villagrán C., Romo M., & Castro V. (2003). Etnobotánica del sur de los Andes de la Primera Región de Chile: Un enlace entre las culturas altiplánicas y las de quebradas altas del Loa superior. *Chungará (Arica)*, 35(1), 73-124.
- Viveros C. (2020). Estudio etnobotánico de la comuna de Paihuano, Valle de Elqui: Una aproximación bibliográfica [Estudio bibliográfico]. Universidad de Chile / CEAZA.
- Whitney C. (2022). EthnobotanyR: Calculate Quantitative Ethnobotany Indices. R package version 0.1.9, <https://CRAN.R-project.org/package=ethnobotanyR>.

Plantas medicinales y cambio climático: un desafío para la salud y la biodiversidad

Medicinal plants and climate change: a challenge for health and biodiversity

Maité Rodríguez-Díaz¹

RESUMEN

Las plantas medicinales nos han acompañado desde tiempos remotos. Sus compuestos bioactivos, los llamados metabolitos secundarios son la base de remedios tradicionales y de muchos medicamentos modernos. Pero ¿qué ocurre con estas plantas en un planeta que se calienta rápidamente?

El cambio climático está impactando de manera significativa a las plantas medicinales, alterando la síntesis de metabolitos secundarios responsables de sus propiedades terapéuticas. Factores como el aumento de CO₂, la radiación ultravioleta, el estrés hídrico, la salinidad y las variaciones extremas de temperatura influyen en la cantidad y calidad de estos compuestos. Si bien algunos estresores incrementan la producción de flavonoides, aceites esenciales o alcaloides, otros la reducen, afectando la disponibilidad y eficacia de recursos fitoterapéuticos.

Un reciente artículo publicado en *Frontiers in Plant Science* ofrece una mirada detallada a cómo el cambio climático está modificando la manera en que las plantas producen estas sustancias terapéuticas.

Este artículo científico aborda los principales hallazgos recientes sobre la relación entre cambio climático y metabolismo secundario, destacando la urgencia de implementar estrategias de conservación, cultivo sostenible e investigación biotecnológica para garantizar la continuidad de estos recursos en beneficio de la salud pública.

Palabras clave: Cambio climático; Plantas medicinales; Metabolitos secundarios; Estrés ambiental; Fitoterapia.

ABSTRACT

Medicinal plants have been with us since ancient times. Their bioactive compounds, known as secondary metabolites, are the basis of traditional remedies and many modern medicines. But what happens to these plants on a rapidly warming planet?

Climate change is significantly impacting medicinal plants, altering the synthesis of secondary metabolites responsible for their therapeutic properties. Factors such as increased CO₂, ultraviolet radiation, water stress, salinity, and extreme temperature variations influence the quantity and quality of these compounds. While some stressors increase the production of flavonoids, essential oils, or alkaloids, others reduce it, affecting the availability and efficacy of phytotherapeutic resources.

A recent article published in *Frontiers in Plant Science* offers a detailed look at how climate change is modifying the way plants produce these therapeutic substances.

This scientific article addresses the main recent findings on the relationship between climate change and secondary metabolism, highlighting the urgency of implementing conservation strategies, sustainable cultivation and biotechnological research to ensure the continuity of these resources for the benefit of public health.

Keywords: Climate change; Medicinal plants; Secondary metabolites; Environmental stress; Phytotherapy.

¹ Doctora en Química Universidad de Chile. Jefa de carrera Química y Farmacia, Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile.
Correspondencia a: maiterd1974@gmail.com

METABOLITOS SECUNDARIOS: LA FARMACIA ÍNTIMA DE LAS PLANTAS

A diferencia de los nutrientes esenciales para la vida vegetal, los metabolitos secundarios no son indispensables para crecer o reproducirse, pero sí ayudan a las plantas a sobrevivir frente a amenazas como sequías, radiación UV, plagas o temperaturas extremas. Algunos ejemplos:

- Flavonoides: antioxidantes y pigmentos protectores.
- Alcaloides: compuestos con actividad farmacológica (como morfina, vincristina).
- Terpenos y aceites esenciales: sustancias aromáticas con múltiples usos medicinales.
- Fenoles: potentes antioxidantes naturales.

Estos compuestos son, justamente, los responsables de muchas propiedades terapéuticas que aprovechamos en fitoterapia.

EL CLIMA CAMBIA, LAS PLANTAS RESPONDEN

El artículo destaca que los factores asociados al cambio climático —aumento de CO₂, temperaturas extremas, radiación UV, sequías y salinidad— afectan profundamente la producción de metabolitos secundarios.

Pero sus efectos no son uniformes: algunas sustancias aumentan, otras disminuyen, y todo depende de la especie, el tipo de estrés y su duración. Figura 1

1. Más CO₂: ¿más medicamentos naturales?

En muchos casos, niveles elevados de dióxido de carbono estimulan la producción de ciertos metabolitos. Por ejemplo:

- *Mentha piperita* y *Ocimum basilicum* aumentan su contenido de flavonoides y aceites esenciales.
- Plantas del género *Papaver* incrementan alcaloides como morfina o codeína.

Esto se explica porque el aumento del CO₂ mejora la fotosíntesis y la disponibilidad de carbono, materia prima para fabricar metabolitos.

2. El estrés por ozono: una alarma química

El ozono troposférico —un contaminante atmosférico— activa rutas de defensa en las plantas, aumentando fenoles, flavonoides y compuestos

antioxidantes. Sin embargo, en algunas especies disminuyen ciertos metabolitos esenciales, alterando su valor medicinal.

3. Radiación UV-B: plantas más “defensivas”

La radiación UV-B puede dañar ADN y proteínas, pero las plantas responden aumentando pigmentos protectores como flavonoides y antocianinas.

Esto significa que plantas como *Withania somnifera* ((ashwagandha) o *Prunella vulgaris* (consuelo menor) pueden volverse más ricas en compuestos antioxidantes bajo radiación intensa.

4. Calor y frío extremos: respuestas impredecibles

- El calor puede aumentar algunos compuestos (compuestos fenólicos) pero reducir otros, como los flavonoides en algunas especies.
- El frío estimula la acumulación de metabolitos como withanolídos, flavonoides o aceites esenciales, aunque también puede disminuir otros dependiendo de la planta.

5. Sequía: una paradoja productiva

El déficit hídrico suele aumentar terpenos, alcaloides y fenoles, porque las plantas activan mecanismos de defensa ante el estrés. Pero si la sequía es muy prolongada, la producción decae al reducirse drásticamente el crecimiento vegetal.

Es decir: un poco de estrés puede mejorar la potencia medicinal, pero demasiado la destruye.

6. Salinidad: un estrés con efectos mixtos

La sal en el suelo altera la fisiología de la planta y afecta la producción de metabolitos:

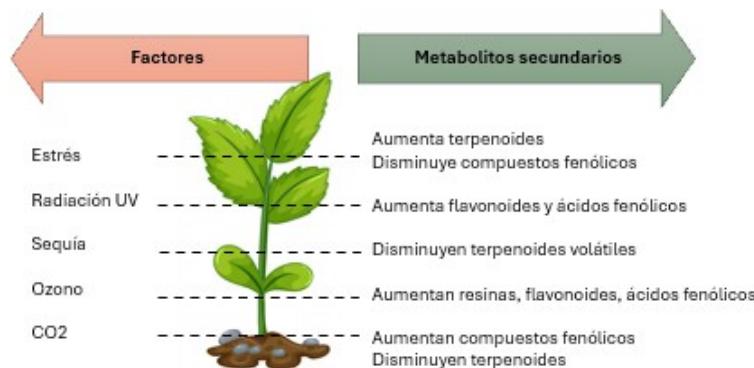
- En algunas especies aumentan alcaloides, flavonoides y fenoles.
- En otras disminuyen aceites esenciales o compuestos aromáticos clave.

¿Por qué importa este tema en el ámbito de la Fitoterapia?

Porque estos cambios no solo afectan a la planta en la naturaleza:

- Modifican la calidad de las materias primas para medicamentos herbarios.
- Cambian la potencia terapéutica de extractos, aceites y principios activos.

Figura 1: Representación esquemática que muestra el impacto de diferentes estreses abióticos (p. ej., sequía, temperaturas extremas, niveles elevados de CO₂, ozono, UV-B) en la producción de diversos metabolitos secundarios de las plantas.



- Pueden afectar la seguridad, ya que algunos metabolitos tóxicos también cambian con el estrés.
- Alteran la disponibilidad de especies medicinales en ecosistemas vulnerables.

Los autores advierten que muchas plantas medicinales (especialmente las de alta montaña o zonas áridas) ya muestran cambios visibles en crecimiento, floración y composición química debido a las alteraciones del clima.

Hacia una nueva era en la fitoterapia: adaptación y monitoreo

El artículo enfatiza la necesidad de:

- Conservar especies amenazadas tanto en su hábitat natural como en bancos de germoplasma.
- Monitorear la calidad química de materias primas vegetales frente al cambio climático.
- Promover cultivos sustentables de plantas medicinales adaptadas a nuevos climas.
- Usar herramientas ómicas (genómica, metabolómica, transcriptómica) para comprender y manipular la síntesis de metabolitos.

Estas acciones permitirán mantener la eficacia y seguridad de los recursos medicinales en un clima cambiante.

Plantas medicinales y cambio climático: un desafío para la salud y la biodiversidad

Además de afectar la salud de las plantas, estos

cambios repercuten en la calidad y disponibilidad de medicamentos naturales utilizados en la fitoterapia y en la industria farmacéutica. Muchas comunidades rurales y pueblos originarios dependen de estas especies como parte de su atención primaria de salud, lo que refuerza la urgencia de protegerlas frente a la crisis climática.

Los investigadores señalan que es necesario avanzar en estrategias de conservación y cultivo sostenible, así como en el uso de biotecnología para comprender los mecanismos genéticos y epigenéticos que regulan la síntesis de metabolitos secundarios. Solo así será posible garantizar que los beneficios de las plantas medicinales continúen disponibles para las futuras generaciones.

En conclusión, el cambio climático no solo amenaza la biodiversidad, sino también la farmacia natural de la humanidad. La investigación y protección de las plantas medicinales deben ser una prioridad de salud pública y ambiental.

REFERENCIAS

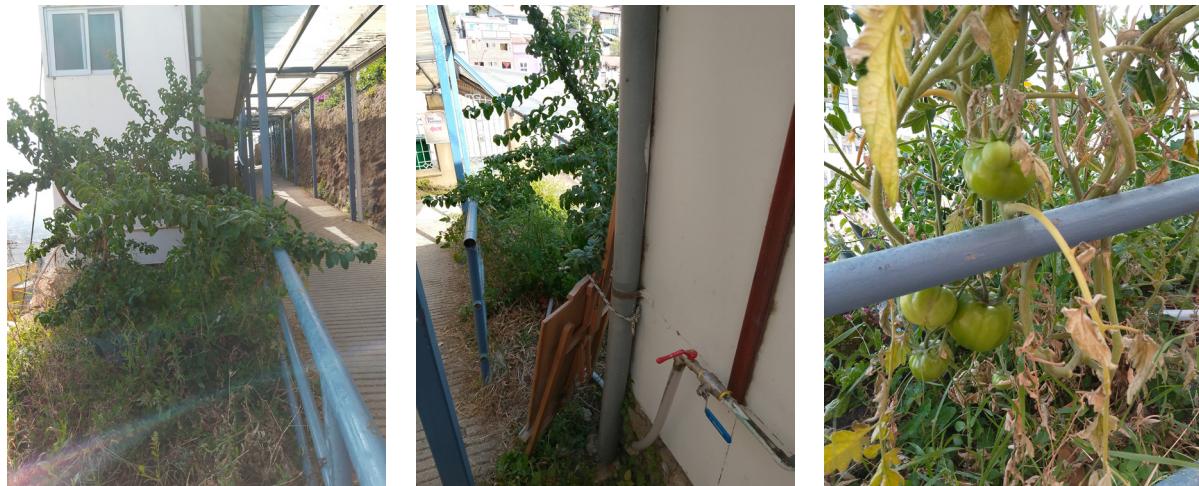
- Jangpangi, D., Patni, B., Chandola, V., & Chandra, S. (2025) Medicinal plants in a changing climate: understanding the links between environmental stress and secondary metabolite synthesis. *Frontiers in Plant Science*, 16, 1587337. <https://doi.org/10.3389/fpls.2025.1587337>
- Vanaclocha B. (2025). Plantas medicinales en un clima cambiante. EN: <https://www.fitoterapia.net/noticias/plantas-medicinales-clima-cambiante-15654.html>

Un ecosistema verde dentro de los muchos ecosistemas hospitalarios entrelazados dentro de los ecosistemas mundos

Yuri Carvajal Bañados¹

Poda municipal llamaba mi padre a esos cortes furiosos de los funcionarios de aseo y ornato sobre los árboles de plaza y calles. Desmunicipalizada esa tarea, es ejecutada con igual o más vehemencia por subcontratistas de jardinería, empresas de aseo o tendido eléctrico.

El vértice vacío de la instalación en que funciona epidemiología en el hospital Carlos van Buren, frente al edificio patrimonial de las Hijas de la Caridad, sufría el embate regular de estas podas ejecutado por manos privatizadas pero con la misma intensidad de corte y trasiego de antaño.



Frente a ese pequeño desierto isósceles avanzando, un buen día decidí plantar un molle, una rubí y una menta. Una mata de incienso regalada se sumó a la prueba. Luego un peumo. El compost de la casa se encargó de contrabandear unas semillas de tomate en el humus. Los maestros de mantención generosamente regalaron una instalación de llave y manguera.

Ahora tenemos un pequeño ecosistema, aprovechado por lagartijas y otros tantos seres desconocidos. Hasta la judaica parietaria está sin sueños expansionistas. No es raro que pacientes, familiares y funcionarios, comenten, saluden y rieguen. La pizarra que semana a semana promueve la lectura de un libro seleccionado convive serenamente.

Hay muchos vértices en los territorios de la salud pública en donde otros tantos ecosistemas se animan en la vida y los vegetales nos enseñan a comportarnos, a no desesperar frente al antropoceno como acontecimiento trágico, acontecimiento sin causa, ni sentido ni racionalidad. Saben vivir en el azar que nos trajo esta época y que también la llevará. Fructifican, crecen, fotosintetizan, van a contracorriente, sin aspaviento ni palabrería.

¹ Presidente Departamento Nacional de Medio Ambiente COLMED Chile. Correspondencia a: ycarvajal61@gmail.com

Comentarios de Libros CBS

EL LIBRO DE LA YERBA MATE. UNA HISTORIA ESTIMULANTE

Christine Folch, fce, 2025, 330 p.

CAPSICUM Y CULTURA, LA HISTORIA DEL CHILLI

Janet Long-Solis, fce, 2018[1986], 203 p.

Un par de libros de historia focal sobre un vegetal, un producto alimenticio de lujo. Un hoja y un fruto del continente, con variantes regionales más o menos exitosas. La historia procede desde tiempos arqueológicos e históricos, hasta el presente.

El libro del ají tiene su primera edición hace casi 40 años. Es un texto pionero en hacer la historia de un producto americano y concentrar su esfuerzo en un fruto noble y sabroso.

La historia del *ilex* tiene solo un año desde su primera edición y se beneficia no sólo de las investigaciones más recientes, sino de una sociología e historiografía de las cosas, de las plantas, mucho más abierta y orientada hacia los objetos, vitales en todos los sentidos.

El *capsicum* de este libro es predominantemente mexica. Pero recorre el mundo con dignidad, llevando su halo terapéutico y mágico.

El mate es guaraní y casi jesuita. También recorre Europa y se globaliza, hoy en día se vuelve hipster.

Ambos libros, sazonan y entibian nuestra vegetalidad continental.

LA PALMA CHILENA. SU HISTORIA

Valeria Maino Prado, Ediciones Mac-Kay, 2023, 180 p.

ARAUCARIA ARAUCANA. HISTORIA NATURAL Y CULTURA

Daniela Seleunfrend, fce, 2025, 332 p.

Dos libros chilenísimos sobre habitantes de alto endemismo. Aquí no se habla de frutos sino de la planta entera.

Jubaea chilensis es contado por una historiadora que lo realizó en el marco de un proyecto de investigación publicado en el 2017, del cual se excluyeron estas páginas. Ahora nos entrega una historia cultural, desde griegos y fenicios, que prontamente ella sitúa en Chile (continental e insular). Nos ilustra con su presencia cultural en la literatura y la pintura. Es un libro lleno de imágenes de palmas y palmares chilenos en fotos, registros y pinturas, de las cuales Onofre Jarpa y Gabriela Mistral son los más destacados artistas.

El trabajo sobre Araucaria convoca a 18 autores para escribir 11 capítulos, que van desde la botánica taxonómica hasta la etnografía de la actualidad de la especie. El recorrido tiene sorprendentes noticias de la genética de la especie y de sus vicisitudes conservacionistas.

Además destaca un esfuerzo delicado de diseño e ilustraciones, de tanto valor como las comentadas de La Palma.

Dos historias locales de vegetales para ser leídas con placer localista, emoción botánica y curiosidad eco-biológica.

LOS HOMBRES QUE AMABAN LAS PLANTAS. HISTORIAS DE CIENTÍFICOS DEL MUNDO VEGETAL

Stefano Mancuso, galaxia Gutenberg, 2025, 160 p.

Todo lo que escribe Mancuso es de valor. Este seguramente no será su libro mayor, pero el sólo esfuerzo de rescatar 12 masculinos (y aquí sí hay injusticia de género) debe ser reconocido. Tampoco sus rescatados son de igual relevancia. Vavilov por supuesto es un héroe, Darwin, Goethe, Rousseau indiscutibles. Pero hay algunos que podrían haber dejado su espacio a Marianne North, a Adriana Hoffman, Paulina Riedemnn.

Los textos son breves y bien documentados, aunque no siempre logran reproducir la variante específica del amor vegetal que las vidas narradas encarnan.

MUSA PARADISIACA. DE LA BANANIZACIÓN DEL MUNDO

Raúl Rodríguez Freire, Mimesis, 2025, 210 p.

Este es un poco un libro objeto, pues la edición considera dos libros empaquetados en un plegado de portada. Un libro, despliega la investigación y las tesis de Raúl Rodríguez y el otro, un registro de estampillas sobre este fruto foráneo que ha cambiado la economía y suerte de nuestro continente. La lectura de este contrapunteo nos adentra en ese mundo en el cual en cualquier instante podríamos volvemos repúblicas bananeras en la plasticidad que aceptamos.

El texto está organizado en 34 párrafos que recorren el arte y la colonización a través del monocultivo. Bordeando la idea de plantatioceno, conectan con las cuestiones de imperialismo ecológico, marxismo negro y del arte contemporáneo, juntando la banana con productos de síntesis de tanta seriedad como el plástico.

El despliegue del otro con sus estampillas se llama formas menores de la bananización. Filatelia, botánica y colonización. Debe tener unas 150 imágenes y la lectura pausada, ayuda en la paralela revisión del volumen mellizo.

Cuidado en el pensamiento/escritura y en la factura-diseño, la bananización del mundo se adentra en un problema mayor de nuestra vegetalidad. De nuestra capacidad de leerla, depende en parte, nuestro tiempo.

Dr. Yuri Carvajal

Diez breves prólogos para una Brevísima relación

(autoría sin IA)

Yuri Carvajal Bañados¹

Creo que hay diez artículos actuales, para ser leídos tras terminar la lectura de la Brevísima relación de la destrucción de las Indias. Van desde 1968 hasta 2025, la mitad de ellos, posteriores al 2019.

La obra de las Casas conocida es enorme, aunque todavía esperamos que emergan textos demasiado bien guardados o partes extraviadas de algunos parcialmente disponibles. “Yo e escrito muchos pliegos de papel y passan de dos mill en latin y en romance” declaró alguna vez. Podrían ser el cuarto tomo de La Historia de las Indias, que comprendería de 1520 en adelante y buena parte del texto llamado Del único modo de atraer a todos los pueblos a la verdadera religión.

Ya en 1933 Gabriela Mistral buscaba reconocer como americano a las Casas, usando la metáfora de la abeja en el panal y respondiendo a lo que se llamaba “leyenda negra”. Neruda en Canto General lo hizo unos de sus libertadores.

La Brevísima relación escrita en 1541-1542, pero publicada en la versión que conocemos en 1552, condensa su visión sobre lo ocurrido con nuestra tierra y gente, a partir de la llegada de los españoles.

La actualidad del debate sobre Antropoceno da una nueva perspectiva a la denuncia de “todas las violencias, opresiones, tiranías, matanzas, robos y destrucciones, estragos, despoblaciones, angustias y calamidades susodichas, en todas las partes donde hay cristianos en las Indias”.

Como un Rulfo anticipado 400 años, en 1552 publica 8 textos que hablan de pueblos destruidos, robados, despoblados, entre ellos la Brevísima relación. Es toda una obra testimonial y argumentativa, una rebelión intelectual y ética contra el ímpetu de su época. Busca conmover y producir decisiones en las autoridades, en este caso, Carlos V. Aunque sus esfuerzos por llegar a la autoridad fueron también dirigidos a Fernando y a Felipe II también.

Las Casas actúa como cristiano y autodidacta, condensando en la Brevísima su experiencia de casi 50 años en América, como conquistador (1502), luego como sacerdote converso a la defensa de los Indios (1513) y como dominico (1523-1566) interlocutor y consejero ante las autoridades.

Las Casas toma postura en la cuestión ética más relevante de su tiempo, a la luz de acontecimientos insospechados. Su mayor valor no es la convicción con que trabaja a contracorriente.

Su actualidad surge de la elaboración de una respuesta ética ordenada, comprensible, sustentada en las fuentes del pensamiento de la antigüedad y bíblico. Y por supuesto, la teología cristiana.

Todo un esfuerzo por expresar su rechazo ético ante acciones humanas que juzga inaceptables.

Antropoceno nos abre un desafío parecido. Una reflexión ética sobre la forma en que abordamos colectivos que no estaban en nuestro horizonte de consideración.

Sabemos que la forma imperial para disponer de América -a cual se opuso las Casas- fue la guerra y con ella, los valores de la guerra: tortura, expropiación, destrucción.

Hoy topamos con una tropósfera que incrementa sostenidamente sus niveles de dióxido de carbono, con los corales acosados por el “bleaching”, resistencia antibiótica diseminada por todo el orbe, las aguas escasas o en torrentes bruscos, los fuegos, las extinciones. Con las Casas nos preguntamos ¿Cuáles son las formulaciones éticas no guerreras para este encuentro?

Las Casas se convirtió en América a la causa de los indios, realizó una sostenida práctica militante en el seno de los Dominicos y paralelamente, una labor de investigación histórica y escritural. Anduvo por la geosfera y la biosfera de los indios, trabajó intensamente en la noosfera de la iglesia y la monarquía.

¹ Presidente Departamento Nacional de Medio Ambiente COLMED Chile. Correspondencia a: ycarvajal61@gmail.com

Los diez textos que paso a mencionar pertenecen a la noosfera reciente. Se pueden leer de múltiples modos y en muchos órdenes. El más obvio es cronológico, partiendo por el texto de 1968, escrito por lo que en esos tiempos se llamaba un disidente (Zakharov, 1968). Ilustra las cuestiones más agudas del Antropoceno, en momentos del gran salto adelante. Zakharov, físico diseñador de la bomba de hidrógeno para el poder soviético, reflexiona sobre el género humano bajo el título de Progreso, coexistencia y libertad intelectual. Palabras que hoy suenan un tanto desfasadas. Pero su reflexión incorpora las cuestiones ambientales y considera en su enumeración de los peligros, la polución del ambiente natural. En ese párrafo, pasa revista a múltiples toxicidades y a la cuestión de los residuos. Menciona la acumulación atmosférica de anhídrido carbónico y el efecto sobre la capacidad de reflejar calor, en la primera alusión que conocemos al calentamiento global proveniente del bloque socialista. Este documento costó a Zakharov su destino, pues fue marginado y perseguido por su autoría. Aunque le fue otorgado en 1975 el premio Nobel de la Paz, recién Gorbachov lo rehabilitó en 1986, tres años antes de su muerte.

O podríamos comenzar por el texto de Jaime Hurtubia (Hurtubia, 2023), quien este mes acaba de publicar su **Poder, clima y negociación: el bloqueo a la acción climática global**, en el cual analiza el funcionamiento y la trayectoria de las COP y apunta a las posibilidades de la COP30. El trabajo que consideramos data de 1972, fue reeditado en Cuadernos Médico Sociales en enero del 2023 y es un diagnóstico de la situación ambiental en el Chile que quería ser actor en la Cumbre ONU sobre medio ambiente humano, en ese mismo año. El texto de Hurtubia da cuenta de una continuidad intelectual ecológica entre el Chile previo al golpe de estado y el actual.

Otra forma de empezar estas lecturas, es leyendo el artículo que pone por escrito por primera vez la cuestión del Antropoceno (Crutzen and Stoemer, 2000). Es un escrito breve -dos páginas parciales que bien caben en una sola página- publicado en la Newsletter del International Geosphere Biosphere Program el año 2000. No sólo es un documento ampliamente citado, sino que su aparición generó un verdadero programa de investigaciones en diversas direcciones, disciplinas y perspectivas. En lo personal, me sitúo en el campo de trabajos abiertos por este artículo, y considero que Bartolomé de las Casas fue uno de los primeros en reconocer hace 500 años, las

señas precoces del Antropoceno instaurado por el imperio en nuestro continente.

El artículo de Sarah McClure (McClure, 2013) también puede ser un primer texto si queremos comprender que Antropoceno nace de una peculiar conformación ecosistémica. Así como Cortés decía que Dios y caballos eran su principal fuerza, trigo, ovejas, caballos, ovejas, cerdos, avena han sustentado nuestro presente.

El artículo *Earth system impacts of the European arrival and Great Dying in the Americas after 1492* (Koch y cols., 2019), es quizás el de mayor raigambre Lascasista (ya que se acepta la existencia del Lascasismus) puesto que aquí se confirman hechos y magnitudes denunciadas por el dominico, pero además se asocian a un efecto geológico, medido en la concentración de dióxido de carbono atmosférico. Es un dramático ejemplo de cómo la atmósfera imperial es químicamente modificada a nivel mundial por el genocidio americano.

El texto de Arnaldo Donoso (Donoso, 2019) y el de Sergio González (González, 2022) proceden de las humanidades y de las artes. Aunque ambos son locales, Donoso se concentra en la obra y pensamiento de Luis Oyarzún, cuya raigambre ecologista y ambientalista está a la altura de las Casas.

El texto de González alude a Étienne Souriau, pensador de los modos de existencia y de la instauración de la obra de arte. La patuidad o patencia que González nos va enseñando, es un buen punto de partida para hacer de la estética también un aliado en la ética de los problemas medio ambientales. La compañía de Luis Oyarzún, profesor de estética precisamente, no puede ser más oportuna.

La respuesta a Damianos (Waters y cols., 2025), que podría ser analogada a los alegatos en Valladolid de las Casas en 1551 y 1552 desmintiendo los argumentos legitimadores de la violencia imperial de Ginés Sepúlveda, es una explicación muy ordenada acerca de lo sucedido en la Comisión Estratigráfica Internacional en marzo del 2024, noticia conocida en titulares como “Ciencia descarta la existencia de antropoceno”, a todas luces falaz.

El texto de Claas Kirchhelle (Kirchhelle, 2023) es una ampliación del horizonte de hechos nuevos formulados por Hanna Landecker bajo el título *La biología de la historia*, en que a partir de la resistencia antibiótica, considera el impacto humano sobre la vida de las bacterias. Este texto merece ser leído no sólo como el efecto más radical

de una guerra biocida, sino como la posibilidad de tener un nuevo trato con los otros, incluyendo las bacterias. Finalmente incluimos una reflexión sobre las posibilidades jurídicas de la cuestión del genocidio (Bertram, 2024). Sabemos que las Casas buscaba que la iglesia fuera también un juez y que sólo fueran perdonados los conquistadores que devolvieran las tierras conquistadas y repararan el daño realizado.

Nuestra deuda con las Casas es enorme. Le debemos parte de la sobrevida de nuestra naturaleza indígena, la dignidad de nuestro continente, el sueño de una gobernabilidad éticamente fundada, el uso de la palabra y de la memoria, la antropología de Montaigne, la reflexión jesuítica en el exilio, Servando Teresa de Miers, Guamán Poma y Garcilaso de la Vega. Es justo retribuirle con una lectura dedicada y delicada de sus textos, sino también con la de otros contemporáneos que merecen estar en su compañía.

REFERENCIAS

- Bertram, D. (2024). Towards an International Crime of Ecocide. *Policy Brief Series*, .(157):.
- Crutzen, P. and Stoemer, E. (2000). The “Anthropocene”. *IGB NewsLetter*, (41):17–18.
- Donoso, A. (2019). Caminar, en el pensamiento ecológico de Luis Oyarzún. *Atenea*, 62(519):99–115.
- González, S. (2022). Estética comparada, patuidad y existencia virtual en Étienne Souriau. *Boletín de Estética*, .(59):49–86.
- Hurtubia, J. (2023). Principales problemas del medio humano en chile. *Cuadernos Médico Sociales*, 62(4):45–59.
- Kirchhelle, C. (2023). The antibiotic –towards an eco-social analysis of humanity’s antimicrobial footprint. *HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES COMMUNICATIONS*, .(10):49–86.
- Koch, A., Brierley, C., Maslin, M., and Lewis, S. (2019). Earth system impacts of the European arrival and Great Dying in the Americas after 1492. *Quaternary Science Reviews*, 207:113–136.
- McClure, S. (2013). Domesticated animals and biodiversity: Early agriculture at the gates of Europe and long-term ecological consequences. *Anthropocene*, 4 (December):57–68.
- Waters, C., Zalasiewicz, J., Head, M., Schäfer, G., McCarthy, F., and Turner, S. (2025). Response to Damianos–Anthropocene angst: Authentic geology and stratigraphic sincerity. *Social Studies of Science*, 55(3):49–86.
- Zakharov, A. (1968). Progreso, coexistencia y libertad intelectual. <https://raco.cat/index.php/Convivium/article/view/76354/99094>.

COP 30: No seguir sustentando el Antropoceno

Un breve balance de la COP 30 para situar las cuestiones de nuestro presente medio ambiental

Yuri Carvajal Bañados¹

Dejemos de lado eufemismos como pasos incrementales y llamemos las cosas por su nombre. El fracaso de la COP 30 en reducir el consumo de combustibles fósiles, principal agente de las actuales dificultades del Antropoceno, es el fracaso de varias estrategias.

La primera, de la organización intergubernamental bajo el paraguas ONU, que ha sido capturada por las actividades extractivas sobre el planeta. Las reglas de trabajo, el funcionamiento de las comisiones, la redacción de documentos, no sólo están bajo un régimen burocrático en forma y tiempo inadecuados para el problema, sino que se orientan bajo un negacionismo tácito: ni hay tal urgencia, ni son indispensables las decisiones, es posible seguir al mismo ritmo de consumo, el planeta si bien no es infinito, se puede tratar como si lo fuera.

Lo segundo que ha fracasado, es la estrategia de la dualidad ciencias/política. Ni la ciencia es el torturador bueno, ni la política, el malo. El paralelismo de los informes cuantitativos no logra cruzarse con la racionalidad de una respuesta de consenso. Esta bifurcación del trabajo no ha funcionado. Entre un IPCC técnico que avanza reportes que tienen una obvia dimensión política como fijar metas y dibujar escenarios mediante modelaciones y el funcionamiento de las COPs, no hay convergencia. Porque ni las ciencias contemporáneas son despolitizadas ni es posible gobernar, como lo entiende la tradición política, el problema que tenemos.

El tercer fracaso es el del movimiento ambientalista que no ha logrado transformarse en un movimiento influyente. El camino de la política realmente existente no es un camino. Ni las presiones en los pasillos de la COP ni en las calles, ni la conformación como partido. Cualquier logro arrebatado a las autoridades por la vía de la fuerza, desaparece al primer descuido.

El cuarto fracaso es seguir desconociendo la potencia del Antropoceno, como acontecimiento ya ocurrido. Sólo a partir de una aceptación trágica del presente, es posible situarnos ecológicamente en los ecosistemas y tener la alegría necesaria para labrar en medio del desastre.

Cambio climático, triple crisis, son formas eufemísticas de desconocer el carácter de época que nos plantea el acontecimiento Antropoceno. Lo peor es situarlo como aspecto marginal de nuestra existencia.

Antropoceno se funda en las formas básicas de nuestra vida colectiva, en los modos de comer, amar, caminar, leer, escribir, tener hijos, usar medicamentos, construir, consumir. Todo lo que signifique experiencias, confluencias o comprensión, diferente de los modos actuales, es una siembra para un presente más viviente, ecológico, biodiverso, menos agresivo y más humilde.

¹ Presidente Departamento Nacional de Medio Ambiente COLMED Chile. Correspondencia a: ycarvajal61@gmail.com

XXV Jornada de Historia de la Medicina en Concepción

9 octubre de 2025

I. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO DE LA JORNADA

La XXV Jornada de Historia de la Medicina se celebró en Concepción, marcando un encuentro significativo para la comunidad académica y de salud chilena. Fue coorganizado por la Facultad de Medicina, la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad de Concepción (UdeC), y la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina (SOCHIM). El evento fue concebido como un espacio de reflexión cuyo objetivo primordial era proporcionar un mejor entendimiento del presente a través de la entrega de elementos históricos que ilustran el desarrollo de la salud en Chile, subrayando las contribuciones que han emergido desde dicha región del país, que cuenta con una rica experiencia en materia de salud pública e investigación biomédica.

El presidente de la SOCHIM, Marcelo López Campillay, destacó que la sociedad, fundada en 1955 por el eximio historiador Enrique Laval Manrique, tiene el propósito de estudiar, preservar y difundir el legado histórico de la medicina en Chile y el mundo, impulsando un diálogo interdisciplinario que reconoce que la medicina se desarrolla en contextos sociales, políticos y culturales específicos. Desde esa perspectiva, la realización de esta jornada en Concepción tuvo un valor simbólico y académico especial, dada la tradición de la ciudad como polo de pensamiento científico y humanista en el sur del país, y el legado de autonomía y pluralismo de la UdeC. Asimismo, se hizo hincapié que la Escuela de Medicina de Concepción, una de las más antiguas del país, se fundó en 1924, año que en el que emprendieron importantes reformas políticas vinculadas a la salud, como la creación del Ministerio de Higiene y la instauración del seguro de enfermedad.

Las autoridades de dicha casa de estudios se hicieron presentes en la inauguración. La decana de la Facultad de Medicina, Dra. Ana María Moraga Palacios, enfatizó tres desafíos claves en la formación en salud en el presente siglo: 1) la dificultad de que académicos formados en el siglo XX capaciten a profesionales del siglo XXI; 2) la incorporación positiva de la tecnología, como la inteligencia artificial, en el proceso formativo y el quehacer profesional; y 3) la rehumanización de la formación y el ejercicio en ciencias de la salud. En este sentido, la historia cumple un rol protagónico al permitir reconocer y valorar a los protagonistas y hechos que ayudan a comprender el momento actual. A su vez, el decano de la Facultad de Humanidades y Artes, Dr. Alejandro Bancalari Molina, reforzó la sinergia entre historia y medicina, dos disciplinas que, aunque distintas, se relacionan profundamente con el comportamiento humano y buscan aliviar la vida del ser humano.

La conferencia inaugural, impartida por la historiadora Laura Benedetti Reiman, académica de la UdeC, quien ofreció un análisis exhaustivo sobre los orígenes y desarrollo de la Facultad de Medicina, desde su gestación intelectual hasta los desafíos del siglo XXI. A su juicio, el proyecto se enmarcó en una tradición de organización médica temprana en Concepción, que se remonta a 1887 y dio vida a su primera publicación, *La Crónica Médica*, de la cual se conservan cuatro de diez volúmenes en la Biblioteca Nacional. Este periódico funcionaba como un espacio de sociabilidad crucial, donde médicos formados en Santiago debatían los avances científicos, presentaban casos a sus pares jóvenes, prescribían tratamientos, analizaban estadísticas y hacían reflexiones sobre el ejercicio de la profesión y el deber del Estado para mejorar las condiciones de vida de los habitantes de Concepción.

La realidad médico-sanitaria local de la época, entre 1885 y 1930, era “dantesca”, marcada por altos índices de mortalidad infantil y los estragos de epidemias que generaban alarma en la opinión pública y las

autoridades. Este sombrío panorama impulsó los primeros reglamentos sanitarios y la adopción de los principios de la medicina social. La historiadora sostuvo que en este contexto emerge la figura de Virginio Gómez, un médico provinciano de Los Ángeles que encarnó una visión vanguardista. Formado y con estudios de posgrado en Alemania, Gómez realizó un diagnóstico lapidario de la salud en Concepción, comparando la realidad local con Santiago y el extranjero. Su hallazgo de que el hospital carecía de un laboratorio clínico lo llevó a dotarlo de uno, y desde su posición en la junta de beneficencia, planteó la necesidad urgente de un hospital moderno y científico. En 1917, Gómez lanzó la idea central: hospital clínico y universidad, complementada por la necesidad de formación en regiones, luchando contra el centralismo.

Este plan, plasmado en la publicación *Plan de fomento de los hospitales departamentales*, fue secundado por la sociedad de Concepción y figuras como Enrique Molina Garmendia, rector del Liceo de Hombres, y finalmente condujo a la creación del Comité Pro-Universidad y Hospital Clínico, que sentó las bases para la UdeC en 1919. No obstante, la creación de Medicina en 1924 enfrentó una fuerte pugna con el centralismo, que cuestionaba la necesidad de formar médicos fuera de la capital.

La universidad se consolidó como una alternativa vital para estudiantes del sur de Chile, cumpliendo el sueño de Gómez, y sorprendentemente, también atrajo a estudiantes de Santiago. Un hallazgo significativo de la investigación es la presencia temprana de la internacionalización; los libros de matrícula demuestran la presencia de estudiantes de Ecuador, Perú, Bolivia, Argentina, y hasta nacidos en Rusia, haciendo de la UdeC un centro de estudio relevante en el cono sur.

La Facultad experimentó una reestructuración permanente, tanto en términos de planes de estudio (tomando a la Universidad de Chile como modelo) como en la incorporación de nuevas carreras. La visión humanista del rector Enrique Molina Garmendia impulsó la creación temprana de asignaturas transversales como Filosofía e Historia. La necesidad del Estado y la gestión interna promovieron la creación de carreras de la salud, aunque a menudo, la práctica antecedía a la reglamentación. Entre las adiciones se encuentran la Escuela de Enfermería (impulsada por Ignacio González Ginouvés), Obstetricia (consolidada 40 años después de la idea original, con colaboración del SNS), Kinesiología y Tecnología Médica, esta última creada sin un decreto formal, evidenciando un problema institucional recurrente.

II. PONENCIAS.

Las ponencias destacaron a varias figuras fundamentales que moldearon el desarrollo de la medicina en el sur de Chile, temas de género en torno al cuidado, tabaquismo, instituciones hospitalarias, la evolución de importantes hospitales de Concepción y Temuco, obstetricia, educación sexual y mutualismo, entre otros.

Ignacio Sterpin Reyes presentó un estudio sobre el Dr. Ignacio González Ginouvés, figura clave en la reorganización hospitalaria y la modernización arquitectónica de la salud en Chile y Concepción. Nacido en Concepción (1903) y egresado de la Universidad de Chile (1928), González Ginouvés fue director general de la Beneficencia entre 1943 y 1947, decano de Medicina y rector de la UdeC. Su trayectoria se abordó a través de fuentes secundarias y actas oficiales, destacándolo como un agente modernizador. Sus escritos, como *La organización del trabajo hospitalario* y *La evolución de la arquitectura hospitalaria en Chile*, subrayan su visión reformadora. Fue crucial su participación tras el terremoto de 1939.

Un aporte primordial de González Ginouvés fue la profesionalización de la enfermería en Concepción. En 1947, ideó la primera formación de enfermeras en la región del Bío Bío y el sur de Chile, aunque inicialmente se trataba de una escuela aparte de la UdeC, dependiente de la Beneficencia y con mallas curriculares de la Universidad de Chile. Posteriormente, le otorgó rango universitario a la carrera. A pesar de su relevancia, su carrera también enfrentó dificultades, incluyendo críticas políticas de sindicatos debido a su pertenencia al Partido Radical, lo que contribuyó a su salida de la Beneficencia. González Ginouvés dejó un legado no solo institucional sino también ético, aconsejando a los nuevos estudiantes de medicina sobre la necesidad de dedicar tiempo a la lectura, la música y la conversación para asegurar la lucidez en su trabajo, valorando la variedad de las operaciones como la mejor manera de descansar.

La enseñanza de la anatomía en la UdeC no estuvo ausente. El profesor Andrés Riveros Valdés destacó la trayectoria del Dr. Enrique Soler Vicens, quien fue director del departamento por 40 años y decano, instalando una cultura de desarrollo de carrera académica. Soler Vicens es reconocido como el único maestro en la anatomía chilena proveniente de Concepción. Su trabajo impulsó la investigación en las décadas de 1940, 1950 y 1960. La otra figura central fue el Dr.

Edgardo Enríquez Froden, quien tomó el liderazgo del departamento en la década de 1960 y que fue rector de la UdeC, ministro de Educación en la Unidad Popular y director del Hospital Naval de Talcahuano. Lo notable de su trayectoria fue su compromiso inquebrantable con la docencia. Un texto de su cuaderno de bitácora, datado entre 1962 y 1973, demuestra que, a pesar de sus altos cargos políticos, seguía viajando a Concepción para realizar clases de neurología, un ejemplo de la lección de no perder el foco en la labor original de la enseñanza. La enseñanza evolucionó en respuesta a las necesidades académicas y los recursos disponibles. En la década de 1960, anatomía era un curso de dos años que incluía disección, todavía sin guantes. Los profesores eran altamente letrados, dominando varios idiomas y traduciendo artículos científicos (alemán, francés, japonés) para mantener la información actualizada.

Dos ponencias específicas abordaron la historia de disciplinas médicas enfocadas en la salud de poblaciones específicas, destacando las luchas de género, clase y territorio. La estudiante Alexandra Gotelli de la Cruz examinó la transformación de la asistencia al parto a través de la lente de género y poder, enfocándose en la apertura de la Escuela de Obstetricia de la UdeC en 1967. El trabajo argumentó que el Estado, a partir del siglo XIX, buscó imponer un ideal de maternidad higiénica como respuesta a la alta mortalidad materno-infantil, basándose en un plan de eugenesia que requería la profesionalización del parto y su traslado del domicilio a la esfera pública. Históricamente, en la época colonial, la maternidad estaba influenciada por el ideal mariano, que imponía un estándar de pureza y sumisión, viendo el parto como un sacrificio.

La investigación cuestionó la efectividad homogénea de este proceso: ¿Realmente bajó la tasa de mortalidad en el Bío Bío con la creación de la escuela en 1967? La conclusión preliminar señala que el éxito fue geográficamente selectivo. Si bien Concepción capital vio una reducción de la mortalidad, en las zonas rurales (como Lota o los pueblos circundantes), la asistencia pública tardaba en llegar o era inexistente, y la partera persistió como la única compañera de la parturienta hasta la década de 1980. Esto refleja que el proceso de parto fue una “lucha de género, de clase y de territorio”. En la discusión posterior, se complementó que la reducción de la mortalidad materna e infantil a nivel nacional se debió en gran medida a políticas públicas, como la disminución de los partos con mujeres y el espaciamiento entre

ellos (control de natalidad implementado por el presidente Montalva en los años 60), además de mejoras en la educación materna y las condiciones de vida, superando los esfuerzos individuales o clínicos.

Un aspecto que debe ser destacado fue la presentación vinculada al desarrollo de la fonoaudiología en Concepción. Al respecto, el profesor Arnaldo Caroca Troncoso presentó la historia de la Fonoaudiología, una disciplina relativamente joven en la UdeC. A nivel mundial, la disciplina tiene orígenes en la medicina del habla Alemania, consolidándose con programas universitarios en EE. UU. en la década de 1940. En Chile, la necesidad de especialistas fue planteada por el Dr. Aníbal Gres en 1955, resultando en un curso de “profesoras especialistas” (fonoaudiólogas) en la U. de Chile en 1958. La carrera completa se creó en 1972, aunque se suspendió brevemente tras el golpe de 1973. En Concepción, la carrera de Fonoaudiología se inició en 2001, luego de un anteproyecto presentado en 1995 que inicialmente interesó a la Facultad de Humanidades y Artes (lingüistas), pero que fue aprobado por el Consejo Superior con el apoyo de Medicina en el año 2000.

En otro ámbito, el académico Francisco Javier Mena presentó su ponencia titulada “Eduardo Moore y la cuestión sexual, aportes de un pensamiento médico sobre degeneración y eugenesia, Chile 1895 a 1935”. Su trabajo es parte de una investigación más amplia sobre la figura de Eduardo Moore, en coautoría con el historiador Marcelo Sánchez, un médico reconocido en la urología chilena y en discusiones de salud pública. La exposición demostró la posición de Moore argumentó que la solución a los problemas venéreos que vivía el país pasaba por la difusión de la higiene científica y la educación sexual y de esa manera asegurar la correcta conservación de la especie. Finalmente, Mena subrayó cómo Moore cuestionó la efectividad de la abstinencia sexual para combatir el contagio venéreo, el cual era, desde su perspectiva, producto de la indisciplina de la masa social, así como la defensa que hizo del control y erradicación de la prostitución.

Por su parte, el investigador Wilson Lermando Delgado abordó en su ponencia “Del maletín al mausoleo, itinerarios de la salud mutualista frente al avance del Estado social Chile 1900-1939” el rol de las sociedades de socorros mutuos en la provisión de salud y previsión social. Su investigación destacó por enfocarse en Concepción y Talcahuano, una zona que tuvo un crecimiento asociativo explosivo, duplicando el promedio

nacional de participación mutualista (20% de la fuerza laboral local). Indicó que la salud era uno de los temas medulares, interés que se tradujo en acciones específicas. Entre ellas se mencionó: los socios financiaban la atención médica y funeraria con un fondo común; las mutuales contrataban médicos, establecían convenios con farmacias y hospitales locales (como el sanatorio alemán), y mantenían “botiquines internos”; y se establecieron acuerdos de reciprocidad intermutual que permitían a un socio de Concepción recibir atención médica en Valparaíso y viceversa.

Un punto interesante que formuló el historiador Lermandá fue la oposición que despertó entre ciertos grupos de trabajadores la ley 4.054, promulgada en 1924, y que fundó el seguro de enfermedad. Conforme a la revisión de la prensa de la época, Lermandá mostró que casi el 59% de las publicaciones eran críticas a la nueva institucionalidad. Los cuestionamientos se centraron en el incumplimiento de las cotizaciones por parte de los empleadores (lo que impedía la atención del trabajador) y el desvío de fondos previsionales para ser usados como “caja chica” del Estado. Además, se criticaba la falta de médicos o especialistas en zonas rurales, forzando un modelo de subsidiariedad donde el Estado generaba una plataforma, pero la atención dependía de la disponibilidad de profesionales privados. En consecuencia, estas fallas en el sistema estatal permitieron una revitalización del mutualismo en la década de 1930, sostuvo el historiador, el que continuó siendo funcional como un espacio de salud comunitaria y resistencia moral social. La salud mutualista no desapareció con la creación del seguro obrero, sino que mantuvo un tránsito paralelo.

Por último, asistimos a las miradas históricas sobre las mujeres, el cuidado y el parto en el Chile colonial y decimonónico. En efecto, Catalina Céspedes Olivares, estudiante de magíster en historia, presentó un trabajo preliminar que examina las normativas y prescripciones médicas sobre el dolor y las emociones durante el parto en Chile durante los siglos XVII y XVIII. Su investigación se titula “Normativas y prescripciones médicas respecto al dolor y las emociones en la experiencia del parto. Una revisión desde la historia de las emociones y de género en Chile siglos XVII y XVIII”. La historiadora abordó su estudio desde la historia de las emociones y el género, partiendo de la premisa de que las emociones no son universales sino construcciones culturales e históricas.

Su hipótesis plantea que existía un régimen emocional común entre los médicos sobre el

parto que convergía con el discurso religioso. Los resultados preliminares revelan una marcada moralización del parto, donde el discurso médico y religioso representaban el dolor como una experiencia natural, esperada y cargada de sentido moral. Las mujeres eran instruidas a “huir de toda tristeza, temor y del enojo”, emociones que según la creencia de la época podían retrasar significativamente el trabajo de parto.

Particularmente llamativo resulta un ejemplo que ilustra la desconfianza médica hacia las parturientas: un texto aconsejaba al profesional hacerse “el desentendido” ante los gritos de la mujer que decía morir de dolores, esperando que la naturaleza actuara. El médico confesaba haber comprobado que las mujeres frecuentemente no necesitaban la ayuda que solicitaban y que solo se esforzaban por “salir cuanto antes de su trabajo”.

Por su parte, Constanza Yáñez Valencia presentó un avance de su tesis de magíster titulado “Entre el servicio doméstico y el área de salud, aproximaciones al estudio de las cuidadoras en el Chile de finales del siglo XIX”. Su investigación se centra en Concepción y Santiago entre 1875 y 1906, buscando identificar quiénes ejercían los cuidados cuando la familia, tradicionalmente encargada de estas labores, no podía hacerlo. Yáñez Valencia definió los cuidados como el conjunto de labores destinadas a satisfacer las necesidades físicas y emocionales de personas que carecen de autonomía por edad o enfermedad. Su trabajo identifica tres categorías principales de cuidadoras en el siglo XIX. En primer lugar, el servicio doméstico, mayoritariamente femenino —el 12% de las mujeres en Santiago en 1885 eran domésticas— donde el término “sirviente” funcionaba como concepto paraguas que incluía las labores de cuidado. Dentro de este grupo destacaban las cocineras, relacionadas con el cuidado a través de la alimentación y los manuales con recetas especiales para enfermos, y las nodrizas o amas de leche, encargadas del cuidado del recién nacido y objeto de debate médico por el riesgo de transmitir infecciones. En segundo lugar, los profesionales sanitarios, aunque escasos, ofrecían una garantía de conocimiento y eran preferidos tanto por el cuerpo médico como por la población. Sin embargo, la escasez de médicos —que solo podían asistir temporalmente— abría oportunidades para las cuidadoras en enfermedades que requerían atención constante. Las matronas, profesionalizadas debido a la elevada mortalidad infantil, colaboraban con las cuidadoras y en caso de urgencia materna, el recién nacido quedaba a cargo de la cuidadora. La historiadora concluye que la cuidadora

es un modelo variable, definido por las necesidades de cada familia, y propone ampliar el concepto para incluir tanto a la familia como al servicio doméstico y a los profesionales sanitarios.

III. CONCLUSIONES

La XXV Jornada de Historia de la Medicina celebrada en Concepción se consolidó como un evento de alto valor simbólico y académico, demostrando que el estudio del pasado médico es indispensable para abordar los desafíos contemporáneos de la salud¹.

En primer lugar, creemos que la realización de la Jornada de Historia de la Medicina en la Universidad de Concepción tuvo un valor especial, dada la tradición de la ciudad como polo de pensamiento científico y humanista en el sur del país y el legado de autonomía y pluralismo de la institución.

Por otra parte, se verificó una reafirmación de la historia regional. En efecto, el evento subrayó las contribuciones históricas que han emergido desde la región, que cuenta con una rica experiencia en salud pública e investigación biomédica. La UdeC, cuya Escuela de Medicina se fundó en 1924, ha sido una alternativa vital para estudiantes del sur de Chile y un relevante centro de estudio en el Cono Sur

Desde el punto de vista de las proyecciones historiográficas, la jornada impulsó el diálogo interdisciplinario al reconocer que la medicina se desarrolla en contextos sociales, políticos y culturales específicos. La interacción entre la Facultad de Medicina y la Facultad de Humanidades y Artes demostró cómo la historia cumple un rol protagónico al permitir reconocer y valorar los protagonistas y hechos que ayudan a comprender el momento actual. De este modo, se pudo apreciar los avances que existen en algunas líneas de Investigación en historia de la medicina que giran en torno a género, mutualismo, el cuidado, el papel de las instituciones hospitalarias, la educación médica, la salud pública y su desarrollo en regiones, entre otras.

En definitiva, el evento subrayó que, al igual que la Facultad de Medicina se fundó sobre la base de la visión humanista del rector Enrique Molina Garmendia, impulsando asignaturas transversales como Historia 23, el diálogo continuo entre historia y medicina es esencial para enfrentar los complejos desafíos sanitarios del presente y del futuro²⁴.

Marcelo López Campillay
Presidente de la Sociedad Chilena de
Historia de la Medicina.

Revista de Libros y Revistas

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

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

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

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

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

THE LANCET Infectious Diseases



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

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

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

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

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

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

POLICYMAKERS' PERSPECTIVES ON COMMUNITY PARTICIPATION IN ECOHEALTH POLICY

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HEALTH AT A GLANCE 2025: OECD INDICATORS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Jorge Lastra T.

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

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

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

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

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

Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud

COMENTARIOS EN SALUD E INTELIGENCIA ARTIFICIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

THE ENVIRONMENTAL FOOTPRINT OF HEALTH CARE: A GLOBAL ASSESSMENT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMENTARIO GENERAL

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

El MINSAL trabaja en tres proyectos principales de IA:

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

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

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

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

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

Dr. Miguel Kottow

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

Cuadernos Médico Sociales publica trabajos originales sobre **Salud Pública y Medicina Social**, en español, en cuatro números al año (marzo, junio, septiembre, diciembre).

Dentro de los objetivos de **Cuadernos Médico Sociales** se encuentra estimular la reflexión y la investigación científica en el ámbito de la Salud Pública y de la Medicina Social, difundir temas relevantes a estas áreas del conocimiento, donde se integren quienes estudian o trabajan en las distintas disciplinas (ciencias naturales, biológicas, sociales y/o de la conducta, humanidades médicas y otras) e instituciones relacionadas con la salud colectiva. Hacer llegar a las autoridades, dirigentes, profesionales y estudiantes de postgrado aquellas experiencias, análisis y resultados de investigaciones que contribuyan a desarrollar una concepción integral de la salud y de la atención de salud.

Nuestras secciones de publicación son las siguientes:

- **Artículos Originales:** Resultados de investigaciones y/o experiencias en torno a ámbitos específicos de la Salud Pública y de la Medicina Social, tanto de metodología cuantitativa como cualitativa, que contribuyan a desarrollar una concepción integral de la salud y de la Atención de Salud. Los artículos de investigación que consideren experimentación en seres humanos, requieren la aprobación de un comité de ética de la investigación.
- **Bioética y Derechos Humanos**
- **En Debate:** Contribuciones en Estudios de género y equidad, salud interultural, Organización del sistema de salud, Territorio y otros.
- **Sobrevidencia de Chile:** Crónicas y reflexiones de la situación de territorio y zonas afectadas en su salud ambiental
- **Cuadernos Botánico Sociales:** Contribuciones sobre botánica y salud, así como sus derivados.
- **Cartas al editor:** Comentarios que quieran hacernos llegar de alguna contingencia de Salud Pública o tema a fin a la revista
- **Reseñas:** Comentarios de libros, revistas y artículos relevantes para la salud actual.

Los artículos originales que cumplan con los requisitos formales y orientación editorial, serán sometidos a revisión por expertos.

Los revisores cuentan con pautas de evaluación entregadas por la revista, disponibles en nuestro sitio web.

La nómina de revisores consultados se publica una vez al año. La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original.

FORMA Y PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS SEGÚN SECCIONES

* Un Manuscrito en proceso de revisión en Cuadernos Médico Sociales no podrá ser enviado a otro medio de publicación para los mismos fines. Los trabajos enviados se deben ajustar a las siguientes instrucciones:

Sección Artículos Originales:

Los artículos originales deben cumplir los siguientes requisitos:

1. La extensión máxima será de 10 páginas a espacio sencillo¹, tipo garamond 12 con un margen de 3 cm. Las ilustraciones, gráficos y tablas deben enviarse por separado, indicando claramente el título, Tabla xx o Figura xx. En el caso de los cuadros en su parte superior y de las figuras en su parte inferior, numeración, fuentes y el sitio en que serán intercaladas; deben venir en el archivo original y no ser insertados como “objetos”. No se usarán colores. Las tablas no deben contener grises en su interior, ni líneas verticales. Una línea horizontal sobre los títulos de las columnas y otra debajo. La tabla termina con una línea horizontal. No incorpore más líneas en su interior.

¹ Los autores que deseen enviar trabajos más extensos, serán recibidos por el comité, para una evaluación especial.

2. Las notas al texto deben venir al final de cada página con números correlativos y no deben ser de más de 3 líneas.
3. Construcción del artículo:
 - **Título y autores.** El título puede tener hasta 12 palabras y debe estar traducido al inglés. Los autores figurarán con el nombre y apellido; en nota al pie se consignará la afiliación: profesión, cargo y principal grado académico. Se colocará la dirección electrónica del autor a cuál deberá dirigirse la correspondencia.
 - **Resumen.** No debe tener más de 200 palabras, con los objetivos, métodos, resultados y conclusiones principales. Agregar una versión en inglés. Incluir entre dos y seis palabras clave (descriptores), según la nomenclatura consignada en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
 - **Introducción.** Describa brevemente el objetivo de la investigación y explique su importancia.
 - **Material y Métodos.** Describa los procedimientos y materiales utilizados, incluyendo los detalles necesarios que permitan repetir la experiencia en futuras investigaciones.
 - **Resultados.** Presente sus resultados en secuencia lógica. No repita en el texto todos los datos presentados en tablas o ilustraciones. Enfatice o resuma solamente las observaciones importantes.
 - **Discusión.** Enfatice los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones derivadas de ellos. Incluya en esta sección las implicancias de sus hallazgos, tanto como sus limitaciones. Evite detalles ya presentados en las secciones Introducción y Resultados.
 - **Conclusiones y perspectivas**
 - **Referencias.** Deben enviarse por separado. Limite las referencias (citas bibliográficas) a 20. La bibliografía debe seguir formato APA, en orden alfabético, referidas en el texto con el apellido del primer autor y año de la publicación entre paréntesis.

Sección Bioética y Derechos , Sección Cuadernos Botánico Sociales, Sección La sobrevivencia de Chile:

1. La extensión máxima será de 10 páginas a espacio sencillo², tipo garamond 12 con un margen de 3 cm. Las notas al texto deben venir al final de cada página con números correlativos y no deben ser de más de 3 líneas.
2. Construcción del artículo:
 - **Título y autores.** El título puede tener hasta 12 palabras y debe estar traducido al inglés. Los autores figurarán con el nombre y apellido; en nota al pie se consignará la afiliación: profesión, cargo y principal grado académico. Se colocará la dirección electrónica del autor a cuál deberá dirigirse la correspondencia.
 - **Resumen.** Opcional. No debe tener más de 100 palabras, con los objetivos, métodos, resultados y conclusiones principales. Agregar una versión en inglés. Incluir entre dos y seis palabras clave (descriptores), según la nomenclatura consignada en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
 - **Introducción.** Describa brevemente el objetivo de la investigación y explique su importancia.
 - **Discusión.** Enfatice los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones derivadas de ellos. Incluya en esta sección las implicancias de sus hallazgos, tanto como sus limitaciones. Evite detalles ya presentados en las secciones Introducción y Resultados.
 - **Conclusiones y perspectivas**
 - **Referencias.** Opcionales. Deben enviarse por separado. Limite las referencias (citas bibliográficas) a 20. La bibliografía debe seguir formato APA, en orden alfabético, referidas en el texto con el apellido del primer autor y año de la publicación entre paréntesis.

Sección Debates:

1. La extensión máxima será de 7 páginas a espacio sencillo³, tipo garamond 12 con un margen de 3 cm. Las notas al texto deben venir al final de cada página con números correlativos y no deben ser de más de 3 líneas.
2. Construcción:
 - **Título y autores.** El título puede tener hasta 12 palabras y debe estar traducido al inglés. Los autores figurarán con el nombre y apellido; en nota al pie se consignará la afiliación: profesión, cargo y principal grado académico. Se colocará la dirección electrónica del autor a cuál deberá dirigirse la correspondencia.

2 Los autores que deseen enviar trabajos más extensos, serán recibidos por el comité, para una evaluación especial.

3 Los autores que deseen enviar trabajos más extensos, serán recibidos por el comité, para una evaluación especial.

- **Resumen.** Opcional. No debe tener más de 100 palabras, con los objetivos, métodos, resultados y conclusiones principales. Agregar una versión en inglés. Incluir entre dos y seis palabras clave (descriptores), según la nomenclatura consignada en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

- **Introducción.** Describa brevemente la situación de territorio y de la zona afectada.

- **Desarrollo del problema**

- **Conclusiones y perspectivas**

- **Referencias.** Opcionales. Deben enviarse por separado. Limite las referencias (citas bibliográficas) a 10. La bibliografía debe seguir formato APA, en orden alfabético, referidas en el texto con el apellido del primer autor y año de la publicación entre paréntesis.

Sección Reseñas: Debe tener la descripción del libro, título autor(es), editorial, sitio y fecha de edición. Enviar portada en formato imagen (jpg, png, etc), en alta resolución y por separado.

ENVÍO DE MANUSCRITOS

Para el envío de los artículos deben ingresar en nuestro sitio web: <http://cuadernosms.cl>. Registrarse como autor y seguir las instrucciones entregadas en el sitio.

Nuestra sistema trabaja con OJS, por lo que todo el proceso de publicación se hace por medio de éste.

Para dudas escribir a secretaría de Cuadernos Médico Sociales al correo-e:
jnovoa@colegiomedico.cl

*Cada autor tendrá derecho a un ejemplar del número en que aparece su artículo, sin costo.

