

Cuadernos Médico Sociales

Colegio Médico de Chile



Cómo el poder y las políticas públicas influyen en el cuidado cotidiano en salud mental

Continuidad del cuidado en Atención Primaria de Salud: desafíos de gestión para el modelo chileno

Recorte presupuestario y atención de salud: implicaciones del Decreto N°333/2026

COLEGIO MÉDICO DE CHILE (AG)

Presidenta Nacional	Dra. Anamaria Arriagada Urzúa
Vicepresidente Nacional	Dr. Mauricio Osorio Ulloa
Secretaria Nacional	Dra. Claudia Chartier Muñoz
Prosecretario Nacional	Dr. Luis Vargas Atton
Tesorero Nacional	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 Bellalta	Médico Cirujano, Magister 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.
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.
Joaquín Salinas Valero	Médico. Universidad de Chile. Master en Fitoterapia Clínica Universidad de Barcelona.

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
2026, Vol. 66, N°2.

Esmeralda 678, Santiago de Chile.

Producción	Impresión	Diagramación
Palco Comunicaciones	Andros Impresores	Francisco Ruiz Núñez
contacto@palco.cl		

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

2026; Vol 66. N°2

Acceso al texto completo en el sitio:

<http://cms.colegiomedico.cl>

ÍNDICE

ESPACIO EDITORIAL

Editorial. Algo nuevo hay que hacer 3
Jorge Lastra Torres

ORIGINALES

Cómo el poder y las políticas públicas influyen en el cuidado cotidiano en salud mental 5
Rafael Sepúlveda

Disponibilidad territorial de opioides en el Programa de Cuidados Paliativos Universales de la red asistencial Nuble 11
Alejandro Cares Carrasco, Susana Rocha Castillo, Mónica Naveillan Jensen

El giro hacia lo colectivo: resistencias del cuerpo funcional al cambio de paradigma en el trabajo comunitario en la atención primaria de la salud de la comuna de Buin 17
Cristóbal Escobar Romero

Continuidad del cuidado en Atención Primaria de Salud: desafíos de gestión para el modelo chileno 25
Anabel Cedeño Romero

Recorte presupuestario y atención de salud: implicaciones del Decreto N°333/2026 31
Juan Carrillo Azócar, Yuri Carvajal Bañados, Pedro Olivares-Tirado

EN DEBATE

Ética médica y el genocidio en Gaza: un análisis deontológico 41
Teresa Chomali Kokaly

Infancia desarraigada, escuela sitiada: hacia una respuesta intersectorial con sentido 47
Iván Silva López

De la cuantificación del ser humano a la distopía tecnológica: una reflexión contemporánea 53
Javier Bascuñán Ahumada, César Jara Vargas

CUADERNOS BOTÁNICO SOCIALES

Editorial: El corazón silvestre 55
Mirtha Parada Valderrama, Yuri Carvajal Bañados

Fitoterapia y productos naturales coadyuvantes en síntomas de Cuidados Paliativos Universales 57
Camila Gallardo Gómez

LA SOBREVIVENCIA DE CHILE

Interrogantes a propósito de One Health y Planetary Health 67
Yuri Carvajal Bañados

HOMENAJES

Homenaje al doctor Hernán Baeza Rodríguez: 1943-2026 69
Mariana Dittborn Bellalta, Anamaria Arriagada Urzúa

CARTAS AL EDITOR

Cuestión social 71
Juan Pablo Cárcamo Saldaña

NOTICIAS

SOCHISAL 79 años. Memoria, salud pública y compromiso con el futuro 73
Jorge Lastra Torres

Decisiones administrativas ambientales o cuestiones de salud pública. Sobre Decretos medioambientales retirados de toma de razón en Contraloría General de la República 75
Pamela Schellman Jaramillo, Yuri Carvajal Bañados

REVISTA DE LIBROS Y REVISTAS 81

FE DE ERRATAS 89

Editorial

Algo nuevo hay que hacer

Jorge Lastra Torres¹

Distintos elementos permiten afirmar que el sector salud arrastra ya por más de una década una crisis. Hechos objetivos como la caída en la oportunidad en la atención, el déficit presupuestario, la inequidad en los resultados sanitarios y otros subjetivos, como la insatisfacción de la población, así lo confirman. Datos indirectos apuntan en la misma dirección, como es el debate continuo sobre los cambios que pretenden dar cuenta en parte de estos problemas o las causas que los provocan. Por su parte, el escenario demográfico y epidemiológico; político y económico, muestra que de la demanda y de las condiciones de producción de servicios, el futuro, así como están las cosas, solo puede deteriorarse.

A lo anterior hay que agregar la condición de restricción de recursos, ya por una caja fiscal estrecha o decisiones de macroeconomía introducidas por la actual administración, que inhiben la posibilidad de una solución por la vía de más recursos.

Dentro del camino de las soluciones, una de las controversias que ha recorrido el análisis es la tensión entre el déficit de recursos y la ineficiencia del sector público como causas de la crisis.

Sin embargo, las reformas para mejora de la gestión han sido importantes y los resultados, siguen estando por debajo de las expectativas de los impulsores de ellas. Así y todo, poner en duda que la gestión debe mejorar para alcanzar nuevos resultados es un error. Quienes conocen la realidad de la atención de salud saben de áreas en que es posible lograr mayores rendimientos productivos, en el uso de activos, logística de insumos y estándares de rendimientos clínicos. Que la distribución de los recursos y el total disponible para el sector público, es insuficiente, tampoco resulta discutible. El endeudamiento anual de los hospitales y

el gasto que año a año supera el presupuesto, no es fruto puro de la ineficiencia, ya que no es un hecho aislado ni azaroso, afecta más o menos a todos los establecimientos, incluso aquellos con buenos indicadores de gestión, que valga la pena señalar existen y no se reconocen.

Por esta razón, creer que “con menos se puede hacer más”, como señaló alguna autoridad, no es razonable ni se ajusta a lo complejo del desafío. Reducir el presupuesto del sector, sin duda solo provocará más endeudamiento, deterioro de la atención de salud y profundización de la crisis. Suponer que el mercado mejorará las condiciones de la atención de salud, tampoco es solución, ya lo probó la privatización de la reforma de la dictadura que, al cabo de una década de implementación, solo profundizó la desigualdad en los resultados sanitarios y provocó serios daños a la salud de la población, como los estudios de la época lo registran.

¿Qué hacer entonces? Esa es la pregunta urgente.

En esto al menos algunas cuestiones tienen evidencia exitosa en países que están viviendo en forma anticipada parte de nuestros problemas. En los países europeos, este debate lleva algunos años ya en marcha y se han implementado medidas que es bueno considerar. Sin embargo, antes que nada, hay que tomar en cuenta elementos claves. La historia de nuestra salud pública muestra que en esta materia lograr la transversalidad es posible, de hecho, la reunión de la actual ministra con la mayor parte de quienes han dirigido la cartera es un buen signo. La atención de salud merece una política de estado, eso es posible y se ha logrado antes. Lo segundo, es situar la discusión en coordenadas mayores que en la de los recursos y/o la gestión, eso implica apelar al sentido de la salud

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

en la economía y no en la economía de la salud. Es decir, en el valor de la salud como inversión y no como gasto o, dicho de otro modo, que la salud no se deteriore al servicio del crecimiento, sino que más bien, se asegure ésta como factor del crecimiento, tal como lo expresa el Consejo de la OMS sobre la Economía de la Salud para Todos.

Otro elemento de contexto a tener en consideración es la necesidad de ser cuidadosos con los recursos y ya que, en el escenario de crisis, que por lo general provoca un aumento de la desigualdad económico-social y en salud, es especialmente importante atender a las poblaciones más vulnerables, que son, por cierto, las que menos han contribuido a crearla. De ahí que sean necesarias y justas políticas públicas de corrección de esta situación.

Con este contexto, debiera ser materia de un equipo transversal buscar caminos, así como lo

están haciendo en Europa, también afectada por la desigualdad, la escasez de recursos, una población envejecida y afectada de multimorbilidad, considerando el reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (APS) como eje articulador del sistema, con equipos multiprofesionales, orientación comunitaria, continuidad asistencial y mayor capacidad resolutive. Para transformarse en el núcleo de la gobernanza clínica territorial, coordinando la atención con hospitales, servicios sociales y dispositivos comunitarios. A ello, se puede agregar, la telemedicina y la integración sanitaria social. El desafío es complejo, pero si no hacemos algo distinto a nivel de modelo de atención, ni sacamos el debate de lo puramente económico, no tendremos resultados distintos a los que hoy tenemos y que en un marco de recursos restrictivo, será aún más difícil alcanzar.

Cómo el poder y las políticas públicas influyen en el cuidado cotidiano en salud mental

Gubernamentalidad, moral y resistencia en salud mental: aportes desde la antropología política

How power and public policy shape everyday mental health care
Governmentality, morality, and resistance in mental health: insights from political anthropology

Rafael Sepúlveda¹

RESUMEN

Este artículo analiza críticamente cómo el poder, las políticas públicas y los dispositivos institucionales configuran el cuidado en salud mental en Chile. Desde la antropología política, se exploran las nociones de gubernamentalidad, subjetivación y resistencia, integrando autores como Michel Foucault, Didier Fassin, Veena Das, João Biehl, James C. Scott, Pierre Bourdieu, Sandra Caponi y Vicente Sisto. El foco está en la experiencia de equipos clínicos de la red pública, mostrando cómo su trabajo cotidiano se tensiona por lógicas burocráticas, exigencias de eficiencia y jerarquías morales del sufrimiento. Con ejemplos situados y análisis crítico, se visibilizan formas de cuidado como resistencia ética dentro de restricciones institucionales, y se proponen implicancias prácticas para fortalecer el vínculo terapéutico y el horizonte comunitario.

Palabras clave: Gubernamentalidad, Economía moral del sufrimiento, Gerencialismo en salud, Cuidado como resistencia, Salud mental comunitaria.

ABSTRACT

This article critically examines how power, public policies, and institutional devices shape mental health care in Chile. Drawing on political anthropology, it explores governmentality, subjectivation, and resistance through the works of Michel Foucault, Didier Fassin, Veena Das, João Biehl, James C. Scott, Pierre Bourdieu, Sandra Caponi, and Vicente Sisto. The focus lies on the lived experience of public mental health teams, showing how daily practices are constrained by bureaucratic logics, efficiency demands, and moral hierarchies of suffering. Through situated examples and critical analysis, the article highlights forms of care-as-ethical-resistance within institutional constraints and offers practice-oriented implications for community-based services.

Key words: Governmentality, Moral economy of suffering, Managerialism in health, Care as resistance, Community mental health.

Recibido el 1 de noviembre de 2025. Aceptado el 30 de abril de 2026.

1 Médico Psiquiatra, Magister en Salud Pública, Doctorando en Antropología y Comunicación (Universitat Rovira i Virgili), Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Facultad de Ciencias Médicas USACH, Facultad de Medicina Universidad Mayor. Jefe de Servicio de Psiquiatría Hospital Barros Luco, Santiago de Chile. Correspondencia a: dr.rafaelsepulveda@gmail.com

1. EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL COMO TERRENO DE DISPUTA POLÍTICA

La salud mental pública en Chile ha sido, históricamente, un campo de disputa no solo técnica o administrativa, sino política en sentido profundo. Se disputan definiciones de normalidad y sufrimiento, la ciudadanía de quienes reciben atención, y el papel del Estado en la producción de subjetividades tratables. La perspectiva de antropología política permite leer este campo como un espacio donde se juegan relaciones de poder, se definen sentidos del cuidado y se articulan formas de dominación y resistencia.

Tras el retorno a la democracia, la reforma orientada al modelo comunitario buscó desinstitucionalizar, territorializar y ampliar el componente psicosocial. Sin embargo, su despliegue ha sido fragmentado y tensionado por lógicas biomédicas, eficientistas y de control. La hegemonía —en sentido gramsciano— opera como dirección intelectual y moral que produce sentido común; aplicado al campo de la salud mental, ello ayuda a explicar la naturalización de que la atención “correcta” prioriza diagnosticar, tratar y medir (Gramsci, 1971). Esta gramática se refuerza mediante habitus y jerarquías profesionales, reproduciendo autoridad clínica y lenguaje técnico que pueden eclipsar otros saberes y formas de cuidado (Bourdieu, 1994).

En la práctica, decisiones aparentemente rutinarias —qué se considera crisis, cuándo derivar a hospital, cómo registrar un relato— reenvían a disputas sobre qué vidas merecen cuidado prioritario, qué subjetividades son aceptables y qué sufrimientos resultan inteligibles para el sistema. Esta politicidad del quehacer se vuelve visible cuando los equipos sostienen el vínculo con usuarios que “no calzan” con el protocolo, o cuando negocian el tiempo clínico para escuchar aquello que no cabe en el formulario.

Medina y Carrasco (2018) muestran, desde una etnografía de dispositivos de gobierno sanitario, cómo tecnologías de gestión (p. ej., SIGGES) reordenan prioridades y consolidan un control que se articula con desigualdades de género, clase y etnia, generando trayectorias de cuidado marcadas por estigmatización y exclusión.

2. GUBERNAMENTALIDAD Y GESTIÓN DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO

Con Foucault (2006), la gubernamentalidad nombra la racionalidad por la que el Estado no solo disciplina, sino produce sujetos mediante

prácticas, discursos y tecnologías de gestión. En salud mental, esto se expresa en dispositivos que clasifican y priorizan el sufrimiento según criterios administrativos: metas, trazabilidad, indicadores, Registro Clínico Electrónico (RCE). La pregunta implícita deja de ser únicamente “¿qué necesita esta persona?” y pasa a ser “¿cómo se gestiona esto en el sistema?”

Esta racionalidad gerencial reconfigura la práctica, despojándola de parte de su dimensión ética y relacional (Sisto & Zelaya, 2013). Caponi (2015) muestra que dichas tecnologías de gobierno producen un sujeto responsabilizado de sí: se espera que autogestione su malestar, se adhiera y rinda. De este modo, la figura del “paciente cumplidor” opera como un criterio moral que condiciona el acceso y la calidad del cuidado.

Fassin (2009; 2012) aporta la noción de economía moral del sufrimiento: el Estado jerarquiza vidas, distribuye selectivamente escucha y cuidado. En salud mental, el sufrimiento “difícil” —cronicidad, consumo, migración, calle— es con frecuencia derivado, rebotado o silenciado. Para los equipos, esto produce dilemas morales cotidianos: ¿cómo sostener el cuidado cuando el tiempo no alcanza?, ¿cómo escuchar lo que no cabe en la ficha?, ¿cómo acompañar cuando los recursos están atados a indicadores? Estas tensiones atraviesan la subjetividad profesional. Sumado a ello, la burocratización puede generar malestar e incluso daño moral (moral injury) en quienes trabajan en salud, cuando deben actuar en contra de sus convicciones clínicas o éticas (Litz et al., 2009).

En este marco, existen comunicaciones recientes sobre cómo el managerialismo y los dispositivos de gestión producen tensiones éticas concretas en la clínica cotidiana —por ejemplo, la primacía de prestaciones “contables” por sobre intervenciones relacionales— y descripciones de micro-resistencias clínicas (reorganización de tiempos, ajustes de flujos, decisiones discrecionales orientadas a proteger el vínculo) que funcionan como cuidado contra-hegemónico (Sepúlveda, 2025)

3. DISPOSITIVOS, FORMULARIOS Y EL “IDIOMA” DEL SISTEMA: UNA ETNOGRAFÍA DEL PODER

El dispositivo (Foucault, 1998) es un entramado donde se articulan discursos, normas, espacios, registros y tecnologías que orientan el ver, pensar y actuar. En salud mental, Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC/COSAM), protocolos, RCE, comités técnicos, formatos de categorización, entrevistas estructuradas y rutas

de derivación operan como mallas que canalizan práctica y experiencia.

La etnografía del dispositivo (Sisto & Zelaya, 2013) permite observar cómo estos artefactos definen tiempos (15, 30, 45 minutos), jerarquías (quién habla, quién decide), elegibilidad (qué es atendible), y efectos de verdad (qué cuenta como intervención válida). Por ejemplo, RCE habilita la trazabilidad pero excluye relatos complejos; lo que no se codifica no existe en el orden del informe. Ese “idioma del sistema” —checklists, casillas, códigos— fabrica caso, configurando la realidad clínica.

Esta lectura no demoniza la gestión: reconoce su utilidad sanitaria, a la vez que muestra cómo estrecha el campo de lo pensable. El punto es distinguir cuándo el dispositivo facilita cuidado y cuándo lo anula. La pregunta clínica-política se vuelve concreta: ¿cómo conservar márgenes de flexibilidad para sostener el vínculo, reconocer itinerarios y valorar saberes locales?

4. SUBJETIVACIÓN, VIDA COTIDIANA Y LA POLÍTICA DE LA VIDA

La subjetivación —cómo nos convertimos en ciertos tipos de sujetos— ocurre en la vida cotidiana del vínculo clínico. Das (2007) muestra que allí se inscriben traumas, duelos y violencias de baja intensidad; el daño no siempre es espectacular, muchas veces es silencioso. La consulta puede reparar o herir. La presencia del Estado se hace tangible en la trama de esa relación, aun cuando nadie nombre “el Estado”.

Con Fassin (2009; 2012), podemos pensar una política de la vida: cómo se valora, jerarquiza y salva la vida de forma diferencial. En salud mental, ciertos sufrimientos obtienen atención preferente, otros reciben pedagogía de la obediencia (adhesión, responsabilidad individual). Se trata de una moral pública que organiza la compasión, el reproche y la distribución de recursos, midiendo méritos y culpas. En el extremo, Biehl (2005) documenta zonas de abandono social: vidas expulsadas de la inteligibilidad institucional. Aunque su etnografía es brasileña, resuena en Chile cuando vemos trayectorias que “quedan fuera” del circuito comunitario: discontinuidades de atención, puertas giratorias entre urgencia, hospital y calle.

5. RESISTENCIAS PROFESIONALES: CUIDADO COMO POLÍTICA COTIDIANA

La resistencia no ocurre solo en la protesta abierta. Scott (1990) llama infrapolítica a esas prácticas pequeñas —desvíos, silencios, gestos— que

desacralizan el orden sin declararlo. En los equipos de salud mental, esto aparece como “trampitas clínicas” (Andrade, 2015): reacomodos de agenda para seguir a un usuario grave por teléfono, extender una sesión cuando hay riesgo, inventar un sobrecupo, añadir una visita domiciliaria no programada, proteger el vínculo cuando el protocolo no ayuda.

Estas micro-decisiones no son negligencia; son ética en acción. No romantizan la desobediencia: muestran un criterio profesional que, ante marcos demasiado estrechos, rescata lo esencial del cuidado. La etnografía del dispositivo permite reflexionar colectivamente sobre estas estrategias, distinguiendo cuándo habilitan justicia y cuándo generan sobrecarga o riesgo institucional.

En la literatura hispanoamericana, Desviat (2014) articula esta defensa de una clínica ampliada, en diálogo con la salud colectiva, contra la reducción del síntoma a signo biomédico. Esta perspectiva resuena con hallazgos locales que reposicionan el vínculo como eje del cuidado en contextos de alta presión por resultados (Sepúlveda, 2023; 2025).

6. IMPLICANCIAS PRÁCTICAS PARA EQUIPOS DE LA RED

A partir del análisis, proponemos herramientas aplicables que no requieren recursos extraordinarios y pueden implementarse por equipos:

1. Anotar lo no codificable (minuto ético). Reservar 1–2 minutos de cada sesión para registrar en texto libre (en los espacios de texto libre del RCE, en bitácora interna del equipo) lo clínicamente significativo que no tiene casilla: duelos, violencias, cuidados informales. Esta práctica construye continuidad narrativa y protege el criterio clínico (Das, 2007).
2. Acordar semáforo de flexibilidad. Acordar como equipo criterios explícitos para flexibilizar tiempo/agenda en casos con riesgo psicosocial, comorbilidades o barreras de acceso. La decisión deja de ser “personal” y pasa a ser colectiva y trazable (Sisto & Zelaya, 2013).
3. Explicitar metas con sentido clínico. Reescribir al inicio del mes 1–2 metas propias del equipo (p. ej., “contacto proactivo con usuarios en abandono reciente”), compatibles con las metas institucionales, para alinear gestión y cuidado (Foucault, 2006).
4. Dar fluidez a los circuitos de cuidado.

- Identificar y simplificar 2–3 cuellos de botella (derivaciones, entrega de fármacos, coordinación con APS). Pequeños acuerdos interdispositivos o interservicios reducen desgaste del usuario y del equipo (Bourdieu, 1994).
5. Revisión moral de casos. Incorporar mensualmente una instancia corta para revisar 2 casos con foco en dilemas morales: ¿quiénes están quedando “fuera”? ¿cómo lo sabemos? ¿qué alternativa es posible? (Fassin, 2012; Litz et al., 2009).
 6. Mapa de cuidado comunitario. Actualizar trimestralmente un mapa de recursos barriales no sanitarios (comedores, clubes, grupos). El anclaje comunitario disminuye recaídas y renueva la identidad del servicio.
 7. Acompañamiento entre pares del equipo. Rotar a duplas breves de observación/feedback para evitar el aislamiento del clínico, mejorar criterio, y cuidar al cuidador (Das, 2007).

Estas acciones no sustituyen políticas ni presupuestos; son políticas del cuidado en escala micro, que despresurizan al equipo, protegen el vínculo y reencantan la práctica.

7. DISCUSIÓN: ENTRE LA GERENCIA Y EL CUIDADO, ¿QUÉ MODELO DEFENDEMOS?

El modelo comunitario chileno ha sido reencuadrado por lógicas gerenciales. No se trata de oponer “gestión mala” versus “clínica buena”, sino de repolitizar qué gestionamos y para qué. Si lo medible desplaza lo valioso, la gestión termina anulando la comunidad que dice promover. Con Foucault (2006), vemos que el poder circula y se resiste en el mismo movimiento: los equipos no son ejecutores ciegos; reinterpretan, negocian y reinventan. Con Fassin (2009; 2012), comprendemos que el sufrimiento se jerarquiza moralmente; los equipos pueden desobedecer compasivamente esa jerarquía seleccionando alianzas; priorizar trayectorias invisibles y devolver inteligibilidad a quien fue expulsado del lenguaje del sistema. Con Das (2007), recordamos que la cita clínica es un lugar de mundo: allí se decide si la palabra del usuario encuentra casa.

8. CONCLUSIONES

1. La salud mental pública en Chile es un campo político donde se definen vidas y posibilidades.

2. La gubernamentalidad y los dispositivos ordenan la práctica, pero estrechan la escucha; reconocerlo permite abrir márgenes de flexibilidad justa.
3. Existen jerarquías morales del sufrimiento; los equipos las resisten cuando reconocen historias que el formulario no capta y producen cuidado a pesar de la fricción institucional.
4. El cuidado es una forma de resistencia: repara a usuarios, sostiene equipos y reencanta el sentido del servicio público.
5. Las pistas aplicables propuestas son modestas pero acumulativas; su fuerza está en hacer colectivo lo que muchas veces se vive en soledad.

REFERENCIAS

- Andrade, G. (2015). Hacer trampita para sobrevivir: significaciones sobre el tratamiento de la depresión en atención primaria. *Psicoperspectivas*, 14(3), 117–127. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol14-issue3-fulltext-603>
- Biehl, J. (2005). *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. University of California Press.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Seuil.
- Caponi, S. (2015). Biopolítica y medicalización: notas para un debate contemporáneo. *Revista Sociedad y Equidad*, (8), 45–66. <https://doi.org/10.5354/0718-8462.2015.37858>
- Das, V. (2007). *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary*. University of California Press.
- Desviat, M. (2014). Clínica, reforma psiquiátrica y salud colectiva. *Tramas. Subjetividad y Procesos Sociales*, (42), 13–26. <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/733>
- Fassin, D. (2009). Les économies morales revisitées. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 64(6), 1237–1266. <https://doi.org/10.1017/S0395264900007876>
- Fassin, D. (2012). *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Éditions Hautes Études.
- Foucault, M. (1998). *Microfísica del poder* (2.ª ed.). La Piqueta.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Fondo de Cultura Económica.

- Gramsci, A. (1971). *Selections from the Prison Notebooks*. International Publishers.
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review, 29*(8), 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
- Medina, S., & Carrasco, J. (2018). El Sistema Informático de la Reforma GES en Chile: Una etnografía de dispositivos de gobierno sanitario. *Physis, 28*(4), e280424. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280424>
- Scott, J. C. (1990). *Domination and the Arts of Resistance: Hidden Transcripts*. Yale University Press.
- Sepúlveda, R. (2023). Desafíos y perspectivas en la política pública de salud mental en Chile: comprender el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención desde la mirada de las personas. *Intervención, 13*(1), 1–17. <https://doi.org/10.53689/int.v13i1.177>
- Sepúlveda, R. (2025). Cuando cuidar se vuelve difícil: gestión, dispositivos y tensiones éticas en salud mental. *Cuadernos Médico-Sociales, 65*(2), 5–9. <https://doi.org/10.56116/cms.v65.n.2.2025.2285>
- Sisto, V., & Zelaya, V. (2013). La etnografía de dispositivos como herramienta de análisis y el estudio del managerialismo como práctica local. *Universitas Psychologica, 12*(2), 439–450. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-2.eddh>

Disponibilidad territorial de opioides en el Programa de Cuidados Paliativos Universales de la red asistencial Ñuble

Territorial availability of opioids in the Universal Palliative Care Program of the Ñuble health network

Alejandro Cares Carrasco¹
Susana Rocha Castillo²
Mónica Naveillan Jensen³

RESUMEN

Introducción: El acceso oportuno a opioides es esencial en cuidados paliativos. La Ley 21.375 y el Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) extendieron estas prestaciones en Chile, incrementando la demanda territorial. La disponibilidad de opioides en la red del Servicio de Salud Ñuble (SSÑ) no estaba caracterizada.

Objetivo: Describir la disponibilidad territorial y el patrón de distribución de opioides para pacientes CPU en la red SSÑ, mediante la conversión a miligramos de morfina oral equivalente (OME).

Método: Estudio descriptivo y retrospectivo (enero–junio 2025) basado en registros de la Droguería institucional del SSÑ y REM P03. Se analizó la distribución de buprenorfina transdérmica, morfina oral y morfina inyectable, expresando la disponibilidad en OME total, OME/paciente (semestre) y OME/día/paciente.

Resultados: Se registraron 355 pacientes CPU y se distribuyeron 628.030 mg OME. El promedio regional fue de 9,8 mg OME/día/paciente. Se observó marcada heterogeneidad territorial: algunas comunas no registraron egresos de opioides pese a tener pacientes bajo control, mientras otras superaron 60 mg OME/día/paciente. Buprenorfina predominó sobre las demás presentaciones.

Conclusiones: El estudio establece una línea base regional, identifica brechas en el acceso territorial a opioides y proporciona información para orientar acciones formativas, prescriptivas y logísticas que fortalezcan la equidad en el Programa CPU.

Palabras clave (DeCS): Opioides, Cuidados Paliativos, Acceso a Medicamentos, Salud Pública, Chile.

ABSTRACT

Background: Timely opioid access is essential in palliative care. Chile's Law 21.375 and the Universal Palliative Care Program (CPU) expanded these services beyond oncological conditions, increasing territorial demand. Opioid availability in the Ñuble Health Service (SSÑ) network had not been characterized.

Objective: To describe the territorial availability and distribution pattern of opioids for CPU patients in

Recibido el 11 de noviembre de 2025. Aceptado el 18 de mayo de 2026.

1 Departamento de Gestión Farmacéutica, Dirección de Atención Primaria, Servicio de Salud Ñuble, Chile. Correspondencia a: Correo: alejandro.cares.c@redsalud.gob.cl ORCID: 0009-0007-7289-1518

2 Departamento de Gestión Farmacéutica, Dirección de Atención Primaria, Servicio de Salud Ñuble, Chile.

3 Programa de Cuidados Paliativos Universales APS, Servicio de Salud Ñuble, Chile.

the SSÑ network, using conversion to oral morphine equivalents (OME).

Methods: Descriptive and retrospective study (January–June 2025) based on institutional drug warehouse records (SIGBO) and REM P03. Distribution of transdermal buprenorphine, oral morphine, and injectable morphine was analyzed and expressed as total OME, OME per patient (semester), and daily OME per CPU patient.

Results: A total of 355 CPU patients were registered, with 628,030 mg OME distributed. The regional average was 9.8 mg OME/day/patient. Marked territorial heterogeneity was observed: some communes showed no opioid distribution despite having patients under control, while others exceeded 60 mg OME/day/patient. Buprenorphine predominated over other formulations.

Conclusions: This study establishes a regional baseline, identifies territorial gaps in opioid access, and provides evidence to guide training, prescribing, and logistics actions aimed at strengthening equity in the CPU program.

Keywords: Opioids, Palliative Care, Access to Medicines, Public Health, Chile.

INTRODUCCIÓN

El uso de opioides mayores es una herramienta terapéutica central para el manejo del dolor moderado a severo en pacientes con enfermedades avanzadas. A nivel mundial, el acceso insuficiente a analgésicos opioides constituye un problema de salud pública que afecta desproporcionadamente a países de ingresos bajos y medios, y aun en contextos de mayor desarrollo se observan brechas territoriales significativas (Knaul et al., 2018).

En Chile, la promulgación de la Ley 21.375 en 2021 consagró el acceso a cuidados paliativos como un derecho universal, extendiendo la cobertura farmacológica más allá de las patologías oncológicas e incorporando enfermedades graves y/o terminales limitantes de la vida (Ministerio de Salud de Chile, 2023). Esta expansión incrementó la demanda territorial de opioides mayores dentro de la red pública, en un escenario donde la disponibilidad previa se concentraba principalmente en el programa oncológico GES. Estudios recientes destacan que Chile, pese a liderar el acceso a opioides en Latinoamérica, enfrenta desafíos significativos

para integrar equitativamente los cuidados paliativos en todos los niveles del sistema de salud (Pérez-Cruz et al., 2023; Leniz et al., 2024).

En el Servicio de Salud Ñuble (SSÑ), la provisión de opioides para el Programa CPU es centralizada a través de la Droguería Institucional, lo que permite cuantificar la distribución efectiva por establecimiento. No existían estudios previos que caracterizaran la disponibilidad real de opioides mayores en el territorio ni la relación entre el egreso de medicamentos y el número de pacientes CPU atendidos. Este análisis permite aproximarse indirectamente a la equidad en el acceso a medicamentos esenciales, considerando que su adecuada provisión constituye un indicador de la capacidad del sistema para responder al derecho legalmente garantizado de recibir cuidados paliativos universales.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, basado en fuentes administrativas institucionales del Servicio de Salud Ñuble (SSÑ). El período de análisis comprendió enero a junio de 2025, abarcando la totalidad de la red asistencial de atención primaria del territorio, compuesta por 29 CESFAM, 2 droguerías comunales (El Carmen y Coelemu) y 5 hospitales comunitarios.

Se consideraron los pacientes no oncológicos inscritos en el Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) y registrados en el REM P03 del mes de junio de 2025 (período enero a junio). Dicho reporte correspondió al primer consolidado regional desde la implementación del programa, con 355 usuarios activos durante el semestre analizado.

La información sobre distribución de medicamentos se obtuvo desde el sistema informático de la Droguería del SSÑ (SIGBO), identificando los egresos de opioides efectuados a los distintos establecimientos entre enero y junio de 2025. Dado que la adquisición y provisión de opioides del Programa CPU es centralizada, los egresos registrados en SIGBO reflejan de manera fidedigna la disponibilidad efectiva de opioides mayores en la red asistencial.

Se analizaron las siguientes presentaciones: buprenorfina 35 mcg/h (parche transdérmico, recambio cada 3-4 días), morfina oral 20 mg/mL en frascos de 20 mL y 60 mL, y morfina ampolla 10 mg/1 mL (uso subcutáneo). Se excluyó el

tramadol en todas sus presentaciones, conforme a las recomendaciones de la literatura internacional, dado que no es considerado opioide mayor para cuidados paliativos (Ministerio de Salud de Chile, 2023).

Con el fin de estandarizar la comparación entre formulaciones y vías de administración, se realizó la conversión a miligramos de morfina oral equivalente (OME) utilizando factores de conversión validados en la literatura internacional especializada en cuidados paliativos (Wilcock et al., 2022; Ministerio de Salud de Chile, 2023):

- Morfina oral 20 mg/mL frasco 20 mL: 400 mg OME por unidad (20 mL × 20 mg/mL)
- Morfina oral 20 mg/mL frasco 60 mL: 1.200 mg OME por unidad (60 mL × 20 mg/mL)
- Morfina ampolla 10 mg/1 mL: 15 mg OME por ampolla (factor de conversión subcutáneo a oral: 1:1,5)
- Buprenorfina 35 mcg/h parche transdérmico: 84 mg OME por unidad (basado en una razón morfina oral: buprenorfina transdérmica de 95:1, correspondiente a la recomendación del fabricante; la literatura reporta un rango de 75:1 a 115:1)

Los datos fueron consolidados por comuna, establecimiento y dependencia administrativa (SSÑ o municipal), calculándose los siguientes indicadores:

- OME total (mg): suma del OME por medicamento y presentación durante el semestre.
- OME/paciente CPU (mg/semestre): razón entre el OME total y el número de pacientes CPU registrados en el REM P03 por establecimiento.

- OME/día/paciente (mg/día): resultado del indicador anterior dividido por 180 días, equivalente a la duración del semestre analizado.

El estudio utilizó exclusivamente datos administrativos agregados de distribución de medicamentos, sin acceso a información individual ni sensible de pacientes. El análisis se enmarca en las actividades de evaluación y mejora continua de la gestión farmacéutica institucional del SSÑ, por lo que no requirió evaluación por comité de ética, en conformidad con la normativa vigente para estudios basados en datos secundarios anonimizados de gestión sanitaria.

RESULTADOS

Durante el primer semestre de 2025 se registraron 355 pacientes activos en el Programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) en la red asistencial del Servicio de Salud Ñuble (SSÑ). En el mismo período, la distribución total de opioides mayores alcanzó los 628.030 mg OME, con una disponibilidad promedio regional de 9,8 mg OME/día/paciente CPU.

Al analizar el perfil de distribución por tipo de opioide, se observó un predominio de buprenorfina transdérmica, seguida por morfina oral y, en menor proporción, morfina inyectable de uso subcutáneo (Tabla N°1). Este patrón sugiere una preferencia clínica por buprenorfina, asociada a su facilidad de administración, menor riesgo de efectos adversos y mayor aceptación en domicilio, mientras que la baja distribución de morfina ampolla podría restringir el manejo de síntomas refractarios en fases avanzadas.

Tabla 1: Distribución de opioides mayores por presentación y conversión a morfina oral equivalente (OME). Programa CPU, enero–junio 2025.

Medicamento / Presentación	Unidades distribuidas	OME por unidad (mg)	OME total por medicamento (mg)
Buprenorfina 35 mcg/h (parche)	1.720	210	361.200 (57,5%)
Morfina oral 20 mg/mL, frasco 20 mL	37	400	14.800 (2,4%)
Morfina oral 20 mg/mL, frasco 60 mL	205	1.200	246.000 (39,2%)
Morfina ampolla 10 mg/mL (uso subcutáneo)	402	15	6.030 (1,0%)
Total			628.030 (100,0%)

Fuente: SIGBO – Droguería SS Ñuble, enero–junio 2025. Factores de conversión a OME: morfina oral, cálculo directo por concentración y volumen; morfina SC, factor 1:1,5 (vía SC a oral); buprenorfina transdérmica 35 mcg/h, razón 95:1 (rango validado en literatura: 75:1–115:1). CPU: Cuidados Paliativos Universales; SS Ñuble: Servicio de Salud Ñuble; OME: morfina oral equivalente.

La disponibilidad territorial mostró una marcada heterogeneidad entre comunas y establecimientos. Se identificaron recintos con pacientes CPU activos sin egresos de opioides mayores,

mientras que otros superaron los 60 mg OME/día/paciente, reflejando diferencias significativas en la distribución y uso potencial de estos medicamentos en el territorio (Tabla N°2).

Tabla 2: Disponibilidad territorial de opioides para pacientes del Programa CPU por establecimiento, expresada en mg OME/día/paciente, enero–junio 2025.

Provincia	Dependencia	Comuna	Establecimiento	N° pacientes CPU	OME total (mg)	OME/paciente CPU (mg/sem.)	mg OME/día/paciente
Diguillín	SS Ñuble	El Carmen	HCSF El Carmen	8	91.500	11.437,5	63,5
Diguillín	SS Ñuble	Bulnes	HCSF Bulnes	16	128.000	8.000,0	44,4
Diguillín	SS Ñuble	Yungay	HCSF Yungay	5	21.000	4.200,0	23,3
Punilla	Municipal	San Carlos	D. San Carlos †	32	94.500	2.953,1	16,4
Diguillín	Municipal	San Ignacio	C. San Ignacio †	7	16.775	2.396,4	13,3
Ñuble-Itata	Municipal	Ránquil	C. Ñipas	9	20.250	2.250,0	12,5
Punilla	Municipal	San Nicolás	C. San Nicolás	8	17.850	2.231,3	12,4
Diguillín	Municipal	Pemuco	C. Pemuco	3	6.675	2.225,0	12,4
Diguillín	Municipal	Chillán	C. Ultraestación	13	27.350	2.103,8	11,7
Diguillín	SS Ñuble	Chillán	C. Violeta Parra	32	64.800	2.025,0	11,3
Punilla	Municipal	Coihueco	C. Luis Montecinos	7	7.350	1.050,0	5,8
Diguillín	Municipal	Chillán	C. Los Volcanes	13	9.910	762,3	4,2
Diguillín	Municipal	Chillán	C. San Ramón Nonato	12	8.810	734,2	4,1
Diguillín	Municipal	Chillán	C. Isabel Riquelme	27	19.750	731,5	4,1
Ñuble-Itata	SS Ñuble	Coelemu	HCSF Coelemu	13	8.865	681,9	3,8
Diguillín	Municipal	Yungay	C. Campanario	4	2.400	600,0	3,3
Punilla	Municipal	Coihueco	C. Coihueco	45	23.850	530,0	2,9
Diguillín	Municipal	Chillán	C. Sol de Oriente	8	3.985	498,1	2,8
Diguillín	Municipal	Bulnes	C. Santa Clara	16	7.800	487,5	2,7
Diguillín	Municipal	Quillón	C. Quillón	20	7.200	360,0	2,0
Diguillín	Municipal	Pinto	C. Pinto	10	3.300	330,0	1,8
Ñuble-Itata	Municipal	Cobquecura	C. Cobquecura	10	2.100	210,0	1,2
Ñuble-Itata	Municipal	Trehuaco	C. Trehuaco	4	150	37,5	0,2
Diguillín	Municipal	Chillán	C. Quinchamalí	6	60	10,0	0,1
Diguillín	Municipal	Chillán Viejo	C. Michelle Bachelet	0	18.900	0,0	0,0
Diguillín	Municipal	Chillán Viejo	C. Federico Puga	0	1.050	0,0	0,0
Ñuble-Itata	Municipal	Coelemu	D. Coelemu	0	3.450	0,0	0,0
Punilla	Municipal	Coihueco	P. Talquipen	2	0	0,0	0,0
Diguillín	Municipal	El Carmen	D. El Carmen	3	0	0,0	0,0
Ñuble-Itata	Municipal	Ninhue	C. Ninhue	0	10.400	0,0	0,0
Punilla	Municipal	Ñiquen	C. San Gregorio	5	0	0,0	0,0
Ñuble-Itata	Municipal	Portezuelo	C. Portezuelo	4	0	0,0	0,0
Ñuble-Itata	Municipal	Quirihue	D. Quirihue	0	0	0,0	0,0
Ñuble-Itata	SS Ñuble	Quirihue	HCSF Quirihue	9	0	0,0	0,0
Punilla	Municipal	San Fabián	C. San Fabián	4	0	0,0	0,0
Total Regional				355	628.030	1.769,1	9,8

Fuente: SIGBO – Droguería SSÑuble y REM P03, enero–junio 2025. † Distribución consolidada en un único establecimiento; no es posible el análisis desagregado. HCSF: Hospital Comunitario de Salud Familiar; D.: Droguería comunal; C.: CESFAM; P.: Posta rural. CPU: Cuidados Paliativos Universales; OME: morfina oral equivalente; SS Ñuble: Servicio de Salud Ñuble.

A nivel territorial, las mayores disponibilidades diarias por paciente CPU se concentraron en establecimientos dependientes del SSÑ, especialmente Hospital El Carmen (63,5 mg OME/día/paciente), Hospital Bulnes (44,4 mg) y Hospital Yungay (23,3 mg). Entre los establecimientos municipales destacaron San Carlos (16,4 mg) y San Ignacio (13,3 mg). En contraste, se identificaron comunas sin registro de distribución de opioides mayores pese a contar con pacientes bajo control, principalmente Ñiquen, Portezuelo, San Fabián y Quirihue.

DISCUSIÓN

Los resultados evidencian una disponibilidad heterogénea de opioides mayores en la red asistencial del SSÑ, a pesar de existir un modelo de provisión centralizada que busca garantizar el acceso equitativo. La presencia de comunas con pacientes CPU activos sin egresos de opioides plantea interrogantes sobre barreras en la prescripción, gestión de stock o capacitación clínica, aspectos que deben abordarse prioritariamente en el contexto del derecho garantizado por la Ley 21.375.

El promedio regional de 9,8 mg OME/día/paciente debe interpretarse con cautela y en su contexto específico. A diferencia de los estudios que reportan estándares internacionales para cuidados paliativos oncológicos —donde el consumo diario de opioides suele ser considerablemente mayor—, la población analizada corresponde exclusivamente a pacientes no oncológicos del Programa CPU, con perfiles de dolor habitualmente diferentes, menor requerimiento analgésico basal y mayor prevalencia de etapas iniciales de enfermedad. Esta distinción es crucial: la Comisión Lancet de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor utiliza el indicador DOME (Distributed Opioid Morphine Equivalents) per cápita para evaluar disponibilidad a nivel país —Chile registra 26,3 mg DOME per cápita anual—, pero dicho indicador agrega toda la población, sin diferenciar por programa ni tipo de paciente (Knaul et al., 2018). Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud no establece dosis mínimas diarias específicas para poblaciones no oncológicas en atención primaria. En consecuencia, no existe un estándar internacional de referencia directo para comparar el valor de 9,8 mg OME/día/paciente observado; su utilidad radica en establecer una línea base regional, más que en juzgar suficiencia terapéutica.

El predominio de buprenorfina transdérmica puede explicarse por sus ventajas prácticas:

administración simple mediante parche, buena tolerancia, perfil de seguridad favorable en pacientes renales y mayor aceptación en el entorno domiciliario (Wilcock et al., 2022). Sin embargo, esta tendencia podría reflejar una dependencia excesiva de una única opción terapéutica, reduciendo la flexibilidad para ajustar tratamientos en etapas finales, donde la morfina subcutánea resulta fundamental para el control rápido de síntomas refractarios, disnea e irrupción de dolor agudo.

La baja disponibilidad de morfina inyectable es particularmente relevante, dado su rol clave en la atención domiciliar de pacientes en fase terminal sin vía oral disponible. Este hallazgo se enmarca en la problemática regional latinoamericana de acceso a opioides, donde incluso países con legislación favorable presentan brechas territoriales y de capacitación que limitan la prescripción racional (Vahos et al., 2023; León et al., 2024).

La variabilidad intercomunal observada refleja probablemente una combinación de factores: dificultades en la conformación de equipos CPU, desconocimiento sobre la disponibilidad de opioides en la canasta del programa, escasa capacitación de los profesionales prescriptores, o perfiles clínicos con bajo requerimiento analgésico en etapas iniciales. Estudios recientes proyectan un aumento sostenido de las necesidades de cuidados paliativos en Chile, especialmente en población no oncológica, lo que hace urgente fortalecer la capacidad técnica territorial (Leniz et al., 2024).

Finalmente, este estudio demuestra que el uso de fuentes administrativas —datos de distribución de fármacos y población bajo control— permite generar información de alto valor para la gestión sanitaria sin requerir recursos adicionales. Este enfoque puede posicionar a la farmacia institucional como actor estratégico en la evaluación del acceso equitativo a medicamentos esenciales en cuidados paliativos (Pérez-Cruz et al., 2023).

LIMITACIONES

El estudio se basa en egresos desde la Droguería institucional y no en administración efectiva al paciente, por lo que no permite inferir consumo real ni adherencia. Además, los opioides utilizados por la población oncológica bajo GES tienen un financiamiento y circuito de distribución distintos, por lo que no fueron incluidos en este análisis; los datos presentados reflejan exclusivamente la disponibilidad para el Programa CPU no oncológico. El análisis corresponde a un semestre y a un único servicio de salud, lo que limita la extrapolación nacional.

CONCLUSIONES

El estudio establece la primera línea base regional sobre disponibilidad territorial de opioides mayores en el Programa CPU del Servicio de Salud Ñuble. Los resultados evidencian heterogeneidad en el acceso y predominio de buprenorfina transdérmica, junto con una baja disponibilidad de morfina inyectable. El promedio de 9,8 mg OME/día/paciente constituye un indicador de gestión relevante para el monitoreo del programa, cuya interpretación debe considerar las características específicas de la población no oncológica atendida. Estos hallazgos orientan acciones formativas, prescriptivas y logísticas para fortalecer la equidad y oportunidad en el manejo farmacológico del dolor en cuidados paliativos universales.

Agradecimientos

Al equipo del Programa CPU y al Departamento de Gestión Farmacéutica del Servicio de Salud Ñuble por la colaboración técnica en el análisis de datos. Se reconoce el compromiso de los equipos comunales y hospitales comunitarios de la red, cuyo trabajo cotidiano posibilita la atención integral de las personas con enfermedades graves y/o terminales.

Financiamiento

Sin financiamiento externo. Desarrollado con recursos institucionales propios del Servicio de Salud Ñuble, en el marco de sus funciones de evaluación y mejora continua de la gestión en salud pública.

Conflictos de interés

Los autores declaran no presentar conflictos de interés relacionados con los contenidos de este estudio.

REFERENCIAS

- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., ... & Rajagopal, M. R. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*, 391(10128), 1391–1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)

- Leniz, J., Domínguez, A., Bone, A. E., Etkind, S., Perez-Cruz, P. E., & Sleeman, K. E. (2024). Past trends and future projections of palliative care needs in Chile: analysis of routinely available death registry and population data. *BMC Medicine*, 22, 350. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03570-1>
- León, P. J., Altermatt, F. R., Vega, E. A., Elgueta, M. F., & Léniz, J. (2024). Opioid use in Latin America: Chronicle of a death foretold? *Journal of Global Health*, 14, 03040. <https://doi.org/10.7189/jogh.14.03040>
- Ministerio de Salud de Chile. (2023). Orientación técnica para la implementación del Programa de Cuidados Paliativos Universales. MINSAL. <https://www.minsal.cl>
- Pérez-Cruz, P. E., Undurraga, E., Arreola-Ornelas, H., Corsi, O., Jiang Kwete, X. X., & Krakauer, E. L. (2023). Bridging gaps to universal palliative care access in Chile: serious health-related suffering and the cost of expanding the package of care services. *Lancet Regional Health – Americas*, 19, 100425. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100425>
- Vahos, J., Rojas-Cortés, R., Daza, D., Osorio-Florez, L. C., Macías Saint-Gerons, D., Pastrana, T., ... & Castro, J. L. (2023). Barriers of access to opioid medicines within the context of palliative care in Latin America: the perception of health professionals. *Journal of Palliative Medicine*, 26(2), 199–209. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0122>
- Wilcock, A., Howard, P., & Charlesworth, S. (2022). *Palliative Care Formulary (PCF8)* (8th ed.). Pharmaceutical Press.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Left behind in pain: extent and causes of global variations in access to morphine for medical use and actions to improve safe access. OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/369294>

El giro hacia lo colectivo: resistencias del cuerpo funcional al cambio de paradigma en el trabajo comunitario en la atención primaria de la salud de la comuna de Buin

The shift toward the collective: functional resistance to a paradigm change in community work within primary health care in the municipality of Buin

Cristóbal Escobar Romero¹

RESUMEN

El siguiente artículo tiene por objetivo presentar la sistematización de la experiencia de cambio de paradigma en el trabajo con comunidades que se vinculan a la Atención Primaria de la Salud en la comuna de Buin. Esto se realizó por medio de un proceso de ordenamiento y del análisis crítico de la experiencia práctica de lo vivido en un poco más de dos años y medios de trabajo realizado, esperando contribuir a la reflexión y al aprendizaje de los errores y aciertos cometidos, con el fin de que sirvan de insumo para nuevas iniciativas que persigan generar cambios significativos en el quehacer de los modelos de salud primaria.

Palabras clave: Participación de la Comunidad, Gestión del Cambio, Política de Salud, Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

This article aims to present a systematization of the experience in implementing a paradigm shift in community work linked to Primary Health Care in the municipality of Buin. The process involves organizing and critically analyzing more than two and a half years of practical experience, with the intention of contributing to reflection and learning from both the successes and mistakes encountered. The ultimate goal is to provide insights that may serve as input for future initiatives seeking to generate meaningful changes in primary health care models.

Keywords: Community Participation, Change Management, Health Policy, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

En la comuna de Buin, hace poco más de dos años y medio se lleva implementando un cambio de paradigma en el trabajo comunitario, el que se fue transformando progresivamente en un giro hacia lo colectivo en el quehacer de la Atención Primaria de la Salud (APS) local. Esto surgió a mediados del 2022 a partir de una crisis interna del modelo de participación social, el cual no estaba satisfaciendo los requerimientos de los equipos de salud, ni tampoco de las comunidades vinculadas a nuestra red. Por medio de la experiencia,

Recibido el 12 de diciembre de 2025. Aceptado el 24 de mayo de 2026.

¹ Trabajador Social. Encargado de Participación Social, APS Buin. Magíster en Estudios Culturales.
Correspondencia a: cristobal.trabajadorsocial@gmail.com

hemos tenido diversos aprendizajes y que han demostrado que, con voluntad y dedicación profesional, que política sanitaria local puede ser cambiada, logrando innovación, vinculación y trabajo comunitario, en favor del bienestar colectivo de las diversas comunidades con las cuales trabajamos. También hemos podido experimentar las principales fricciones que la estructura histórica y el funcionamiento que la APS tiene, configurándose como resistencias a los procesos de cambio en el quehacer cotidiano del modelo de salud primaria de Buin.

MATERIAL Y MÉTODO

El artículo surge del proceso de sistematización y reflexión crítica de la experiencia práctica que el equipo ha tenido en poco más de dos años y medio. En la implementación de un cambio de paradigma entorno al trabajo comunitario en la Atención Primaria de Salud de la comuna de Buin. El trabajo que aquí se presenta espera contribuir al ordenamiento de las dinámicas complejas vividas y la construcción de conocimientos autónomos y pertinentes a cada territorio y sus comunidades. Articulando una narrativa cohesionada desde las diversas potencialidades y limitaciones experimentadas, favoreciendo futuros enfoques y orientaciones relacionadas a la implementación de nuevos procesos de cambio dentro de la APS desde una perspectiva crítica del quehacer sanitario actual.

DESARROLLO

A fines del año 2022, a partir de un análisis interno de la situación de la participación social en la APS de Buin, la Dirección de Salud Comunal (DSC) perteneciente a la Corporación de Desarrollo Social de Buin, detectó la necesidad de contar con nuevas formas de realizar trabajo participativo con las comunidades vinculadas a los centros de salud de la comuna². El desafío inicial era enfrentar dos grandes problemas; por un lado, el equipo que lideraba la estrategia sufría desgaste y falta de motivación para continuar en sus puestos de trabajos, y por otro, existía un consenso institucional y comunitario que hablaba de una escasa vinculación, diálogo y despliegue con los diversos territorios de la comuna.

Bajo este primer diagnóstico, los primeros meses las fuerzas se concentraron en resolver estas dos dificultades, para esto, la Dirección de Salud Comunal (DSC) buscó un nuevo encargado comunal con conocimiento y experiencia en trabajo con comunidades, quien se encargó de liderar el proceso de reestructuración y cambio de paradigma que orientará el accionar hacia lo colectivo. Como primera medida, se acordó en conjunto con los directivos de salud, la renovación del grupo de encargados locales de los Programas de Participación y Promoción de la Salud³, ya que lo prioritario era armar un equipo con integrantes motivados y dispuestos hacia el trabajo comunitario.

Una vez conformado el nuevo grupo, el siguiente reto fue realizar una revisión crítica de lo que se había implementado en términos de trabajo comunitario en particular, respecto de lo realizado por los Programas de Participación y Promoción de la Salud en Buin. Para conseguir esto, se llevó a cabo una investigación documental sobre lo ejecutado por estas dos estrategias los años anteriores, la cual fue complementada con datos entregados por entrevistados claves y por la observación participante en instancias comunitarias de la APS de Buin.

Los resultados de esta investigación sobre la participación en salud, se pueden resumir de la siguiente manera: manteníamos un estilo de participación decorativo e instrumentalista, caracterizado por el predominio del cumplimiento de metas sanitarias, escasa vinculación comunitaria y poco despliegue territorial, dificultando el surgimiento de instancias y procesos significativos de participación en los territorios de la comuna, lo cual no estaba cumpliendo con los objetivos ni las expectativas, tanto de las diversas comunidades donde se insertan los centros de salud, como tampoco de los equipos de salud de APS. Esto tampoco estaba en acuerdo a lo orientado por los diversos organismos internacionales y nacionales de salud, que recomiendan profundizar una participación democrática y no paternalista. Igual como lo indican las orientaciones técnicas del año 2025 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, donde se establece que las instituciones públicas sanitarias deben avanzar hacia una participación significativa que incluya la voz de los grupos históricamente excluidos en la

2 Los centros de salud primaria en Buin son nueve: PSR Valdivia de Paine; PSR Viluco; CESFAM Maipo; CESFAM Héctor García, CECOSF Héctor García; PSR El Recurso; PSR Los Morros; CESFAM Alto Jahuel y CECOSF Linderos.

3 En la APS de Buin, se unía en una misma persona los cargos de participación social y promoción de la salud, ya que son considerados por el modelo sanitario como los responsables de liderar la estrategia comunitaria hacia afuera o extramuros de los centros de la red primaria de salud.

gestión de su propia salud (Ministerio de Salud [MINSAL], 2025, p. 22).

Por su parte, respecto al programa de Promoción de la salud, la investigación encontró que durante muchos años se había priorizado solo una forma de hacer promoción de la salud, la corriente desarrollada en Estados Unidos, llamada promoción para el empoderamiento, que busca generar cambios de comportamiento y estilos de vida mediante intervenciones más individuales para la prevención de la salud, posicionando la visión del funcionario/experto como el guía de todo el proceso promocional. Dificultando con esto la posibilidad de dialogar de manera horizontal con otras formas comunitarias de hacer promoción en los territorios, y por tanto, convirtiéndose en una barrera para la consolidación de estrategias e iniciativas colaborativas más integrales y multisectoriales (Blanco, 2016, pp. 139-140).

Estos resultados presentan un factor común: la falta de una mirada desde abajo, y esto es justamente lo que constituye uno de los principales cambios epistemológicos propuestos por el nuevo modelo de trabajo comunitario de participación y promoción de la salud en Buin. Lo importante de este giro es que “en la perspectiva epistemológica desde abajo la objetividad se logra *situándose adentro* del proceso del cual se opina, pensando críticamente con la diversidad de los actores del campo popular” (Rauber, 2020, cap. 6. párr. 20). Lo que se refiere como nueva “objetividad” es más bien un nuevo conocimiento que se construye a partir de la inclusión y valoración de las diversas miradas, narrativas y procesos de construcción de conocimientos basados en la participación comunitaria, el diálogo efectivo, y el encuentro de saberes. La perspectiva epistemológica “desde abajo” se utiliza como una metodología horizontal que permite la construcción colaborativa con las comunidades y personas; permitiendo profundizar contextual y situadamente las acciones a favor del bienestar colectivo de las comunidades con las cuales nos relacionamos. Aspecto que no había sido abordado por las estrategias vinculadas a lo participativo y promocional en la APS de Buin, las cuales tendían a ser verticales y homogéneas, ignorando algunos determinantes sociales, que van de la mano con una comuna con alta dispersión geográfica y problemas importantes relacionados a la inequidad rural.

Esta nueva forma de mirar lo comunitario, coincidió con un cambio de enfoque de la estrategia participativa del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), quienes desde el 2022 instalaron en toda la red primaria de la zona metropolitana sur

un nuevo modelo de trabajo implementado en Andalucía, España, basado en el mapeo de activos comunitarios y en el enfoque salutogénico como su piedra angular. Una mirada renovada que apuntaba a detectar y articular potencialidades en los territorios en búsqueda del bienestar integral de las comunidades.

Tanto la crisis interna de la APS Buin respecto a la forma de hacer participación, como el cambio en el paradigma comunitario de las orientaciones técnicas del SSMS, responden a una crisis estructural sobre las formas de vinculación y trabajo con comunidades en salud, y es un precedente importante a la hora de entender la coyuntura institucional del giro hacia colectivo que en la atención primaria de Buin se comenzó a implementar el 2023.

El 2023 comenzamos a capacitar y sensibilizar sobre el nuevo enfoque a los equipos de salud, sobre todo los nuevos integrantes responsables del trabajo de participación y promoción, buscando conectar todos los elementos necesarios para coordinar y planificar la nueva estrategia. En este sentido, un primer desafío fue diseñar un modelo basado en la inserción y vinculación comunitaria horizontal, dentro de lineamientos del SSMS, vinculados a metas sanitarias, y las directrices y expectativas comunales de la DSC.

Para esto fue necesario plantear la estrategia desde dos líneas de acción: una interna (APS) y otra externa (comunidad). La acción interna tenía que ver con ir resolviendo dificultades del funcionamiento de la red primaria dentro del cambio de paradigma; mientras que la línea de acción externa, comprendía el trabajo con las comunidades y los agentes claves vinculados con los centros de salud. Ambos campos de acción dialogaron en todo momento y constituyeron la estrategia base de la nueva forma de trabajar lo comunitario que se expone a continuación.

Como se señaló antes, el 2023 fue un año de diseño e implementación del nuevo modelo, logrando avances significativos en la vinculación con las comunidades, alcanzando buenos niveles de inserción comunitaria y la generación de un diálogo desde el apoyo mutuo. Esto se vio plasmado en la adjudicación de seis proyectos concursables del Ministerio de Salud (MINSAL) elaborados en conjunto con las comunidades en torno a necesidades surgidas desde sus propias experiencias y diagnósticos territoriales, logrando una inversión de veintidós millones de pesos (\$21.000.000), para la ejecución de iniciativas comunitarias que contribuyeron a mejorar la calidad de vida y el bienestar colectivo de las personas con las cuales

trabajamos. Así se logró un aporte concreto en áreas como el equipamiento de infraestructura social y la recuperación de espacios públicos en lugares donde la red municipal no había llegado de manera robusta.

Un aspecto a destacar de este mismo año fue el amplio despliegue territorial y el surgimiento de un nuevo rol dentro de la APS, la de mediador o facilitador comunitario. Las encargadas locales de promoción y participación ya no se preocupaban tan solo de cumplir lineamientos funcionales a metas sanitarias requeridas por los diversos dispositivos centrales de la salud, ahora también, el equipo comenzó a perseguir propósitos orientados al trabajo colaborativo y transformador con las comunidades. Este nuevo rol, sumado a los procesos de inserción comunitaria en cada territorio de la red primaria de Buin, fue fundamental para lograr la adjudicación de esos fondos concursables.

Para lograr todo esto, se tuvo que tomar algunas decisiones en pos de la optimización de la estrategia comunitaria. Lo primero tuvo que ver con aprovechar la capacidad del equipo y priorizar sus tiempos de trabajo, ya que, con 22 horas semanales para las encargadas de CESFAM, y 11 horas semanales para las encargadas de CECOSF⁴, era difícil poder contar con un nivel significativo de vinculación con todos los territorios de una comuna con gran dispersión geográfica. Fue en este contexto, que se tomó el primer acuerdo estratégico importante: trabajar desde afuera, es decir, desde los márgenes rurales de Buin, buscando acercarse a las localidades que no habían sido abordadas por las estrategias de trabajo comunitario de la APS. Las cuales, como se puede apreciar en el artículo anterior (Escobar 2024, pp. 53-57), sobretensionan el modelo de salud primaria de la comuna de Buin, ya que mantienen una fuerte sensación de abandono por parte del aparato estatal e institucional, debido a la larga historia de inequidades rurales presente en la comuna, siendo uno de los determinantes sociales más apremiantes que tenemos como red de salud primaria local.

Los esfuerzos por trabajar en esos territorios fue un acierto metodológico. Desde un diálogo horizontal se fue trabajando colaborativamente y recogiendo las necesidades, ideas y sugerencias que las comunidades rurales iban aportando; haciendo ajustes al diseño original de la intervención, mejorando las estrategias de participación y

promoción, dando buenos niveles de permeabilidad a la política local de trabajo comunitario en la APS Buin. Un ejemplo de esto, es que producto de este diálogo desde abajo con esas comunidades y el abordaje de la inequidad rural como determinante social, el equipo de participación y promoción en conjunto con los equipos de salud, están implementando una idea piloto, que a la fecha, ha tenido buena acogida por toda la comunidad vinculada a la salud primaria. Se trata de una propuesta de descentralización de los Comités de Gestión Usuarías de la red primaria de salud local, innovando en los tiempos y en la implementación de instrumentos de participación. Permitiendo mayor incidencia en el monitoreo y seguimiento comunitario de los compromisos de mejora de la gestión en salud y niveles más democráticos y significativos de la participación social en salud de Buin.

De esta forma, el 2023 fue un año piloto del nuevo modelo de trabajo comunitario y se asentaron las bases para lo que sería el 2024: un año de consolidación de la línea comunitaria. El equipo que lideró este trabajo adquirió experiencia y confianza, aunque esto no estuvo exento de problemas. Algunas encargadas locales dejaron sus puestos, ya que se sintieron aisladas y con falta de acompañamiento por parte de la referencia comunal; en otros casos, el tipo de trabajo no se acomodó a sus expectativas y realidades personales, lo que añadido a la dificultad propia que demanda un proceso de deconstrucción de prácticas profesionales, comprobó un problema que ha sido constante en estos años de trabajo, la dificultad de encontrar alguna persona que desee liderar las estrategias de participación y promoción de la salud en la red primaria de la salud de la Comuna, lo que viene a demostrar profundo desconocimiento y falta de interés que existe por parte de los equipos de salud por este tipo de trabajo colectivo, generando frustración y desmotivación dentro del equipo de participación y promoción local.

Ya para el 2024, con algunos ajustes en los equipos de referentes locales, y con un modelo entorno al trabajo comunitario ya instalado, con avances importantes en vinculación comunitaria y con la implementación exitosa de proyectos adjudicados en varias localidades de la comuna, se buscó dar continuidad al diálogo y a profundizar en la historia y la identidad de las diversas localidades de la comuna.

4 Las horas semanales le corresponden a cada una de las cinco encargadas locales que conformaban el equipo local de participación y promoción el año 2023, las cuales pertenecen a los tres CESFAM y a los dos CECOSF de la APS de Buin.

Para inicios del 2024, se tenía claro el ritmo. El primer semestre era de evaluación, ordenamiento, propuestas de innovación, inserción comunitaria, elaboración de proyectos y articulación con el intersector. El segundo semestre, debido también a tiempos institucionales ligados a presupuestos públicos, era fundamentalmente de implementación de todo lo proyectado a principios del año. Con la experiencia del año 2023, había claridad también de las dificultades, que tratamos de ir resolviendo en la medida que las limitantes nos iban permitiendo satisfacer las múltiples demandas. Surgió también más motivación y mayores expectativas y la creatividad comenzó a fluir de manera espontánea dentro del equipo de participación y promoción. Claramente se había adquirido mayor competencia y confianza en el trabajo comunitario, entrando a un proceso de mayor claridad y estabilidad metodológica en el quehacer con las comunidades.

Para ese año la carta de navegación estaba clara, el grupo de participación y promoción fue consolidando una manera de trabajar en equipo, colaborativa e interdisciplinaria, donde se promovió la toma de decisiones en conjunto y la transparencia de la información y los procesos. Por otro lado, se impulsó la búsqueda de soluciones de manera colectiva, aportando ideas que fueron mejorando el trabajo en los territorios, dando flexibilidad y autonomía al equipo desde un diálogo horizontal y de respeto mutuo. Esta forma de trabajar terminó por constituirse en un pilar fundamental del nuevo modelo de intervención en el trabajo comunitario, esencial a la hora de explicar los resultados favorables que se experimentaron; ya que este estilo de trabajo, fomenta la creatividad, la lectura propia de los fenómenos sociales, la participación activa y las respuestas innovadoras, aspectos que han sido claves en la generación de cambios sostenibles en los procesos institucionales relacionados al trabajo comunitario en la APS de Buin.

Durante el 2024 un elemento vino a refrescar y reforzar al equipo, fue la creación de una nueva referencia o cargo local, asociado al Programa de Promoción de la salud, rol que históricamente fue compartido con Participación, ahora lo asumió una sola persona. Con esto se incluyeron más horas para el equipo, nuevas voces y mayor potencial. Esto fue un desafío al principio, tratar de armar un equipo donde ambas referencias tuvieran áreas de trabajo distintas, pero a la vez entrelazadas. Se trataba de un reto que se fue resolviendo con el paso del tiempo, basándose en la premisa del trabajo en duplas y el apoyo mutuo. Así se fue

avanzando este año y brindó la capacidad de tener un equipo más robusto. Con más posibilidades de despliegue comunitario en los diversos territorios de Buin.

Para fines del 2024 se había logrado mantener el camino recorrido el año anterior. Se mantuvo la postulación a proyectos, diversificando la búsqueda de recursos a otras áreas de financiamiento dentro del MINSAL, como fue el fondo en apoyo a grupos de autoayuda del Programa de Salud Mental. Ese año el equipo se adjudicó seis nuevos proyectos que aportaron otros veintiun millones de pesos (\$21.000.000) más al trabajo comunitario de la APS Buin, lo que fue complementado con la implementación de una serie de talleres y actividades financiadas por el Programa de Promoción de la salud en los diversos territorios de la comuna. De esta forma, el 2024 se consiguió llevar a cabo al menos una iniciativa comunitaria en cada territorio donde se insertan los nueve centros de salud primaria de la Comuna de Buin, lo cual fue algo nuevo para la APS y constituyó un logro favorable para la estrategia comunitaria de bienestar colectivo y vinculación con las diversas comunidades ligadas a los centros de APS.

A la fecha de término de escritura de este artículo, agosto del 2025, se mantiene el modelo funcionando, ajustándose a las directrices institucionales externas e internas, considerando también las brechas sanitarias y dando respuesta a los requerimientos comunitarios que surgen en cada territorio. Este año, un primer desafío radicó en mantener el despliegue territorial y la vinculación comunitaria que se logró generar los años anteriores, en un contexto de cambios de directrices y mandatos institucionales.

Debido al buen recibimiento de la estrategia de huertos comunitarios y fitoterapia realizada el 2024 en tres centros de salud de la APS, financiados por el Programa de Promoción de la Salud, en una solicitud conjunta con los grupos participantes, se logró consolidar el apoyo de la Dirección de Salud Comunal quien autorizó el financiamiento para la continuidad de la iniciativa en los centros, lo cual consideramos es un aspecto relevante a la hora de pensar en la incorporación de acciones comunitarias en la política local de salud primaria en la comuna de Buin. Este año también, el equipo consiguió diversificar la postulación de proyectos comunitarios colaborativos a distintas fuentes de financiamiento del MINSAL, volviendo a adjudicarse seis proyectos concursables por un monto de dieciocho millones de pesos (\$18.968.500), siendo un indicador positivo que

hemos logrado mantener en el tiempo, lo cual es muy favorable a la hora de evaluar el impacto del modelo de intervención comunitario en la comuna, existiendo incluso comunidades que han postulado de forma autónoma iniciativas colectivas a fondos concursables tras el bienestar integral y colectivo de sus territorios, profundizando el rol de mediadores o facilitadores comunitarios.

Por último, destaca el aumento de horas de gestión para algunas integrantes del equipo de participación y promoción locales, quienes debido al amplio despliegue territorial y de iniciativas comunitarias desarrolladas los años anteriores, solicitaron a los equipos directivos locales un aumento en sus horas de trabajo destinadas al liderazgo de las estrategias comunitarias, lo cual fue aceptado y se está llevando a cabo este año. También el 2025 se llegó a consolidar el apoyo financiero del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) en la ejecución de instancias participativas que son un pilar fundamental para el despliegue territorial en la comuna. Ambos hitos son relevantes para la gestión comunitaria de la salud primaria de Buin, demostrando la relevancia que ha ido tomando el trabajo comunitario en la estrategia sanitaria primaria comunal.

En síntesis, en un poco más de dos años y medio, se ha logrado implementar nuevas formas de trabajo con las comunidades en la APS de Buin, lo cual ha traído múltiples resultados favorables en aspectos claves, como la vinculación comunitaria, el trabajo colaborativo, la adjudicación de proyectos concursables, el desarrollo de iniciativas comunitarias innovadoras, el amplio despliegue territorial alcanzado, y la convicción y motivación de un equipo local que lidera la estrategia de trabajo comunitario. Todos estos elementos han contribuido de manera significativa al tránsito de un modelo basado en la mera prestación de servicios de salud y cumplimiento de metas e indicadores sanitarios, hacia uno que facilita procesos de bienestar integral y salud colectiva de manera colaborativa, transformadora y desde abajo.

DISCUSIÓN

Hay aspectos que son relevantes de destacar y que fueron surgiendo en el proceso de sistematización antes expuesto. Estos tienen que ver con algunas fricciones históricas y estructurales que fueron visibilizándose e influyendo en las relaciones humanas y laborales, las cuales acabaron por convertirse en resistencias del cuerpo funcional de la APS hacia los procesos de cambios

comunitarios en favor de lógicas que buscan el bienestar integral y colectivo de las personas que se vinculan a la red primaria de salud de Buin.

La primera dificultad enfrentada se relaciona con lo complejo que se tornó el desconocimiento de los equipos de salud sobre el trabajo comunitario en general, incluyendo las estrategias de participación y promoción, sus principios y relevancia para el contexto de la salud primaria en Chile, generando un desinterés cotidiano respecto a este tipo de prácticas, lo que terminó por desmotivar y frustrar a los equipos que lideran las acciones comunitarias en los sectores y territorios donde la red primaria se desempeña en Buin. Esto tiene su explicación en la formación y preparación académica actual de los profesionales de la salud en nuestro país, “en el ámbito del currículo informal en la formación, se ha demostrado que el modelaje de los docentes propicia la reproducción del modelo profesional ‘hospitalocéntrico’, curativo y biologicista, incentivando estos rasgos en las preferencias del estudiantado. Se evidencia una marcada ausencia de docentes que se desempeñen en la APS, lo que dificulta una educación basada en la comunidad, con orientación generalista, con contenidos de ciencias sociales y humanas, salud pública, salud familiar-comunitaria, en definitiva, con enfoque de APS” (Ues por el Territorio, 2021, p. 5). La base académica de los diversos profesionales de la salud, está dificultando el acceso a contenidos formativos vinculados a la salud comunitaria, colectiva y de los determinantes sociales de la salud de las personas. Por esto el desafío rupturista que implica un cambio de paradigma, en el sentido de transformar la acción sanitaria hacia un enfoque de la causalidad/colectiva (sociocultural), que propicia miradas más integrales entorno a la salud, frente a las lecturas lineales centradas en la causalidad/individual. Dar a conocer la importancia de la implementación de acciones basadas en modelos interpretativos holísticos e integrales para la salud, en un contexto donde el predominio aún lo tienen las lecturas verticalistas y biomédicas, es una resistencia del cuerpo funcional de la APS local que hemos ido experimentando a lo largo del tiempo que llevamos implementando el cambio de paradigma en Buin.

Otro aspecto problemático que nos encontramos, es el estilo fragmentado de funcionar de la APS, el cual surgió como una barrera estratégica para el enfoque comunitario que busca transversalidad en su accionar. Esto se tradujo en una polarización de las labores del equipo encargado de la estrategia comunitaria dentro de sus sectores,

ya que cualquier acción que involucró articulación con la comunidad, o cualquier ejercicio extramuro implementado por los equipos, era delegado a los equipos locales de participación y promoción, provocando muchas veces un fuerte sentido de despropósito a la hora de liderar actividades y acciones anexadas de bajo impacto comunitario, como “stand” y actividades conmemorativas con alto número de funcionarios y poca vinculación comunitaria. Aspectos que obligan al equipo alejarse y escapar del ritmo propio trazado en cada territorio, provocando, además, periodos de alta demanda, saturación y sobrecarga laboral. Esta problemática ya ha sido abordada por la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Persona (ECICEP) en Buin, donde actualmente se impulsa el enfoque de trabajo integral en los equipos de salud, quienes han tenido incluso que redefinir sus roles para poder cumplir con la integralidad que se necesita para frenar el trabajo segmentado que caracteriza actualmente al modelo primario de salud.

Por último, otra dificultad experimentada fue el protagonismo que tienen el cumplimiento de requerimientos que emanan del SSMS, principalmente las vinculadas a metas sanitarias (MS) y los índices de actividad de atención primaria de salud (IAAPS), que como dice Macaya-Aguirre (2021): “Las actividades de la APS están siendo constantemente medidas a través de una serie de indicadores monitoreados por los Servicios de Salud y el propio MINSAL... al punto que, las programaciones anuales, lo primero que buscan cubrir son las acciones sanitarias vinculadas a esos indicadores” (Macaya-Aguirre, 2021, p. 3).

Este condicionamiento histórico y estructural en la planificación estratégica y financiera de lo sanitario en la APS, originó en el proceso de cambio de paradigma dos grandes fricciones, la primera tiene que ver con el poco espacio que ofrece este dominio a la implementación de modelos con diagnósticos y propósitos los cuales dan respuesta a lecturas propias de la realidad sanitaria en la comuna, ya que la estructura basada en el cumplimiento de indicadores y metas obligan constantemente a este tipo de modelos vinculantes a ajustar y cambiar los acentos y las concordancias de los trazados propuestos, perdiendo grados de autonomía en su quehacer cotidiano. En segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, el distanciamiento de los propósitos locales que dan sentido a la función sanitaria desde una lectura propia de la realidad local, termina por friccionar el quehacer sanitario en torno a lo comunitario,

sobrecargándolo de momentos inmediatos e impropios, generando con esto, periodos de alta frustración y desencanto debido a esta incongruencia que desplaza a lo comunitario a un lugar sin propósito e insustancial.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVA

Sobre estas fricciones hay diversos temas que analizar, primeramente es importante recalcar que si bien la existencia de las metas e indicadores son fundamentales para el accionar sanitario primario y corresponden a un funcionamiento histórico y estructural que influye en la acción de la APS local; priorizando grupos y focalizando el accionar de la red primaria en nuestra comuna, queda la interrogante si alguna vez se dará importancia pública a las prácticas y estrategias ligadas a la salud comunitaria y colectiva. considerando la retórica que envuelve a la APS como la puerta de entrada al sistema de salud público.

Esta reflexión es fundamental para entender lo que experimentamos en este tiempo de cambio de paradigma en el trabajo con comunidades en Buin, ya que una vez que la estrategia había madurado y se había posicionado en los diversos territorios, la necesidad de apoyo por parte de la línea de trabajo comunitario fue cada vez más necesaria, consolidando apoyos internos que fueron fundamentales para la continuidad y sostenibilidad de un modelo de trabajo colectivo basado en la participación y la promoción de la salud de las comunidades. Lo que comenzó a visualizarse como una necesidad institucional para mantener los buenos índices entorno al bienestar colectivo de las personas, se enfrentó con un fuerte entramado polifuncional e histórico que disciplina la acción de los equipos hacia el cumplimiento de metas e indicadores de salud, reforzando la atención individual y biomédica como la función primordial de la labor sanitaria primaria en nuestra comuna a lo largo del tiempo que llevamos implementando este giro en las formas de ver, sentir y sumado al fenómeno el fenómeno anterior, podemos decir que tanto el desconocimiento existente entre los equipos de salud en relación a la temática y el trabajo comunitario, como lo fragmentado del accionar estratégico de la APS, serían consecuencias plausibles de esta hegemonía histórica en el accionar humano y laboral de la red primaria, influyendo en las decisiones y en la planificación sanitaria local, lo que constituye, las principales resistencias del cuerpo funcional de la APS Buin con el giro hacia lo colectivo.

Esta experiencia y las resistencias vividas demuestran que el desafío para la gestión sanitaria local, es contar con una política local transversal, interdisciplinaria e intersectorial, permanentes en el tiempo. Acompañada de planes de formación a los equipos de salud en metodologías para el trabajo territorial, centrados en el diálogo y reconocimiento de los actores sociales y sus saberes propios, dando cabida a espacios dentro de la planificación sanitaria local, a nuevas estrategias y formas de trabajo, que incluyan enfoques y soluciones a partir de lecturas propias de la realidad sociosanitaria, sostenibles en el tiempo y complementen la mirada meramente biomédica, que muchas veces se aleja de la subjetividad de las personas y de los contextos socioculturales, donde la salud convive con otras prioridades del cuerpo social y comunitario.

REFERENCIAS

- Blanco Gómez, G. (2016). Reflexión sobre la promoción de la salud en el trabajo. *Salud de los Trabajadores*, 24(2), 139–143. <https://ve.scielo.org/pdf/st/v24n2/art08.pdf>
- Escobar Romero, C. (2024). Reflexiones en torno a las tensiones comunitarias hacia el modelo de atención primaria de salud en la comuna de Buin. *Cuadernos Médicos Sociales*, 64(4), 53–57. <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/2116/2149>
- Macaya-Aguirre, G. (2021). Hacia un análisis de la Atención Primaria de Salud de Chile como dispositivo de biopoder. *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*, 21(40), 11–22. <https://revistas.usergioarboleda.edu.co/index.php/ccsh/article/view/An%C3%A1lisis-Atencion-Primaria-Salud-como-dispositivo-biopoder/1508>
- Ministerio de Salud. (2025). Orientaciones técnicas para la planificación y la programación en red 2025. Subsecretaría de Redes Asistenciales. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/OT-PLANIFIC-Y-PROGRAMAC-2025-.pdf>
- Rauber, I. (2020). Epistemologías desde abajo: Pistas para un pensamiento crítico situado, con pertenencia de clase. *Huella del Sur*. <https://huelladelsur.ar/2020/02/13/epistemologias-desde-abajo-pistas-para-un-pensamiento-critico-situado-con-pertenencia-de-clase/>
- Ues por el Territorio. (2021). Hacia la formación de profesionales de salud que Chile necesita: Dilemas y desafíos en las enseñanzas-aprendizajes de las ciencias de la salud (p. 5). <https://medicina.uchile.cl/dam/jcr:1202a494-5746-473d-b24d-064657c51017/hacia%20la%20formación%20profesional.pdf>

Continuidad del cuidado en Atención Primaria de Salud: desafíos de gestión para el modelo chileno

Continuity of care in Primary Care:
management challenges for the Chilean model

Anabel Cedeño Romero¹

RESUMEN

La continuidad asistencial es el pilar del Modelo de Salud Familiar en Chile, pero su implementación enfrenta barreras críticas en la gestión diaria. Este artículo analiza evidencia reciente (2015-2025) sobre el impacto del vínculo médico-paciente, revelando que la discontinuidad afecta la adherencia clínica y genera ineficiencias operativas. Se concluye que transitar de forma efectiva hacia una continuidad relacional —entendida como el vínculo longitudinal y de confianza entre el equipo y el usuario— debe ser una prioridad estratégica de la gestión directiva, y no solo una aspiración clínica, para garantizar una Atención Primaria verdaderamente resolutoria y eficiente.

Palabras clave: Continuidad de la Atención al Paciente, Atención Primaria de Salud, Gestión en Salud, Relaciones Médico-Paciente, Chile.

ABSTRACT

Continuity of care is the pillar of the Family Health Model in Chile, but its implementation faces critical daily management barriers. This article analyzes recent evidence (2015-2025) on the impact of the physician-patient bond, revealing that discontinuity affects clinical adherence and generates operational inefficiencies. It is concluded that effectively moving towards relational continuity—understood as the longitudinal and trust-based bond between the team and the user—must be a strategic management priority, rather than just a clinical aspiration, to ensure a truly resolute and efficient Primary Care.

Keywords: Continuity of Patient Care, Primary Health Care, Health Management, Physician-Patient Relations, Chile.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) en Chile ha experimentado una profunda transformación normativa en las últimas décadas, transitando teóricamente hacia el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) (MINSAL, 2013). En el diseño original de este modelo, la relación médico-paciente se sitúa en el centro de la acción clínica, reconociendo que la salud no es un evento aislado, sino un proceso continuo en el tiempo que requiere de una narrativa biográfica compartida (Haggerty et al., 2003).

Sin embargo, la realidad operativa de nuestros Centros de Salud Familiar (CESFAM) a menudo entra en conflicto con este ideal (Goic, 2015). A pesar de los esfuerzos ministeriales, factores estructurales persistentes como la alta rotación de profesionales, la precarización de los contratos médicos a honorarios y una

Recibido el 6 de febrero de 2026. Aceptado el 25 de mayo de 2026.

¹ Médica Cirujana, CESFAM Dr. Lucas Sierra, Servicio de Salud Metropolitano Norte, Conchalí. Correspondencia a: anab199198@gmail.com

gestión directiva enfocada prioritariamente en el rendimiento numérico de las consultas (producción por hora), han generado un escenario donde la fragmentación del cuidado se ha normalizado peligrosamente (Colegio Médico de Chile, 2023)

Este quiebre en la continuidad no es un problema meramente administrativo o de “comfort” para el usuario; impacta directamente en la efectividad sanitaria del sistema. Cuando un paciente, especialmente aquel con patologías crónicas o de salud mental, debe relatar su historia clínica reiteradamente a distintos profesionales en cada control, no solo se pierde información valiosa, sino que se erosiona la confianza terapéutica y se duplican esfuerzos y recursos (Starfield et al., 2005). El presente artículo propone analizar esta problemática desde una perspectiva de gestión, revisando la evidencia reciente (2015-2025) para argumentar que la continuidad del vínculo es un componente esencial de la eficiencia y la calidad en la salud pública chilena.

DESARROLLO DEL PROBLEMA

Evidencia y realidad local

La evidencia del impacto clínico y económico: La revisión de la literatura de la última década confirma que la continuidad de la atención posee dimensiones que van más allá de la simple repetición de consultas. Autores clásicos distinguen entre la continuidad de gestión —la transferencia fluida de información— y la continuidad relacional, entendida como el vínculo terapéutico sostenido en el tiempo (Saultz, 2003). Es precisamente esta dimensión relacional la que muestra los resultados más robustos en Atención Primaria.

Los datos cuantitativos son contundentes. Estudios nacionales confirman que el apoyo social y la vinculación con el equipo de salud son predictores significativos de una mejor autopercepción de salud en pacientes hipertensos y diabéticos, facilitando el manejo de su condición crónica (Poblete et al., 2018). La confianza construida en el tiempo actúa como un catalizador terapéutico: el paciente acepta mejor las indicaciones de un profesional que conoce su biografía y contexto social, reduciendo la inercia clínica.

Desde una perspectiva económica, la discontinuidad es costosa. La evidencia internacional sugiere que una buena continuidad de gestión y relación puede reducir hasta en un 30% las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la atención ambulatoria (como descompensaciones diabéticas o crisis obstructivas), al permitir intervenciones precoces antes de que el cuadro se agrave (Haggerty et al.,

2003). Además, el conocimiento acumulado sobre el paciente permite al médico tomar decisiones clínicas más rápidas y precisas, reduciendo la incertidumbre diagnóstica y, por ende, la solicitud de exámenes innecesarios repetidos por cada nuevo profesional que atiende al paciente.

La brecha en la experiencia usuaria: Al contrastar esta evidencia con la experiencia de los usuarios del sistema público chileno, surge una brecha preocupante. Investigaciones locales revelan que la percepción de calidad de los pacientes está fuertemente ligada a la posibilidad de establecer un vínculo humano. Los usuarios reportan valorar la empatía y el “ser conocidos” por su nombre e historia por sobre la mera competencia técnica inmediata (Dois et al., 2016).

Cuando el sistema falla en garantizar esta estabilidad, el usuario percibe una despersonalización del cuidado. Esto no solo disminuye la satisfacción usuaria, sino que paradójicamente aumenta la presión asistencial: el paciente, al no sentirse “resuelto” ni comprendido por un médico flotante, tiende a consultar repetidamente en servicios de urgencia (SAPU/SAR) o a solicitar nuevas horas de morbilidad para “volver a explicar” su dolencia, generando un círculo vicioso de demanda fallida (Aller et al., 2019).

Barreras estructurales en la gestión de APS

Desde una perspectiva de gestión, las barreras para lograr esta continuidad son estructurales y profundas en el modelo chileno actual:

- 1. Crisis de Recursos Humanos:** La alta rotación de profesionales médicos en los CESFAM es quizás el factor más disruptivo. Exacerbada por condiciones laborales precarias, falta de incentivos para la especialización en Medicina Familiar y la competencia asimétrica con el sector privado, esta rotación impide la consolidación de equipos de cabecera estables (Colegio Médico de Chile, 2023). Un paciente crónico puede ver a tres o cuatro médicos distintos en un año, lo que imposibilita cualquier plan de trabajo a largo plazo.
- 2. Fragmentación de la Información:** A pesar de los avances en digitalización, la interoperabilidad real sigue siendo una deuda. Frecuentemente, el paciente transita entre la atención primaria y los niveles secundarios (hospitales) sin que su información clínica fluya eficazmente. Esto resulta en duplicidad de exámenes, contradicciones en las indicaciones farmacéuticas y una

sensación de abandono institucional cuando el paciente retorna al CESFAM tras una hospitalización (Goic, 2015).

3. **Gestión de Agenda:** Los sistemas de agendamiento en muchos centros priorizan llenar los cupos disponibles con “cualquier médico” para cumplir metas de cobertura (REM), en lugar de proteger cupos específicos para el médico de cabecera del paciente. Esta lógica de “producción” sacrifica la longitudinalidad en favor del acceso inmediato, hipotecando los resultados de salud a largo plazo (Colegio Médico de Chile, 2023).

Persistencia del paradigma biomédico y brechas formativas: Es necesario precisar que la discontinuidad no responde únicamente a fallas en la gestión de agendas. Persiste una tensión estructural entre el discurso del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y una praxis biomédica que aún hegemoniza los centros de salud. Como señala Bass del Campo (2012), la implementación del modelo de salud familiar en Chile ha enfrentado una tensión constante con las reformas de carácter neoliberal y el énfasis curativo de programas como el Plan AUGE/GES. Esta estructura prioriza la resolución de patologías agudas (eje hospitalario) por sobre la prevención y promoción, lo que refuerza una praxis biomédica que fragmenta la continuidad del cuidado y dificulta la consolidación de un enfoque biopsicosocial real en los centros de salud primaria.

La dificultad para consolidar la continuidad relacional también nace de las deficiencias en la educación médica de pregrado. Cómo analizan Garrido et al. (2020), la formación en Chile persiste bajo un prototipo Flexneriano, centrado en ciclos básicos y clínicos desarticulados. Este modelo académico prioriza el conocimiento biomédico técnico sobre las competencias transversales y el pensamiento crítico necesario para resolver problemas de salud complejos. Al egresar bajo este esquema, los profesionales carecen de las herramientas integrales para valorar la longitudinalidad y el vínculo con el territorio, viendo la APS como un espacio de práctica técnica y no como un sistema basado en la continuidad del cuidado.

Hacia un nuevo modelo de gestión: propuestas

Para superar este escenario, es necesario transitar desde el diagnóstico a la acción directiva. La gestión de los CESFAM y las Direcciones de Salud Municipal deben incorporar la continuidad

como un indicador de calidad tan relevante como las metas sanitarias.

1. **“Blindaje” de la agenda clínica:** Es imperativo modernizar los sistemas de agendamiento (Telesalud, Call Center o ventanilla) para que prioricen, por defecto, la asignación de horas con el médico del sector o familia del usuario. La tecnología debe servir para vincular, no solo para determinar un cupo numérico. Se propone implementar sistemas de “agendamiento avanzado” que reserve cupos protegidos para el seguimiento de pacientes complejos por su tratante titular (Saultz, 2003).
2. **Política de retención del talento:** La continuidad clínica es imposible sin estabilidad laboral. Los municipios y Servicios de Salud deben innovar en mecanismos de incentivo no sólo monetarios, sino de desarrollo profesional (capacitación continua, tiempo protegido para reuniones clínicas, becas de especialidad con retorno) que hagan atractiva la permanencia en la APS. Un equipo estable es un equipo más eficiente y resolutivo (Starfield et al., 2005).
3. **Integración real de la red:** La continuidad de gestión requiere que la información viaje con el paciente. Es urgente avanzar hacia una ficha clínica electrónica nacional o, al menos, protocolos de referencia y contrarreferencia que sean vinculantes y auditables, asegurando que el médico de APS reciba información oportuna del alta hospitalaria de sus pacientes para garantizar los cuidados post-agudos (Aller et al., 2019).
4. **Fomentar una atención humana y una formación integral:** La gestión de los centros de salud debe ir más allá de exigir el cumplimiento de metas numéricas o el tratamiento de enfermedades aisladas. Debido a que la formación universitaria de los médicos sigue siendo muy técnica (Garrido et al., 2020), es vital que los directivos capaciten a sus equipos para entender al paciente dentro de su contexto social y familiar. Esto significa que el tiempo invertido en escuchar y construir un vínculo de confianza a largo plazo debe ser valorado como un verdadero logro de gestión, en lugar de priorizar únicamente la rapidez en las atenciones (Bass, 2012).

CONCLUSIONES

La evidencia revisada a lo largo de este análisis permite afirmar que la continuidad del cuidado no es un atributo opcional del Modelo de Salud Familiar, sino su columna vertebral operativa. Sin embargo, la realidad actual de los CESFAM chilenos demuestra que este principio se sacrifica sistemáticamente en favor de indicadores de producción cortoplacistas. Enfrentamos un paradigma de gestión inquietante: mientras el discurso oficial y el diseño de políticas públicas (MINSAL) promueven la longitudinalidad y el vínculo, los mecanismos de financiamiento, las metas sanitarias y los incentivos locales siguen premiando la cantidad de atenciones aisladas por sobre la consistencia del prestador de la atención.

Es fundamental comprender que la fragmentación del cuidado no solo daña al paciente, sino que erosiona profundamente la vocación de los equipos de salud. La alta rotación médica no es solo una causa de la discontinuidad, sino también una consecuencia de un modelo que ha transformado el acto médico en un proceso mecánico y despersonalizado. Cuando un profesional se ve impedido de seguir la evolución de sus pacientes y de ver el fruto de sus intervenciones a largo plazo, se pierde el sentido trascendente de la práctica clínica, favoreciendo el desgaste profesional y la fuga de talentos hacia el sector privado.

Para superar esta brecha, es imperativo que los gestores de la Atención Primaria y las autoridades municipales reorienten sus prioridades estratégicas con decisión. No basta con “administrar la demanda” o llenar agendas; es necesario gestionar las atenciones de modo que se proteja el vínculo terapéutico como un activo sanitario. Esto implica avanzar hacia políticas de recursos humanos modernas, que ofrezcan horizontes de desarrollo real en la APS, y hacia una modernización tecnológica que ponga los algoritmos de agendamiento al servicio de las personas y no solo de la estadística.

En definitiva, estamos ante un punto de inflexión. Si no logramos estabilizar la relación médico-paciente, el Modelo de Atención Integral corre el riesgo de vaciarse de contenido, convirtiéndose en una declaración de intenciones burocrática sin correlato en la experiencia diaria de la comunidad. Invertir en continuidad es, hoy más que nunca, invertir en la sostenibilidad humana y financiera de la salud pública chilena. El desafío no es médico, es eminentemente político y de gestión: pasar del paradigma de “atender casos” al paradigma de “cuidar personas” a lo largo de su ciclo vital.

REFERENCIAS

- Aller, M. B., Vargas, I., Coderch, J., & Vázquez, M. L. (2019). Opinión de los médicos sobre coordinación entre atención primaria y especializada en el sistema de salud catalán. *Gaceta Sanitaria*, 33(1), 66-73. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.06.001>
- Bass del Campo, C. (2012). Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*, 12(11), e5571. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.11.5571>
- Colegio Médico de Chile. (2023). *Informe de resultados: Encuesta Nacional de Médicos y Médicas 2023*. Santiago: Colmed. <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2023/08/Informe-Encuesta-Colmed-2023-final.pdf>
- Dois, A., Contreras, A., Bravo, P., Mora, I., Soto, G., & Solís, C. (2016). Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Revista Médica de Chile*, 144(5), 585-592. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500005>
- Garrido, F., Labbé, T. P., Paris, E., & Ríos, J. A. (2020). Formación científica en el pregrado de medicina en Chile: ¿dónde estamos? y ¿hacia dónde vamos? *Revista Médica de Chile*, 148(7), 1011-1017. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000701011>
- Goic, A. (2015). El sistema de salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 143(6), 774-786. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2013). *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario*. Santiago: MINSAL. <https://www.saludtarapaca.gob.cl/wp-content/uploads/2023/10/Orientaciones-Para-la-Implementacion-del-Modelo-de-Atencion-Integral-de-Salud-Familiar-y-Comunitaria.pdf>
- Poblete, F., Barticevic, N., Sapag, J. C., Tapia, P., Bastías, G., & Pérez, G. (2018). Apoyo social percibido en pacientes con

- Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II en Atención Primaria y su relación con autopercepción de salud. *Revista Médica de Chile*, 146(10), 1135-1143. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872018001001135>
- Saultz, J. W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 1(3), 134-143. <https://doi.org/10.1370/afm.23>
 - Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

Recorte presupuestario y atención de salud: implicaciones del Decreto N°333/2026

Budget cuts and health care: implications of Decree No. 333/2026

Juan Carrillo Azócar¹
Yuri Carvajal Bañados²
Pedro Olivares-Tirado³

RESUMEN

El Decreto N°333/2026 reduce en \$413.193 millones el Aporte Fiscal Libre al Ministerio de Salud, constituyendo el mayor recorte presupuestario a la ley de presupuestos al sector salud en los últimos años. Este artículo analiza sus implicaciones para la producción hospitalaria, la atención primaria, la infraestructura, los adultos mayores, la salud mental y el gasto de bolsillo. La evidencia muestra que el 45,7% del recorte afecta directamente la producción hospitalaria, dejando aproximadamente 28.019 egresos sin financiamiento. El recorte es regresivo, amplifica el derroche y transfiere costos a los pacientes más vulnerables.

Palabras clave: Financiamiento de la salud, Política de salud, Gastos en salud, Equidad en salud, Presupuestos.

ABSTRACT

Decree No. 333/2026 reduces the Free Fiscal Contribution to Chile's Ministry of Health by \$413,193 million, marking the largest budget cut to the health sector under the budget law in recent years. This article analyzes its implications for hospital production, primary care, infrastructure, older adults, mental health, and out-of-pocket spending. Evidence shows that 45.7% of the cut directly affects hospital production, leaving approximately 28,019 discharges unfunded. The cut is regressive, amplifies wasteful spending, and transfers costs to the most vulnerable patients.

Keywords: Health care financing; Health policy; Health expenditures; Health equity; Budgets.

INTRODUCCIÓN

El 19 de marzo de 2026, el Decreto N°333 (Registro 127HH), firmado por el Ministro de Hacienda Jorge Antonio Quiroz Castro, formalizó una reducción del Aporte Fiscal Libre al Ministerio de Salud por \$413.193 millones (Decreto N°333, 2026). Esta cifra constituye el mayor recorte presupuestario al sector salud en la historia democrática de Chile y se enmarca en un ajuste fiscal más amplio que afecta a aproximadamente 260 programas de gobierno, con una reducción total de 2,8 billones de pesos.

La pregunta central que este artículo aborda no es si el recorte tendrá consecuencias — la evidencia acumulada permite anticipar que sí —, sino cuáles serán, cuándo se manifestarán y quiénes las

Recibido el 20 de mayo de 2026. Aceptado el 15 de junio de 2026.

1 Médico cirujano, Universidad de Concepción; Magíster (c) en Salud Pública, Máster en Medicina y Fisiología del Sueño.
Correspondencia a: jcaraz@gmail.com

2 Médico cirujano, Especialista en Salud Pública. Presidente Departamento de Medio Ambiente, Colegio Médico de Chile.

3 Médico cirujano, Universidad de Chile; MSc en Economía de la Salud, U. de York, UK; PhD en Ciencias del Cuidado Humano Integral, U de Tsukuba, Japón.

absorberán. Para ello, se integra evidencia de múltiples fuentes: el propio decreto, documentos de la Superintendencia de Salud sobre hospitalización social y derroche del gasto en salud (Olivares-Tirado, 2020; Olivares-Tirado & Zanga, 2024), el informe Health at a Glance 2025 de la OCDE (OECD, 2025), la Encuesta CASEN 2024 (Ministerio de Desarrollo Social, 2025), estudios sobre gasto catastrófico del MINSAL (MINSAL-DESAL, 2024) y análisis

periodísticos especializados (BioBioChile, 2026; Carrillo, 2025).

DESARROLLO DEL PROBLEMA

Anatomía del recorte

El decreto no es un recorte uniforme. Su distribución revela prioridades implícitas que merecen un análisis pormenorizado. La Tabla 1 presenta la distribución del recorte por componente.

Tabla 1: Distribución del Decreto N°333/2026 por componente presupuestario.

Componente	Reducción (millones \$)	% del total	Función afectada
Inversión Sectorial	135.261	32,7	Nuevos hospitales, equipamiento, obras en ejecución
PPI (Prestaciones Institucionales)	109.673	26,5	Operación hospitalaria cotidiana
GRD (Financiamiento por caso)	79.069	19,1	Pago por egreso en 68 hospitales
Bonificaciones y Prestaciones Médicas	48.592	11,8	Copagos, prestaciones a beneficiarios
IVA Concesiones Hospitalarias	21.800	5,3	Hospitales concesionados
Atención Primaria	18.856	4,6	Consultorios y CESFAM

Fuente: Decreto N°333, Registro 127HH, 19/03/2026.

El dato más revelador es que el 45,7% del recorte (\$188.742 millones) se aplica directamente a la producción hospitalaria (PPI + GRD). Esto no es un ajuste administrativo: es una reducción de la capacidad del sistema para atender pacientes. Dentro del PPI, el Programa de Contingencias Operacionales pierde \$88.758 millones — el 80,9% del recorte total al PPI — esta reducción afecta a los fondos no distribuidos inicialmente en el presupuesto de cada Servicio de Salud. Este programa contiene los recursos para la puesta en marcha de nuevos hospitales, financiamiento de aumento de cargos para la dotación de personal de la red asistencial, recursos para bonos de funcionarios de las leyes 15.076, 19.664 y 18.834, recursos adicionales para la resolución de listas de espera No - GES, y recursos para programas de expansión aprobados en la ley de presupuestos de 2026.

Impacto sobre la producción hospitalaria

La reducción de \$79.069 millones en pago a los hospitales por Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), calculada sobre el valor base GRD de \$2.821.990 por egreso (2024), equivale a aproximadamente 28.019 egresos hospitalarios que dejarán de ser financiados, cifra comparable a la producción anual de 3 a 4 hospitales de mediana complejidad (Decreto N°333, 2026). Los 80 hospitales afectados incluyen los principales centros de referencia del país, con reducciones que oscilan

entre \$2.050 y \$3.183 millones en los establecimientos más impactados: Sótero del Río, Salvador, Los Ángeles, Guillermo Grant Benavente, Higuera, Valdivia, Chillán y Antofagasta. (Ver Anexo 1 – Material complementario).

Cuando un hospital recibe menos financiamiento por GRD, el mecanismo de ajuste no es inmediato ni visible. Lo que ocurre es una secuencia gradual: primero se postergan las cirugías electivas, alimentando directamente las listas de espera quirúrgicas; luego se reducen las horas de pabellón disponibles; se acumulan pacientes en servicios de urgencia esperando cama; y se extienden las estadías hospitalarias porque los pacientes no pueden ser derivados a recintos intermedios que también han sido recordados. Chile ya enfrenta una crisis de listas de espera: 33.702 pacientes aguardan diagnóstico o tratamiento oncológico en el sistema público, y más de 12.000 menores esperan cirugías urológicas con un tiempo promedio de 200 días (SONEPSYN, 2026). La estimación de 28.019 egresos no financiados implica que las listas de espera podrían crecer entre un 8% y un 12% adicional durante 2026.

Atención primaria: el efecto multiplicador inverso

La Atención Primaria de Salud (APS) recibe un recorte de \$18.856 millones, distribuido entre los 29 Servicios de Salud. Aunque representa solo el

4,6% del total, su impacto es desproporcionado porque la APS opera con márgenes financieros mínimos y atiende al grueso de la demanda ambulatoria del sistema público. La APS es la puerta de entrada del sistema y su función resolutoria evita que la demanda innecesaria se traslade a los niveles de mayor complejidad. Cuando la APS se debilita, los pacientes que no pueden ser atendidos en consultorios acuden a los servicios de urgencia hospitalarios, donde el costo de atención es entre 5 y 10 veces mayor (Carrillo, 2025). Este efecto multiplicador inverso significa que cada peso recortado en APS puede generar entre 5 y 10 de gasto adicional en el nivel hospitalario, que a su vez también ha sido recortado.

Infraestructura: la deuda que se profundiza

El componente más grande del recorte es la Inversión Sectorial de Salud: \$135.261 millones (32,7% del total), que incluye \$64.905 millones en proyectos de nuevos hospitales, \$47.079 millones en anticipos a contratistas de obras en ejecución y \$18.752 millones en equipamiento médico. Chile tiene un déficit histórico de camas hospitalarias: 2,1 camas por 1.000 habitantes frente a un promedio OCDE de 4,4 (OECD, 2025). La paralización de proyectos hospitalarios profundiza esta brecha en un momento en que la demanda crece por el envejecimiento poblacional: según el Censo 2024, el 19,8% de la población total corresponde a personas de 60 o más años, y los beneficiarios de FONASA de 60 años o más aumentaron un 19% en solo 4 años, pasando de 2,83 millones en 2019 a 3,36 millones en 2023 (DIPRES, 2025).

Adultos mayores: la convergencia de vulnerabilidades

Las personas mayores son el grupo más afectado por el recorte porque se encuentran en la intersección de múltiples vulnerabilidades simultáneas. Son los principales usuarios del sistema hospitalario: los mayores de 60 años generan el 28% de los egresos, pero consumen el 40% de los días-cama (Olivares-Tirado, 2020). Son los más expuestos a la hospitalización social: el 80% de los pacientes con estadías superiores a 60 días pertenecen a FONASA grupos A y B. Y los programas diseñados para atenderlos fuera del hospital — Plan Nacional de Demencia, residencias protegidas, Chile Cuida — están entre los 24 marcados para discontinuación por el Oficio Circular N°16 de Hacienda (SONEPSYN, 2026).

Olivares-Tirado (2020) documentó que la hospitalización social generó un gasto de \$35.619 millones anuales en 2019, cifra que supera en un 43%

el presupuesto anual completo de SENAMA. El caso más extremo documentado fue un hombre con Alzheimer hospitalizado durante más de 15 años (5.669 días). Sin Plan de Demencia, sin residencias protegidas ni Chile Cuida, estos casos se multiplicarán. El recorte agrava este problema por dos vías: reduce la capacidad hospitalaria para atender pacientes agudos y elimina las alternativas de egreso que permitirían liberar camas.

Salud mental: desinversión con retorno negativo

Al menos 5 programas de salud mental figuran entre los 24 marcados para discontinuación: Prevención del Suicidio, Salud Mental en APS, Residencias protegidas, Plan Nacional de Demencia y Rehabilitación psicosocial (SONEPSYN, 2026). Chile destina solo el 2,16% del presupuesto público de salud a salud mental, frente al 9,6% de Australia, el 10,0% del Reino Unido y el 11,0% de Nueva Zelanda. Las condiciones neuropsiquiátricas representan aproximadamente el 25% del total de años de vida saludables perdidos por discapacidad en el país.

La evidencia internacional es contundente: Hung et al. (2020) demostraron que una reducción del 14% en centros comunitarios de salud mental en Estados Unidos entre 2014 y 2017 se asoció con un aumento del 6% en muertes por suicidio (263 muertes adicionales). La tasa de suicidio en Chile alcanzó un peak histórico de aproximadamente 14/100.000 durante la crisis de 2008-2009, y su contención coincidió con la implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio en 2013. Chisholm et al. (2016) estimaron un retorno de inversión de USD 2,3-3,0 por cada dólar invertido en salud mental, y de 3,3-5,7 cuando se incluyen los años de vida saludable recuperados. Recortar salud mental no es austeridad: es desinversión con retorno negativo.

Gasto de bolsillo: la transferencia del costo a los más vulnerables

Cuando el sistema público reduce su capacidad de atención, los pacientes que pueden pagar buscan atención privada a cuenta de su bolsillo; los que no pueden pagar simplemente dejan de atenderse o postergan su atención hasta que la condición se agrava. Chile ya tiene el gasto de bolsillo más alto de la OCDE: 39,15% del gasto corriente en salud (MINSAL-DESAL, 2024). La incidencia de gasto catastrófico — hogares que destinan más del 10% de su gasto total a salud — aumentó de 18,8% a 22,5% entre la VIII y IX Encuesta

de Presupuestos Familiares, y el 5% de los hogares chilenos cae en pobreza por gastos de salud (Carrillo, 2025).

El recorte se aplica íntegramente al subsistema público, que atiende al 84% de la población con el 45% del gasto, sin afectar al subsistema privado (ISAPREs), que atiende al 13% con el 55% del gasto. La CASEN 2024 mostró que el ingreso monetario promedio del decil I es de \$157.082 mensuales (Ministerio de Desarrollo Social, 2025). Para una familia de este decil, un evento de salud que requiera gasto de bolsillo puede representar entre el 14% y el 22% de su ingreso mensual, superando el umbral catastrófico. Se estima que entre 100.000 y 160.000 hogares adicionales podrían cruzar el umbral de gasto catastrófico durante 2026-2027.

La paradoja del recorte que genera más derroche

Olivares-Tirado y Zanga (2024), en una revisión exploratoria, señalan que el derroche representa aproximadamente el 20% del gasto en salud en los países de la OCDE (2017), mientras que diversos estudios en Estados Unidos estiman que el 30-50% del gasto en salud puede considerarse desperdicio. Considerando estos guarismos, el derroche total del sistema de salud chileno se estima entre USD \$6.700–9.200 millones anuales, que corresponde a 20–28% del gasto total. El subsistema público derrocha entre 15–20% de su presupuesto (USD \$2.300–3.100 millones), principalmente por ineficiencia hospitalaria, hospitalización social y fragmentación administrativa⁴. El subsistema privado derrocha entre 25–35% de su gasto (USD \$4.400–6.100 millones), principalmente por costos administrativos excesivos, sobreutilización de recursos diagnósticos y sobreprecio de prestaciones⁵. El recorte presupuestario en salud (aprox. USD \$449 millones) representa entre 4,9-5,7% del derroche total del sistema y se aplica exclusivamente al subsistema que menos derrocha. La paradoja es que el recorte, lejos de reducir la ineficiencia del gasto -el derroche-, lo amplifica a través de los seis dominios de Berwick y Hackbarth (2012): elimina programas de derivación y cuidado transicional (fallas en la coordinación), genera más hospitalizaciones sociales sin alternativas de egreso (falla en la prestación),

reduce la capacidad resolutoria produciendo más complicaciones evitables (sobretreatamientos), mantiene la misma burocracia con menos recursos operativos (complejidad administrativa), desplaza demanda hacia el sector privado más caro (falla en los precios) y reduce la capacidad de auditoría y fiscalización (fraude y abusos).

El gasto en hospitalización social (\$35.619 millones anuales en 2019) para el conjunto del sistema es 1,89 veces mayor que el recorte en Atención Primaria (\$18.856 millones). Pero si consideramos sólo el gasto del subsistema público (\$15.473 millones), esto equivale al 82% del recorte. Si una fracción de ese gasto se redirigiera a alternativas comunitarias de cuidado, el ahorro neto cubriría gran parte del recorte. Pero el decreto hace exactamente lo contrario: recorta las alternativas y mantiene el gasto hospitalario ineficiente.

La Tabla 2 sintetiza la cascada de efectos del Decreto N°333 en tres horizontes temporales.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

El análisis integrado de la evidencia permite formular seis conclusiones.

Primera, el Decreto N°333 no es un ajuste administrativo sino una reducción de la capacidad productiva del sistema público de salud: el 45,7% del recorte afecta directamente la producción hospitalaria, lo que se traducirá en menos egresos, más listas de espera GES y No-GES y mayor presión sobre servicios de urgencia.

Segunda, el recorte es regresivo: se aplica íntegramente al subsistema público (84% de la población, 45% del gasto) sin afectar al privado (13% de la población, 55% del gasto), amplificando la inequidad estructural del sistema dual chileno y empujando a más familias hacia el gasto de bolsillo catastrófico, que puede sumirla en la pobreza.

Tercera, el impacto sobre los adultos mayores es desproporcionado, dado que la eliminación simultánea de capacidad hospitalaria y de alternativas comunitarias de cuidado agravará la hospitalización social.

Cuarta, el ahorro fiscal es ilusorio: el recorte representaría el derroche estimado del sistema público, y peor aún, lo amplifica al eliminar las alternativas que podrían reducirlo.

4 La tasa de derroche del subsistema público (15–20%) se estima a partir de nuestros datos GRD (ineficiencia hospitalaria cuantificada: USD \$649 millones/año = 4,2% del presupuesto público) más estimaciones de otras fuentes de derroche operativo y de gobernanza.

5 La tasa de derroche del subsistema privado (25–35%) se estima por analogía con sistemas similares (EE.UU., Países Bajos) ajustada por las características específicas del mercado chileno (alta concentración, selección de riesgo documentada, costos administrativos reportados por la Superintendencia de Salud).

Tabla 2: Cascada de efectos del Decreto N°333/2026 por dimensión y horizonte temporal.

Dimensión	Efecto inmediato (2026)	Efecto mediato (2027-2028)	Efecto estructural (2029+)
Producción hospitalaria	~28.019 egresos no financiados	Listas de espera +8-12%	Deterioro crónico de capacidad resolutive
Atención primaria	Reducción de horas y prestaciones	Desplazamiento de demanda a urgencias	Colapso del modelo de APS resolutive
Infraestructura	Paralización de obras y licitaciones	Sobrecostos por renegociación	Brecha de camas se amplía (2,1 vs. 4,4 OCDE)
Adultos mayores	Sin alternativas de egreso hospitalario	Más hospitalización social	Gasto ineficiente creciente
Salud mental	Cierre de programas de prevención	Aumento de crisis y suicidios	Pérdida de capital humano formado
Gasto de bolsillo	100.000-160.000 hogares adicionales en gasto catastrófico	Empobrecimiento por salud	Profundización de inequidad
Contingencias	Sin fondo de emergencia	Vulnerabilidad ante brotes y desastres	Sistema sin capacidad de absorción

Fuente: Elaboración propia a partir de Decreto N°333 (2026), Olivares-Tirado (2020), Olivares-Tirado y Zanga (2024), OECD (2025).

Quinta, la eliminación del Programa de Contingencias Operacionales deja al sistema sin capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias, brotes epidémicos o desastres naturales, en un país sísmico con estacionalidad respiratoria marcada.

Sexta, existe una alternativa: como documentan Olivares-Tirado y Zanga (2024), mitigar o eliminar el derroche en el gasto público de salud permitiría una reasignación eficiente y equitativa que contribuiría a la sostenibilidad financiera del sistema. Esto implica: 1) La reforma del financiamiento hospitalario — transición de pago por día-cama a pago por GRD con incentivos de eficiencia y calidad —, 2) la reducción de la hospitalización social mediante alternativas comunitarias, y 3) la integración del financiamiento público-privado, son caminos que la evidencia internacional respalda.

El financiamiento en salud tiene un problema de incentivos perversos, constituido por una multiplicidad de incentivos clínicos que operan en sentido negativo, y a veces antagónicos con las metas organizacionales. Esta situación, tensiona y pone a prueba la capacidad de los directivos de los Servicios de Salud, para administrar los presupuestos en condiciones de incertidumbre.

El problema de fondo no es cuánto gastamos, sino cómo lo gastamos y el impacto que esto tiene en el estado de salud de la población. Recortar sin reformar no resuelve el problema: debilita la capacidad de atención del sistema público de salud y, en última instancia, lo transfiere directa o indirectamente a los pacientes más vulnerables.

REFERENCIAS

- BioBioChile. (2026, 7 de abril). Ministra Chomali ratifica recorte del 3% en el MINSAL en medio de advertencias de los gremios de salud. *BioBioChile*.
- Carrillo, J. (2025, 7 de diciembre). La paradoja del sistema de salud chileno: gastamos más y obtenemos menos. *El Mostrador*.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415-424.
- Decreto N°333, Registro 127HH. (2026, 19 de marzo). Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.
- DIPRES. (2025). Evolución del presupuesto del Ministerio de Salud y desafíos de ajuste fiscal. Seminario octubre 2025. Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda.
- Hung, P., Busch, S. H., Shang, Y., & Pollack, C. E. (2020). Community mental health center closures and suicide. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-10.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2025). Presentación de resultados Encuesta CASEN 2024. Santiago.
- MINSAL-DESAL. (2024). Análisis del gasto de los hogares en salud con datos de la IX Encuesta de Presupuestos Familiares. Ministerio de Salud, Departamento de Economía de la Salud.

- OECD. (2025). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- Olivares-Tirado, P. (2020). Hospitalización social en adultos mayores en el sistema de salud de Chile. Documento de Trabajo, Superintendencia de Salud.
- Olivares-Tirado, P., & Zanga, R. (2024). Waste in health care spending: A scoping review. *International Journal of Healthcare Management*, 17(2), 330-342.
- SONEPSYN. (2026, 30 de abril). Recortar salud mental no es austeridad: es desinversión con retorno negativo. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.

Anexo 1: Material complementario

Listado completo de los 80 hospitales afectados por el Decreto N°333/2026

Autores: Juan Carrillo, Yuri Carvajal, Pedro Olivares-Tirado

Fecha: 15 de mayo de 2026

Fuente: Decreto N°333 del Ministerio de Hacienda, firmado el 24 de abril de 2026 por el ministro Jorge Quiroz. Ingresado a Contraloría General de la República el mismo día. Documento obtenido de fuente pública.

CONTEXTO

El Decreto N°333/2026 reduce el presupuesto del Ministerio de Salud en \$413.193 millones, equivalente al 2,4% del financiamiento contemplado en la Ley de Presupuestos 2026. Dentro de esta reducción, el Programa 05 — Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD) sufre un recorte de \$79.069 millones, que se distribuye entre 80 establecimientos hospitalarios de la red pública a lo largo de todo el país.

Distribución del recorte total del MINSAL.

Componente	Reducción (MM\$)	% del Total
Fondo Nacional de Salud (FONASA)	259.512	62,8%
Subsecretaría de Redes Asistenciales	147.716	35,7%
Subsecretaría de Salud Pública	3.864	0,9%
Instituto de Salud Pública	1.898	0,5%
Superintendencia de Salud	203	0,05%
Total	413.193	100%

Desglose del recorte FONASA (Programa 01)

Subcomponente	Reducción (MM\$)
Programa de Prestaciones Institucionales	109.673
Financiamiento Hospitales GRD	79.069
Prestaciones Previsionales (Bonificaciones de Salud)	27.479
Provisión de Prestaciones Médicas	21.113
Programa de Atención Primaria	18.856
Préstamos Médicos	1.682
Bienes y Servicios de Consumo	1.147
Gastos en Personal	494
Total, FONASA	259.512

LISTADO COMPLETO DE LOS 80 HOSPITALES AFECTADOS — PROGRAMA GRD

Ordenados de mayor a menor monto de reducción. Los montos están expresados en millones de pesos (MM\$). El porcentaje corresponde a la participación de cada hospital en el total del recorte GRD (\$79.069 MM).

N°	Hospital	Servicio de Salud	Reducción (MM\$)	% del Total GRD
1	Hospital Sótero del Río	SS Metropolitano Sur Oriente	3.183	4,03%
2	Hospital Salvador	SS Metropolitano Oriente	2.757	3,49%
3	Hospital de Los Ángeles	SS Biobío	2.707	3,42%
4	Hospital Guillermo Grant Benavente	SS Concepción	2.697	3,41%
5	Hospital Higuera	SS Talcahuano	2.272	2,87%
6	Hospital de Valdivia	SS Los Ríos	2.233	2,82%
7	Hospital de Chillán	SS Ñuble	2.099	2,65%
8	Hospital de Antofagasta	SS Antofagasta	2.049	2,59%
9	Hospital La Serena	SS Coquimbo	1.972	2,49%
10	Hospital de Puerto Montt	SS del Reloncaví	1.970	2,49%
11	Hospital Barros Luco Trudeau	SS Metropolitano Sur	1.942	2,46%
12	Hospital de Rancagua	SS O'Higgins	1.904	2,41%
13	Hospital San José	SS Metropolitano Norte	1.788	2,26%
14	Hospital El Carmen	SS Metropolitano Central	1.611	2,04%
15	Hospital de Curicó	SS Maule	1.612	2,04%
16	Hospital de Quilpué	SS Viña del Mar Quillota	1.517	1,92%
17	Hospital San Juan de Dios	SS Metropolitano Occidente	1.523	1,93%
18	Hospital de Talca	SS Maule	1.514	1,91%
19	Hospital Dr. Gustavo Fricke	SS Viña del Mar Quillota	1.483	1,88%
20	Hospital San Pablo (Coquimbo)	SS Coquimbo	1.481	1,87%
21	Hospital de Temuco	SS Araucanía Sur	1.476	1,87%
22	Hospital Padre Alberto Hurtado	SS Metropolitano Sur Oriente	1.475	1,87%
23	Hospital de Iquique	SS Tarapacá	1.461	1,85%
24	Hospital de Melipilla	SS Metropolitano Occidente	1.394	1,76%
25	Hospital Félix Bulnes	SS Metropolitano Occidente	1.343	1,70%
26	Hospital Carlos Van Buren	SS Valparaíso San Antonio	1.274	1,61%
27	Hospital La Florida	SS Metropolitano Sur Oriente	1.270	1,61%
28	Hospital de Quillota	SS Viña del Mar Quillota	1.209	1,53%
29	Hospital Clínico San Borja Arriarán	SS Metropolitano Central	1.182	1,50%
30	Hospital de Urgencia Asistencia Pública (Posta Central)	SS Metropolitano Central	1.169	1,48%
31	Hospital de Osorno	SS Osorno	1.158	1,47%
32	Hospital Juan Noé	SS Arica y Parinacota	1.103	1,40%
33	Hospital Claudio Vicuña (San Antonio)	SS Valparaíso San Antonio	1.079	1,36%
34	Hospital Regional de Punta Arenas	SS Magallanes	1.037	1,31%
35	Hospital de Coyhaique	SS Aysén	1.035	1,31%
36	Hospital Ovalle	SS Coquimbo	962	1,22%
37	Hospital Sanatorio El Pino	SS Metropolitano Sur	894	1,13%
38	Hospital de Calama	SS Antofagasta	795	1,01%
39	Hospital de Linares	SS Maule	794	1,00%
40	Hospital Regional de Copiapó	SS Atacama	779	0,98%
41	Hospital San Camilo (San Felipe)	SS Aconcagua	768	0,97%
42	Hospital Angol	SS Araucanía Norte	744	0,94%
43	Hospital de Villarrica	SS Araucanía Sur	739	0,93%
44	Hospital Padre las Casas	SS Araucanía Sur	613	0,78%

N°	Hospital	Servicio de Salud	Reducción (MM\$)	% del Total GRD
45	Hospital del Tórax	SS Metropolitano Oriente	588	0,74%
46	Hospital Victoria	SS Araucanía Norte	582	0,74%
47	Hospital Castro	SS Chiloé	575	0,73%
48	Hospital de San Carlos	SS Ñuble	530	0,67%
49	Hospital de Tomé	SS Talcahuano	511	0,65%
50	Hospital San Fernando	SS O'Higgins	479	0,61%
51	Hospital de Santa Cruz	SS O'Higgins	477	0,60%
52	Hospital Roberto del Río	SS Metropolitano Norte	473	0,60%
53	Hospital de Curanilahue	SS Arauco	470	0,59%
54	Hospital San Juan de Dios (Los Andes)	SS Aconcagua	467	0,59%
55	Hospital Intercultural de Nueva Imperial	SS Araucanía Sur	452	0,57%
56	Hospital de Cauquenes	SS Maule	427	0,54%
57	Hospital San Luis de Buin	SS Metropolitano Sur	424	0,54%
58	Hospital de Penco Lirquén	SS Talcahuano	412	0,52%
59	Hospital Traumatológico	SS Concepción	403	0,51%
60	Instituto Traumatológico	SS Metropolitano Occidente	398	0,50%
61	Hospital Santiago Oriente Luis Tisné	SS Metropolitano Oriente	366	0,46%
62	Hospital Luis Calvo Mackenna	SS Metropolitano Oriente	358	0,45%
63	Hospital de Vallenar	SS Atacama	357	0,45%
64	Hospital de Ancud	SS Chiloé	350	0,44%
65	Hospital de Lota	SS Concepción	346	0,44%
66	Hospital Dr. Abraham Godoy Peña (Lautaro)	SS Araucanía Sur	341	0,43%
67	Hospital Exequiel González Cortés	SS Metropolitano Sur	333	0,42%
68	Hospital de Parral	SS Maule	322	0,41%
69	Hospital Dr. Eduardo Pereira	SS Valparaíso San Antonio	319	0,40%
70	Hospital Illapel	SS Coquimbo	312	0,39%
71	Hospital de Coronel	SS Concepción	302	0,38%
72	Instituto de Neurocirugía	SS Metropolitano Oriente	265	0,34%
73	Hospital de Rengo	SS O'Higgins	255	0,32%
74	Hospital de Pitrufrquén	SS Araucanía Sur	251	0,32%
75	Hospital de Talagante	SS Metropolitano Occidente	225	0,29%
76	Hospital de Puerto Aysén	SS Aysén	214	0,27%
77	Hospital de Constitución	SS Maule	140	0,18%
78	Hospital de Peñaflor	SS Metropolitano Occidente	106	0,13%
79	Hospital de San Javier	SS Maule	95	0,12%
80	Hospital Traiguén	SS Araucanía Norte	75	0,09%
TOTAL, PROGRAMA GRD			79.069	100,00%

Distribución por Servicio de Salud (agregado)

Servicio de Salud	N° Hospitales	Reducción Total (MM\$)	% del Total GRD
SS Metropolitano Occidente	6	4.991	6,31%
SS Metropolitano Sur Oriente	3	5.928	7,50%
SS Metropolitano Oriente	5	4.334	5,48%
SS Metropolitano Central	3	3.962	5,01%
SS Metropolitano Sur	4	3.593	4,55%
SS Metropolitano Norte	2	2.261	2,86%
SS Coquimbo	4	4.726	5,98%
SS Maule	7	4.917	6,22%

Servicio de Salud	N° Hospitales	Reducción Total (MM\$)	% del Total GRD
SS Araucanía Sur	7	4.113	5,20%
SS Concepción	4	3.747	4,74%
SS Viña del Mar Quillota	3	4.210	5,32%
SS Talcahuano	3	3.194	4,04%
SS Biobío	1	2.707	3,42%
SS O'Higgins	4	3.115	3,94%
SS Valparaíso San Antonio	3	2.672	3,38%
SS Ñuble	2	2.629	3,32%
SS Antofagasta	2	2.844	3,60%
SS Los Ríos	1	2.233	2,82%
SS del Reloncaví	1	1.970	2,49%
SS Araucanía Norte	3	1.400	1,77%
SS Tarapacá	1	1.461	1,85%
SS Atacama	2	1.136	1,44%
SS Arica y Parinacota	1	1.103	1,40%
SS Osorno	1	1.158	1,47%
SS Aconcagua	2	1.236	1,56%
SS Aysén	2	1.250	1,58%
SS Magallanes	1	1.037	1,31%
SS Chiloé	2	925	1,17%
SS Arauco	1	470	0,59%

NOTAS METODOLÓGICAS

1. Los montos fueron extraídos directamente del texto del Decreto N°333, páginas 5 a 8 (códigos 101 a 180 del Programa 05).
2. Los valores están expresados en miles de pesos en el decreto original. En la tabla se presentan convertidos a millones de pesos (MM\$) para facilitar la lectura.
3. La suma de los 80 hospitales coincide exactamente con el total del Programa GRD declarado en el decreto: \$79.068.717 miles (\approx \$79.069 millones).
4. El decreto fue firmado el 24 de abril de 2026 e ingresado a Contraloría General de la República el mismo día. Al 15 de mayo de 2026 se encuentra en trámite de toma de razón.
5. Los servicios de salud se abrevian como “SS” en la tabla principal para facilitar la lectura.

REFERENCIA

Ministerio de Hacienda, República de Chile. (2026, 24 de abril). *Decreto N°333: Modifica presupuesto vigente del sector público* (Registro 127HH, TP 516). Santiago, Chile.

Ética médica y el genocidio en Gaza: un análisis deontológico¹

Medical ethics and genocide in Gaza: a deontological analysis

Teresa Chomali Kokaly²

RESUMEN

Este ensayo analiza, desde una perspectiva ética, histórica y profesional, cómo la medicina se enfrenta a contextos de violencia masiva y violaciones sistemáticas de los derechos humanos, con especial énfasis en la actuación del personal de salud. Aunque los derechos humanos no discriminan por raza, color, etnia, religión ni ninguna otra condición, resulta evidente que las acciones de organismos internacionales —como las Naciones Unidas, tribunales internacionales y organizaciones no gubernamentales— han mostrado una incapacidad persistente para abordar este conflicto y exigir el cumplimiento de los principios éticos fundamentales de la práctica médica. La situación en Gaza ejemplifica estos desafíos: todos estos principios han sido vulnerados de manera sistemática, lo que convierte el ejercicio de la ética médica en una tarea heroica y, en muchos casos, inalcanzable.

Palabras clave: ética médica, deontología, derecho internacional humanitario, crisis humanitarias, comunidad internacional, derechos humanos, medicina, Palestina, Israel.

ABSTRACT

This essay analyzes, from ethical, historical, and professional perspectives, the role of medicine in contexts of mass violence and systematic human rights violations, with particular emphasis on the performance of healthcare personnel. Although human rights principles reject discrimination based on race, color, ethnicity, religion, or any other distinction, the actions of international organizations—such as the United Nations, international courts, and non-governmental organizations—reveal a persistent inability to address this conflict, enforce fundamental medical ethical principles, and respond effectively to the devastating human rights situation. The case of Gaza illustrates these challenges, where these principles have been systematically violated, rendering adherence to medical ethics a heroic and often unattainable task.

Keywords: medical ethics, deontology, international humanitarian law, humanitarian crisis, international community, human rights, medicine, Palestine, Israel.

ALCANCES DE LA ÉTICA MÉDICA Y LA BIOÉTICA EN CONTEXTOS DE PAZ Y DE GUERRA

La bioética puede definirse como la disciplina que emplea herramientas de reflexión crítica para articular un diálogo entre lo científico y lo humanista. Su carácter interdisciplinario integra dimensiones sociales,

1 Este estudio se elaboró a partir de referencias publicadas entre 2022 y 2025 en español e inglés, utilizando plataformas como Google Scholar, Scispace y Openvidence. Se priorizaron artículos académicos, informes de organismos internacionales (OMS, OCHA, Médicos Sin Fronteras, UNRWA), declaraciones de asociaciones médicas, análisis bioéticos y reportes periodísticos que documentan la situación en Gaza.

2 Médicos por Palestina Chile. Miembro del Tribunal Nacional de Ética, Colegio Médico de Chile A.G.

Correspondencia a: tch@chomali.cl

comunitarias, éticas, jurídicas, psicológicas, biológicas, políticas, filosóficas y tecnológicas aplicadas a las ciencias de la salud y a la investigación científica. En este marco, los cuatro principios de la ética médica —ampliamente aceptados en documentos internacionales— constituyen la base normativa para orientar decisiones bioéticas: dos de ellos son de naturaleza deontológica (autonomía y justicia) y los otros dos, de orientación consecuencialista (beneficencia y no maleficencia). El principio de respeto a la persona, estrechamente vinculado a la dignidad humana, se expresa fundamentalmente a través del principio de autonomía.

El principio de autonomía reconoce la libertad de elección de cada individuo, entendiendo que una persona es autónoma cuando actúa con independencia de controles externos y posee la capacidad de tomar decisiones propias.

El principio de no maleficencia establece la obligación de no causar daño intencionalmente, ya sea físico, psicológico, económico, reputacional u ofensivo, y suele expresarse mediante prohibiciones categóricas.

El principio de beneficencia exige promover el bien, proteger los intereses legítimos de las personas, asistir a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad y contribuir a reducir los riesgos que amenazan a otros.

Ambos principios —beneficencia y no maleficencia— orientan la toma de decisiones hacia la maximización del beneficio y la minimización del daño.

El principio de justicia sostiene que todas las personas poseen igual dignidad y merecen igual consideración y respeto. En el ámbito sanitario, suele aplicarse bajo el criterio de justicia distributiva, que implica una asignación equitativa de bienes, recursos y cargas sociales, priorizando a quienes presentan mayores necesidades.

Tanto la ética médica como los derechos humanos se fundamentan en el respeto irrestricto a la dignidad humana, entendida como un valor intrínseco, absoluto y universal que reconoce a cada ser humano como un fin en sí mismo.

En todo el mundo, los profesionales de la salud juran ejercer la medicina conforme a códigos éticos diseñados para proteger la vida, aliviar el sufrimiento, actuar con justicia y respetar la dignidad humana en condiciones ordinarias. La ética constituye, así, el principio fundacional que garantiza que la medicina se mantenga como una fuerza orientada al bien, concebida y practicada dentro de un marco humanitario que protege a las personas vulnerables, enfermas o heridas. Asimismo, exige que los propios médicos apoyen

a sus colegas en el cumplimiento de estas responsabilidades y adopten medidas para resguardarlos de influencias indebidas, abusos, explotación, violencia u opresión (Lolas Stepke & Rodríguez Yunta, 2024).

Históricamente, la formulación de normas éticas ha sido progresiva. El Juramento Hipocrático (460 a. C.) estableció los primeros lineamientos sobre actos aceptables e inaceptables en la práctica médica, incorporando principios como beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Muchos códigos modernos derivan de esta tradición. Entre ellos destacan la Declaración de Ginebra (World Medical Association, 2006) y el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (Parsa-Parsi, 2022), que establecen obligaciones éticas aplicables en toda circunstancia. Estos documentos afirman que el ejercicio de la medicina debe orientarse al servicio de la humanidad, sin distinción entre personas, y que el respeto por la vida humana debe mantenerse incluso bajo amenaza. Ninguno de estos textos establece excepciones para tiempos de guerra ni sugiere que los principios éticos se modifiquen en función del contexto (World Medical Association, 2006; Parsa-Parsi, 2022; World Medical Association, 2016).

En situaciones de conflicto armado, tres principios humanitarios permanecen inalterables: humanidad, imparcialidad y neutralidad. Estos pilares sustentan regulaciones nacionales e internacionales y conforman la base del mandato de organizaciones como el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y las Naciones Unidas. La neutralidad implica no tomar partido en un conflicto, condición esencial para mantener la confianza de todos los actores; la imparcialidad, en cambio, exige actuar sin discriminación por motivos políticos, religiosos, raciales o ideológicos. Estos principios, junto con la independencia operativa, están codificados en la Resolución 46/182 de la Asamblea General de la ONU y resultan fundamentales para garantizar el acceso a poblaciones vulnerables en contextos de conflicto o desastre (Cumbre Humanitaria Mundial, 2015).

Tras los juicios de Núremberg (1945–1946), se promulgó en 1948 el Código de Núremberg, que estableció precedentes éticos y legales sobre crímenes de guerra y crímenes de lesa humanidad, incluyendo la experimentación médica sin consentimiento. En diciembre de 1946, un tribunal militar estadounidense procesó a 23 médicos alemanes por su participación voluntaria en experimentos pseudocientíficos de extrema crueldad realizados

sobre miles de prisioneros de campos de concentración. Uno de los casos más documentados es el de los experimentos de hipotermia en Dachau, descritos por Berger (1990) en *The New England Journal of Medicine* bajo el título “Nazi Science – The Dachau Hypothermia Experiments”. Tras 140 días de juicio, 16 médicos fueron condenados y siete ejecutados. Este proceso consolidó la centralidad del consentimiento informado y la protección de los sujetos de investigación (Lolas Stepke, 2010; Berger, 1990).

Posteriormente, la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) estableció recomendaciones para la investigación en seres humanos, mientras que la Declaración de Tokio fijó directrices para los médicos frente a la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes aplicados a personas detenidas o encarceladas (World Medical Association, 2016).

La Convención de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales definieron normas internacionales para la protección de civiles y personal médico en conflictos armados. Estas normas prohíben ataques contra hospitales y personal sanitario, protegen a los heridos y enfermos en tierra y mar, regulan el trato a prisioneros de guerra y establecen la protección de la población civil. Asimismo, introdujeron la Cruz Roja y la Media Luna Roja como emblemas de protección (Convención de Ginebra, 1949).

El Estatuto de Roma (Corte Penal Internacional, 2002), adoptado cincuenta años después de los juicios de Núremberg, creó la Corte Penal Internacional (CPI), un tribunal permanente para juzgar crímenes de guerra, crímenes de lesa humanidad y genocidio. Este instrumento representa un avance histórico en la lucha contra la impunidad e incluye disposiciones relativas a violaciones graves de la ética médica en contextos de conflicto.

Finalmente, el marco legal internacional aplicable se sustenta en los Derechos Humanos Internacionales, cuyos instrumentos —como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)— garantizan el derecho a la vida y a la salud, y regulan la conducta en conflictos armados para proteger a quienes no participan en las hostilidades. El artículo 7 del Pacto establece que “nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” y que “nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”. Este marco expresa el valor fundamental que guía toda investigación en seres humanos: la protección

de los derechos y el bienestar de los sujetos de investigación (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, s.f; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966).

EL GENOCIDIO EN GAZA: CONTEXTO Y CONSECUENCIAS HUMANITARIAS.

En el marco del derecho internacional contemporáneo, la situación en Gaza —incluso antes de 1948— puede describirse como una prolongada historia de violaciones sistemáticas a normativas jurídicas internacionales. Mucho antes de la ofensiva actual, Gaza ya se había convertido en un “infierno en la tierra” debido al asedio impuesto desde 2007. La legalidad internacional, la Carta de las Naciones Unidas y su mandato de solución pacífica de controversias, las normas de la guerra, el derecho internacional humanitario y los dictámenes de tribunales internacionales han sido reiteradamente ignorados. Desde 1998, la responsabilidad de perseguir y sancionar crímenes contra la humanidad, apartheid y genocidio recae en el Tribunal Penal Internacional.

La Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio define el genocidio como crimen internacional e incluye actos como matar, causar daño grave físico o mental, someter a un grupo a condiciones de vida orientadas a su destrucción, impedir nacimientos o trasladar por la fuerza a niños, siempre que se demuestre la intención de destruir total o parcialmente a dicho grupo (ONU, 1948).

Desde octubre de 2023, la Franja de Gaza ha sido escenario de una ofensiva militar y de actos prohibidos que han resultado en la muerte violenta de decenas de miles de civiles, incluidos miles de niños, así como en la destrucción de hospitales, clínicas y centros de atención primaria. Amnistía Internacional (2024) documenta tres de los cinco actos prohibidos por la Convención que Israel habría cometido: la matanza de miembros del grupo, la lesión grave a su integridad física o mental y el sometimiento intencional a condiciones de existencia que habrían de acarrear su destrucción física.

Este patrón general de conducta en Gaza, sumado a declaraciones de funcionarios israelíes de alto nivel que emplean retórica deshumanizadora y racista contra la población palestina, así como al contexto de apartheid y ocupación ilegal, ha sido señalado como evidencia de una posible intención genocida (B’Tselem, 2025).

El reporte de B’Tselem, titulado “Nuestro Genocidio”, sostiene que “Israel trata a la

población palestina como un grupo infrahumano que no merece derechos humanos ni dignidad, ejecutando masacres directas y mediante la creación de condiciones de vida inhabitables, junto con desplazamiento forzoso a gran escala y destrucción del tejido social de Gaza, incluyendo campos de refugiados, instituciones educativas, culturales y organismos de socorro de Naciones Unidas como UNRWA.

Desde un punto de vista ético y humanitario, resulta evidente que la ocupación ilegal y el control de Gaza por parte del ejército israelí infligen consecuencias fatales para la vida y la salud de la población.

En este contexto, el profesor Hanafi (2023) sostiene que lo que ocurrido puede clasificarse como espaciocidio, neologismo que distingue del genocidio al enfatizar la pérdida del territorio como eje de la memoria palestina. La destrucción de la infraestructura sanitaria ha provocado el colapso del sistema de salud, impidiendo el acceso a atención médica básica, medicamentos esenciales y servicios de emergencia. Esta situación ha exacerbado la morbilidad y la mortalidad, especialmente entre los grupos más vulnerables. Asimismo, diversos autores denuncian que la devastación en curso implica no solo un genocidio, sino también fenómenos de epistemicidio, culturicidio y ecocidio, al destruir las condiciones materiales y simbólicas de vida de un pueblo (Lorda, 2023; Massó Guijarro et al., 2025).

Informes de entidades como la OMS, UNICEF, Médicos Sin Fronteras, Amnistía Internacional y la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública documentan la destrucción sistemática del sistema de salud, la aparición de epidemias, la hambruna, la tortura y crímenes contra la humanidad, lo que permite calificar la situación como genocidio (Castellón, 2025).

La política de las sucesivas administraciones israelíes ha consistido en negar la existencia de la población palestina, apoyándose en la premisa colonial de que Palestina era “una tierra sin pueblo para un pueblo sin tierra”, difundida desde el siglo XIX y popularizada por Zangwill a inicios del siglo XX. Esta narrativa ha sustentado la expansión de asentamientos ilegales y una política de destrucción del espacio que se ha convertido en dogma gubernamental.

Entre octubre de 2023 y septiembre de 2024, Israel redujo la expectativa de vida de Gaza de 76 a 41 años y provocó la muerte de cientos de miles de personas, aproximadamente la mitad de ellos niños, además de generar decenas de miles de huérfanos (Harvard Global Affairs, 2025; The

Lancet, 2024). El bloqueo total de alimentos, agua, suministros sanitarios y combustible constituye un ataque frontal a principios humanitarios fundamentales, especialmente al “*primum non nocere*”, sustituido perversamente por un *primum nocere*, (Gervas & Fernández, 2006).

En base a los antecedentes revisados, podemos inferir que los principios éticos esenciales transgredidos son:

1. El Principio de la No maleficencia, por la directa destrucción de hospitales, ambulancias y clínicas. Contradicen el principio de “*primum non nocere*”.
2. El Principio de Justicia o Inequidad en el acceso a la salud el que se ha visto obstruido por el bloqueo y los ataques que impiden hasta el día de hoy la entrada de suministros médicos, generando una distribución injusta de recursos sanitarios y serias dudas sobre la equidad en la protección de la vida.
3. Principio de Autonomía: El desplazamiento forzado, el confinamiento y la falta de acceso a información médica impiden que las personas ejerzan su autonomía sobre su salud y bienestar. Pacientes no pueden elegir tratamientos ni acceder a mínimos éticos debido al colapso del sistema de salud.
4. Dignidad humana y Deshumanización: El trato a civiles como objetivos militares y la exposición prolongada al trauma y la violencia atentan contra la dignidad inherente de cada ser humano.
5. Principio de Beneficencia: La imposibilidad de actuar en beneficio del paciente ha enfrentado a los profesionales de la salud a condiciones extremas, que les impiden brindar atención adecuada, lo que frustra su deber de ayudar.
6. Neutralidad médica en crisis: Aunque la ética médica promueve la neutralidad, en Gaza muchos profesionales han sentido la obligación moral de denunciar públicamente las violaciones a los derechos humanos.
7. Responsabilidad internacional: La comunidad médica global enfrenta el dilema de cómo actuar ante un genocidio en curso sin comprometer su seguridad ni su neutralidad profesional.

La mayor voz solidaria a favor de Palestina ha provenido de asociaciones de profesionales de la salud recientemente formadas, que han emitido declaraciones, informes y campañas

independientes en defensa de la población palestina. Estas organizaciones han denunciado ataques contra personal sanitario, hospitales y el bloqueo a la ayuda humanitaria, en contraste con la limitada respuesta de los organismos rectores tradicionales. Entre ellas se encuentran Médicos por Palestina en Chile (creada en octubre de 2023), Doctors Against Genocide, Médicos del Mundo (Doctors of the World) y miles de agrupaciones bajo el paraguas de Health Workers for Palestine en cientos de países. También han expresado solidaridad organizaciones tradicionales como Médicos Sin Fronteras (Doctors Without Borders) y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC).

La Resolución de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre la protección de la atención médica en Israel y Gaza puede considerarse un documento relevante; sin embargo, su impacto político y operativo ha sido limitado.

Se impone, por tanto, la responsabilidad ineludible de proteger a la población ante crímenes de guerra, limpieza étnica y genocidio. Este imperativo corresponde a la comunidad internacional en su conjunto y exige políticas medidas como la expulsión de Israel de organismos profesionales internacionales.

CONCLUSIÓN

Las implicaciones éticas de la medicina en situaciones de genocidio, como en Gaza, han sido profundas y devastadoras. Ha quedado en evidencia la fragilidad de los principios médicos frente a la violencia política y militar lo que representa una tragedia humanitaria y un desafío ético sin precedentes. Los principios éticos fundamentales —no maleficencia, justicia, autonomía y dignidad humana— se han visto gravemente comprometidos. La ética médica no debe ser ajena al sufrimiento humano ni a las injusticias en especial en tiempos de conflictos, en donde debe primar el compromiso con la vida, la equidad, la justicia. La comunidad médica internacional debe asumir un rol activo, pues el silencio o la neutralidad ante el genocidio puede interpretarse como complicidad. Es imprescindible que las instituciones médicas propongan políticas universales ejerciendo un rol ético viable y contundente, posicionando a la salud como derecho humano universal prioritario. Concretar estas acciones constituye un deber moral ineludible

REFERENCIAS

- Amnistía Internacional. (2024, 5 de diciembre). Israel/Territorio Palestino Ocupado: “Es como si fuéramos seres infrahumanos”. El genocidio de Israel contra la población palestina de Gaza. <https://www.amnesty.org/es/documents/mde15/8744/2024/es/>
- Asociación Médica Mundial. (1975) Declaración de Tokio: Directrices para médicos en relación con la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en relación con la detención y el encarcelamiento. <https://worldmedicalassociation.org>
- Asociación Médica Mundial. (2024). Resolución sobre la protección de la atención médica en Israel y Gaza (226.ª Sesión del Consejo, Seúl; 75.ª Asamblea General Helsinki). <https://www.wma.net/es/policies-post/resolucion-del-consejo-sobre-la-proteccion-de-la-atencion-medica-en-israel-y-gaza>. <https://worldmedicalassociation.org>
- Asociación Médica Mundial (2006b) Declaración de Ginebra. <https://worldmedicalassociation.org>
- Berger, R. L. (1990). Nazi science — The Dachau hypothermia experiments. *The New England Journal of Medicine*, 322(20), 1435–1440. <https://doi.org/10.1056/NEJM199005173222006>
- B’Tselem. (2025). Nuestro genocidio: Resumen ejecutivo. https://www.btselem.org/sites/default/files/2025-09/202507_our_genocide_summary_es.pdf
- Camargo Adrover, J. J. (2009). El conflicto palestino-israelí a partir del pensamiento de Edward W. Said. <http://hdl.handle.net/10803/373640>
- Castellón, L. B. (2025). Abu Sitta y la crónica resistente de los sanitarios de Gaza: Los hospitales, objetivo de guerra con un balance de 1.057 profesionales muertos. *Pasajes: Revista de Pensamiento Contemporáneo*, (71), 19–25.
- Corte Penal Internacional. (2002). Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (A/CONF.183/9). Naciones Unidas. <https://www.icc-cpi.int>
- Cumbre Humanitaria Mundial. (2015). Documento de posición del PMA. Programa Mundial de Alimentos.
- Gérvas, J., & Fernández, M. P. (2006). Primum nocere. *Gaceta Sanitaria*, 20, 66–71.

- Hanafi, S. (2023, 30 de diciembre). From “Spaciocide” to Genocide: The War on Gaza and Western Indifference.
- Hanafi, S., & Greco, F. (2023). Dallo spaziocidio al genocidio: Riflessioni sulla guerra a Gaza.
- Harvard Global Affairs. (2025, 23 de junio). The hidden numbers behind Gaza’s real death toll.
- HealthWorkers4Palestine Spain. (2025). Torturas en Israel. Participación médica: torturadores (Israel) y torturados (Palestina). <https://hw4p.es/blog/torturas-en-israel-participacion-medica-torture-in-israel-medical-participation-esp-eng> (hw4p.es in Bing)
- Humanos, P. L. D. (2004). Protocolo de Estambul: Manual para la investigación.
- International Court of Justice. (2025). Application of the Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide in the Gaza Strip (South Africa v. Israel). <https://www.icj-cij.org/case/192>
- Lolas Stepke, F. (2010). La medicina antropológica y el juicio de Núremberg: El aporte de Viktor von Weizsäcker. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile.
- Lolas Stepke, F., & Rodríguez Yunta, E. (2024). *Perspectivas en bioética* (1.ª ed.). Editorial Universitaria.
- Lorda, P. S. (2023). Ética médica y genocidio en Gaza. <https://doi.org/10.55783/AMF.210703>
- Massó Guijarro, E., Moyano, C., Feito, L., Cruz, M., & Ortega, R. (2025). Horror en Gaza: Genocidio, bioética y salud pública. <https://www.elsaltodiario.com/palestina/horror-gaza-genocidio-bioetica-salud-publica>
- Medecins Sans Frontières. (2023) Gaza: Attacks on hospitals and health care. <https://www.msf.org>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (s.f.). Carta Internacional de Derechos Humanos. <https://www.ohchr.org/es/what-are-human-rights/international-bill-human-rights> (ohchr.org in Bing)
- Offer, M., Ohry, A., Rotzoll, M., Sachse, C., Siegel, S. J., Šimůnek, M., & Roelcke, V. (2021). La Comisión Lancet sobre medicina, nazismo y Holocausto: Evidencia histórica, implicaciones para hoy, enseñanza para el mañana.

Infancia desarraigada, escuela sitiada: hacia una respuesta intersectorial con sentido

Displaced childhood, besieged school:
towards a meaningful intersectoral responses

Iván Silva López¹

RESUMEN

Los recientes hechos de violencia y consumo de sustancias en establecimientos educacionales de Chile han generado una comprensible alarma pública, cuya respuesta inmediata ha sido la demanda de medidas de seguridad como detectores de metales. Este ensayo sostiene que tal enfoque aborda el síntoma, pero no la causa profunda de una crisis que es, ante todo, una crisis de desprotección y desarraigo de la infancia. Se plantea que el malestar infanto-juvenil actual es moldeado por mandatos culturales globales —individualismo, materialismo y hedonismo— que, sumados a una crianza contemporánea paradójica y a la ausencia de sostén adulto, han generado un desarraigo en cuatro dimensiones: del adulto, del cuerpo, del territorio y del tiempo. En este contexto, la escuela, una institución que no ha sido rediseñada para contener emociones ni reparar vínculos, queda sitiada y sobre-exigida, viéndose forzada a asumir funciones que desbordan lo pedagógico. Frente a este diagnóstico, que atraviesa a todos los sectores socioeconómicos, se propone una respuesta intersectorial articulada en tres ejes: Re-centrar la crianza mediante el sostén a los adultos cuidadores y educadores; Re-diseñar la experiencia escolar priorizando la pertenencia, el vínculo y la participación estudiantil real; y articular los recursos ya existentes en los sectores de salud, educación y desarrollo social. El principio ético irrenunciable es “nada sobre ellos sin ellos”, reconociendo a niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho y actores clave en la construcción de soluciones.

Palabras clave: Infancia, desarraigo, salud mental, escuela, intersectorialidad, Pediatría Social.

ABSTRACT

Recent incidents of violence and substance abuse in Chilean schools have understandably generated public alarm, prompting immediate demands for security measures such as metal detectors. This essay argues that such an approach addresses the symptom, but not the root cause of a crisis that is, above all, a crisis of child neglect and displacement. It posits that current childhood and adolescent malaise is shaped by global cultural mandates—individualism, materialism, and hedonism—which, combined with paradoxical contemporary parenting and the absence of adult support, have generated a displacement in four dimensions: from adults, from the body, from territory, and from time. In this context, the school, an institution that has not been redesigned to contain emotions or repair relationships, is besieged and overburdened, forced to assume functions that extend far beyond the purely pedagogical. Faced with this diagnosis, which affects all socioeconomic sectors, an intersectoral response is proposed, structured around three pillars: Re-centering parenting by supporting adult caregivers and educators; Redesigning the school experience by prioritizing belonging, connection, and genuine student participation; and coordinating existing resources in the health, education, and social development sectors. The fundamental ethical principle is “nothing

¹ Médico Pediatra Social. Correspondencia a: isilv007@gmail.com

about them without them,” recognizing children and adolescents as subjects of rights and key actors in building solutions.

Keywords: Childhood, displacement, mental health, school, intersectorality, Social Pediatrics.

1. INTRODUCCIÓN: EL SÍNTOMA Y LA CAUSA

En las últimas semanas, Calama ha sido escenario de hechos que conmocionaron a su comunidad educativa: intoxicaciones por droga “tussi” en colegios, el homicidio de una inspectora dentro de un establecimiento, y el eco nacional al conocerse la noticia de un estudiante que ingresaba armado a su escuela en Curicó. La respuesta inmediata que emerge desde diversos sectores es comprensible: “¡instalemos detectores de metales en las escuelas!”.

Como pediatras y profesionales de la salud infantil, sabemos que abordar solo el síntoma sin comprender la enfermedad es un acto de urgencia que, a mediano plazo, resulta insuficiente. Un detector de metales puede interceptar un arma, pero no puede contener una angustia, reparar un vínculo roto ni devolverle a un niño la experiencia de ser mirado y sostenido.

Este ensayo propone una mirada estructural a la crisis de la infancia en Chile —y en particular en Calama—, situándola en el contexto de las transformaciones culturales de las últimas décadas, y esboza una respuesta intersectorial que coloca en el centro la salud mental, la protección de los vínculos y la participación activa de los propios niños y adolescentes. Porque si algo hemos aprendido en Pediatría Social, es que ningún niño se desarrolla solo, y ninguna política de infancia debería diseñarse sin ellos.

2. EL MALESTAR CIVILIZATORIO: INDIVIDUALISMO, MATERIALISMO, HEDONISMO

Cuando hablamos de crisis de salud mental Infanto-adolescente, consumo de sustancias y violencia en contextos escolares, solemos mirar hacia adentro de la familia o de la escuela. Pero el problema es más vasto. La infancia actual está inmersa en una cultura global que impone tres mandatos silenciosos, pero profundamente moldeadores:

- Individualismo: el éxito personal se erige como valor supremo, por encima del vínculo colectivo. La pregunta “¿qué necesitas?” es reemplazada por “¿qué lograste?”.

- Materialismo: el valor de una persona se mide por lo que posee, no por lo que es. Los niños crecen aprendiendo que “ser alguien” significa acumular bienes, credenciales o reconocimiento.
- Hedonismo: la gratificación inmediata se convierte en fin último, y la frustración es vivida como fracaso intolerable. La espera, el aburrimiento, la demora, desaparecen del paisaje infantil.

Estos tres pilares no son elecciones personales de las familias. Son el aire cultural que respiramos. Y ese aire ha entrado en las casas, en las crianzas y en las escuelas, transformando la experiencia de crecer.

Desde la Pediatría Social, sabemos que el desarrollo saludable requiere de adultos que ofrezcan sostén, de rutinas que den previsibilidad, de límites que organicen, y de espacios donde la frustración pueda ser elaborada. Cuando estos elementos se debilitan por mandatos culturales que privilegian la autonomía sobre el cuidado, la infancia queda desprotegida.

3. LA TRAMPA DE LA CRIANZA CONTEMPORÁNEA

Asistimos a una paradoja: los adultos de hoy criamos como nos criaron, pero en un mundo que ya no existe. Nuestros hijos e hijas enfrentan un entorno radicalmente distinto al de nuestra propia infancia, y sin embargo, reproducimos modelos de crianza que no se ajustan a las demandas actuales.

Hoy les pedimos a niños y niñas que:

- Sean autónomos, pero no toleramos que se frustren.
- Sean exitosos, pero crecen con poco sostén emocional sostenido en el tiempo.
- Se relacionen sanamente, pero pasan más horas frente a pantallas que en conversación con adultos presentes y disponibles.

El resultado es una infancia hiperexigida en lo académico y desatendida en lo vincular. La salud mental no colapsa de pronto en la adolescencia: se va deteriorando en silencio durante años, mientras los adultos —muchas veces desbordados, solos, sin redes— intentan sostener lo insostenible.

Como pediatras, vemos en las consultas el reflejo de esta paradoja: niños con trastornos del sueño desde la primera infancia, dificultades en la regulación emocional que antes atribuíamos solo

a diagnósticos específicos, y una creciente incapacidad para tolerar la espera o la negativa. No estamos frente a una epidemia de “trastornos”. Estamos frente a una crisis de sostén.

4. EL NIÑO DESARRAIGADO

¿Cómo enfrenta su desarrollo un niño con tanto desarraigo? Utilizo esta palabra con intención: desarraigo significa “falta de raíces”, de aquello que permite anclarse en el mundo. Observamos al menos cuatro formas de desarraigo en la infancia contemporánea:

- **Desarraigo del adulto:** los adultos están ausentes. No solo por trabajo o migración, sino por una ausencia subjetiva: están físicamente presentes, pero mentalmente agotados, o desplazados por la tecnología. La presencia adulta que regula —esa mirada que dice “te veo, existes”— escasea.
- **Desarraigo del cuerpo:** los niños se mueven menos. Juegan menos al aire libre. El contacto físico, los abrazos, el juego brusco que enseña límites, han sido reemplazados por el sedentarismo y la virtualidad.
- **Desarraigo del territorio:** las ciudades ya no son para niños. Las calles son inseguras, los espacios públicos están privatizados o abandonados. Muchos niños no juegan en la vereda, no conocen a sus vecinos, no tienen un “barrio” en el sentido de pertenencia.
- **Desarraigo del tiempo:** la urgencia ha colonizado la infancia. No hay tiempo para el aburrimiento, que es el caldo de cultivo de la creatividad. No hay espera, no hay proceso. Todo es resultado, rendimiento, entrega inmediata.

Un niño desarraigado no puede construir identidad. Solo reacciona. Y reacciona con el repertorio que tiene a su alcance: crisis emocionales, agresividad, consumo de sustancias como intento desesperado de calmar un malestar que no sabe nombrar. La violencia en las escuelas no es, entonces, un problema de seguridad pública. Es un problema de infancia desprotegida.

5. LA ESCUELA QUE SE QUEDÓ ATRÁS

Si la familia y la sociedad han cambiado radicalmente en las últimas cinco décadas, la escuela ha cambiado poco. La institución escolar que conocemos —con sus filas de pupitres, sus campanas,

su organización por asignaturas— responde a un modelo del siglo XIX diseñado para formar trabajadores disciplinados, no para contener emociones ni reparar vínculos.

Hoy se le pide a la escuela que haga lo que ya nadie hace:

- Contener emocionalmente a niños y adolescentes.
- Enseñar límites y convivencia.
- Reparar las fallas que no se dieron en la crianza.
- Detectar problemas de salud mental.
- Y, además, cumplir con estándares curriculares y rendir cuentas mediante pruebas estandarizadas.

A docentes y asistentes de la educación se les ha delegado una función que desborda ampliamente lo pedagógico. Y lo hacen sin las herramientas, sin los recursos y, muchas veces, sin el respaldo institucional que merecen. El homicidio de una inspectora en un colegio de Calama no es solo un hecho policial: es el límite extremo de lo que un sistema puede soportar cuando se le exige proteger sin haber sido protegido.

La escuela no puede ser la última trinchera de la humanidad si la dejamos sola. Si queremos que la escuela proteja, primero debemos proteger a quienes trabajan en ella.

6. PÚBLICOS, SUBVENCIONADOS, PARTICULARES: UN MISMO DIAGNÓSTICO

El Alcalde de Calama está gestando un encuentro, con la presencia del Sistema Local de Educación pública, SLEP, donde además se espera la asistencia de los colegios particulares pagados, particulares subvencionados y los públicos. Todos enfrentan la misma crisis, aunque con distintas máscaras.

- En colegios de menores ingresos, la crisis se expresa con mayor visibilidad: violencia física, consumo abierto de sustancias, desregulación emocional severa, altas tasas de deserción y exposición a entornos de vulneración de derechos.
- En colegios de altos ingresos, la crisis es más silenciosa pero igualmente devastadora: ansiedad, depresión, presión por rendimiento, consumos encubiertos, automutilación y suicidio adolescente.

La infancia sufre distinto, pero sufre en todos lados. Esta constatación debería ser un punto de partida para la articulación, no para la fragmentación. Ningún sostenedor tiene todas las respuestas. Ninguno está exento de la crisis. La oportunidad de una mesa intersectorial es precisamente esa: reconocer que el problema nos excede individualmente, y que solo desde la cooperación podemos generar respuestas a la altura.

7. PROPUESTAS PARA EL QUÉ HACER AHORA

Frente a este diagnóstico, no hay soluciones mágicas. Pero hay caminos posibles. Propongo tres líneas de acción que debieran a comenzar a ser trabajadas en una Mesa Técnica por la Infancia y la Salud Escolar que propondremos a construir e instalar en Calama.

7.1. Re-centrar la crianza: adultos sostenidos

No podemos cambiar las familias desde afuera, pero desde la escuela y la red de salud sí podemos:

- Generar Escuelas de familias: espacios donde los adultos se sientan acompañados, no juzgados. Donde la escuela no sea solo un lugar donde “dejan” a los niños, sino un lugar donde los adultos también son acogidos en su rol de cuidadores.
- Alianza escuela-familia: pasar de la desconfianza mutua a la corresponsabilidad. Esto implica cambiar el lenguaje (de “apoderado problema” a “adulto cuidador”), diseñar espacios de encuentro real, y compartir la responsabilidad sobre el desarrollo infantil.
- Fortalecimiento de equipos educativos: un adulto presente, estable y emocionalmente regulado es el mejor factor protector para un niño. Si queremos niños regulados, tenemos que empezar por cuidar a los adultos que los cuidan. Esto implica condiciones laborales dignas, acompañamiento en salud mental para los equipos, y supervisión que contenga, no solo que evalúe.

7.2. Re-diseñar la experiencia escolar: pertenencia antes que instrucción

La escuela que protege no es la que más exige, es la que más acoge. Para ello:

- Generar tiempos para el vínculo: reducir la sobreexigencia curricular para abrir espacio a la convivencia real, al diálogo, a la escucha.

No se trata de bajar estándares, sino de entender que un niño en crisis no puede aprender. La salud mental es la condición de posibilidad del aprendizaje. Ya es tiempo de volver a repasar las viejas propuestas de más de una década, cuando se hablaba de las nuevas habilidades y competencias a desarrollar en la escuela del Siglo XXI.

- Salud mental dentro de la escuela: los equipos de salud mental Infanto-adolescente deben salir de los CESFAM y llegar a los colegios. No podemos seguir esperando que un niño espere tres meses por una primera atención mientras su crisis se agrava en la sala de clases.
- Participación estudiantil real: los estudiantes no pueden ser solo destinatarios de políticas ni convocados para validar decisiones ya tomadas. Su participación debe ser activa en el diseño de soluciones. Ellos saben dónde se compra la droga, cómo se vive el malestar entre pares, qué necesitan de los adultos. No aprovechar ese saber es un acto de negligencia técnica. “Nada para ellas y ellos sin ellas y ellos”

7.3. Articular lo que ya existe: la potencia del trabajo intersectorial

En un contexto de reducción presupuestaria del 3% en Salud, Educación, Desarrollo Social y Seguridad, pedir recursos nuevos es iluso. Pero sí podemos hacer más con lo mismo si articulamos:

- Mapear programas existentes: Salud Escolar JUNAEB, los colegios pilotos en la ciudad con la propuesta de un Plan Nacional de Salud Escolar, Programa de Salud Mental Escolar (PSME), los planes y programas del SLEP (Convivencia Escolar, Extraescolar, iniciativas con Fondos SEP), los de la Oficina Local de la Niñez y su Mesa de Articulación Intersectorial, los del Instituto Nacional del Deporte y su Programa “Crecer en Movimiento” ¿Qué recursos hay? ¿Dónde están? ¿Por qué operan en silos? El problema muchas veces no es la ausencia de programas, sino la ausencia de coordinación. En el Plan Nacional de Salud Escolar propuesto por el Comité de Pediatría Social de SOCHIPE y SOCHIPE, por la Sociedad de Enfermeras de Salud Escolar (SOCHIESE), señala el ingreso formal de la profesional Enfermera a las aulas para desarrollar allí un interesante

proyecto de atención asistencia, promoción de la Salud, gestión para la gobernanza y la investigación, que, de seguro, cambiaría la realidad de la Salud Escolar del país.

- Protocolos compartidos: que los CESFAM, los colegios y la red de protección hablen el mismo idioma, con los mismos criterios de derivación, seguimiento y evaluación.
- Equipos territoriales: en lugar de que cada institución intervenga por separado sobre un mismo territorio, construir equipos integrados que aborden el barrio como unidad. Un niño no vive en el “silo” salud o el “silo” educación. Vive en una comunidad. Nuestra intervención debería reflejar esa integralidad.

La articulación no es una palabra bonita. Es la única estrategia posible cuando los recursos disminuyen y la urgencia aumenta.

8. EL PRINCIPIO ÉTICO: NADA SOBRE ELLOS SIN ELLOS

Al cierre para ampliar una frase que mencioné anteriormente pero que debiera ser un principio irrenunciable en toda política de infancia: nada sobre ellos sin ellos.

Los niños y adolescentes no son objetos de intervención. Son sujetos de derecho, con voz, con mirada, con capacidad de agencia. Cuando los adultos nos sentamos a diseñar políticas sin ellos, corremos el riesgo de construir soluciones que responden a nuestras propias ansiedades, a perpetuar el adultocentrismo caduco y no a hacernos cargo de sus necesidades.

En la Mesa Técnica que estamos impulsando, los estudiantes tendrán un lugar. No simbólico. No decorativo. Tendrán voz y voto en los temas que les afectan. Y no será sencillo: implica repensar metodologías, tiempos, lenguajes, dejar de lado ese maldito

adultocentrismo. Pero si no somos capaces de hacer ese esfuerzo, ¿qué tipo de adulto estamos siendo?

Los niños de Calama —y de Chile— nos están mirando. No esperan que resolvamos todo de inmediato. Esperan que nos hagamos cargo. Que no los dejemos solos con un malestar que no eligieron.

9. CONCLUSIÓN: LA URGENCIA DE LO ESTRUCTURAL

La crisis de la infancia no se resolverá con detectores de metales. Tampoco con un solo programa, por bueno que sea. Requiere un cambio de mirada: dejar de tratar los síntomas y empezar a actuar sobre las causas culturales, familiares, escolares e intersectoriales que hoy desprotegen a niños y adolescentes. Esas determinantes sociales de la salud

Como Pediatras Sociales, tenemos un lugar privilegiado para incidir en este cambio. No solo desde la consulta, sino desde la participación en espacios como las Mesa técnicas, desde la articulación con Educación, Desarrollo Social, Deporte y Seguridad, desde la defensa de una infancia que necesita adultos presentes, escuelas acogedoras y una sociedad que vuelva a poner el cuidado en el centro.

La invitación está hecha. Los estudiantes nos están esperando.

REFERENCIAS

- Han, B. C. (2017). *La sociedad del cansancio*. Herder.
- Ministerio de Educación de Chile. (2024). *Indicadores de Convivencia Escolar*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Salud mental infanto-juvenil en las Américas*.
- UNICEF. (2023). *Estado Mundial de la Infancia: Salud Mental*.

De la cuantificación del ser humano a la distopía tecnológica: una reflexión contemporánea

From the quantification of human beings
to technological dystopia: a contemporary reflection

Javier Bascuñán Ahumada¹
César Jara Vargas²

RESUMEN

El texto analiza la tendencia moderna a reducir la experiencia humana a métricas y datos cuantificables, una idea ya anticipada en *El principito* y desarrollada críticamente en *La tiranía de las métricas*. Se incorpora la perspectiva de Marshall McLuhan, quien destaca el papel de los medios de comunicación en la configuración de la realidad social, y se vincula con el desarrollo del Big Data como una extensión de esta lógica cuantificadora. Desde la filosofía, Heidegger advierte que la tecnología puede transformar al ser humano en un simple recurso disponible. Estas preocupaciones se reflejan en obras distópicas como *Fahrenheit 451* y *The Terminator*, que muestran escenarios de control y dominación tecnológica. En conjunto, el texto plantea que, aunque la tecnología ofrece beneficios, es necesario reflexionar críticamente sobre su uso para evitar la pérdida de dimensiones esenciales de la vida humana.

Palabras clave: Cuantificación, métricas, tecnología, medios de comunicación, distopía.

ABSTRACT

The text examines the modern tendency to reduce human experience to metrics and quantifiable data, an idea anticipated in *The Little Prince* and critically developed in *The Tyranny of Metrics*. It incorporates Marshall McLuhan's perspective, emphasizing the role of media in shaping social reality, and connects it to the rise of Big Data as an extension of this quantifying logic. From a philosophical standpoint, Heidegger warns that technology can turn human beings into mere resources. These concerns are reflected in dystopian works such as *Fahrenheit 451* and *The Terminator*, which depict scenarios of technological control and domination. Overall, the text argues that while technology brings benefits, it is essential to critically reflect on its use to avoid losing fundamental aspects of human life.

Keywords: Quantification, metrics, technology, media, dystopia.

DESARROLLO

A lo largo del pensamiento moderno y contemporáneo, diversos autores han advertido sobre una tendencia persistente: la reducción de la experiencia humana a cifras, métricas y datos cuantificables. Esta preocupación, lejos de ser reciente, aparece de forma temprana en la literatura. En *El principito*, Antoine de Saint-Exupéry crítica la forma en que los adultos comprenden el mundo a través de números —edad, peso, ingresos— en lugar de apreciar dimensiones cualitativas más profundas (Saint-Exupéry, 1943). Esta

1 Ingeniero Civil. Correspondencia a: javier.bascunan@usach.cl

2 Psiquiatra Clínico Adultos. COSAM Recoleta.

observación anticipa una problemática que se ha intensificado en las sociedades actuales.

En esta misma línea, el libro *La tiranía de las métricas* de Jerry Z. Muller desarrolla una crítica sistemática a la obsesión contemporánea por medirlo todo. Según Muller, la cuantificación excesiva no solo empobrece la comprensión de fenómenos complejos, sino que también genera distorsiones: se tiende a optimizar aquello que es medible, dejando de lado aspectos fundamentales pero difíciles de cuantificar, como la calidad, el juicio o el sentido (Muller, 2018).

Por su parte, Marshall McLuhan introduce una dimensión clave al situar a los medios de comunicación como intermediarios centrales en la configuración de la realidad social. Su concepto de “aldea global” describe un mundo interconectado en el que los medios no solo transmiten información, sino que moldean activamente la percepción, las relaciones y las estructuras culturales (McLuhan, 1964).

El desarrollo contemporáneo del Big Data puede entenderse como una culminación de estas tendencias. La capacidad de recolectar, procesar y analizar grandes volúmenes de datos a escala global ha permitido avances significativos en múltiples ámbitos. Sin embargo, también plantea interrogantes profundos sobre el control, la vigilancia y la reducción del individuo a patrones estadísticos.

En este sentido, la reflexión filosófica de Martin Heidegger resulta especialmente relevante. Lejos de exaltar la tecnología, Heidegger advierte que la tecnología moderna tiende a transformar todo lo existente —incluido el ser humano— en un “recurso disponible”. Este fenómeno, que él denomina *Gestell* (armazón), implica una forma de desocultamiento en la que la realidad es interpretada exclusivamente en términos de utilidad y explotación (Heidegger, 1954).

Estas preocupaciones han encontrado una expresión particularmente potente en la literatura y el cine distópicos. Obras como *Fahrenheit 451* de Ray Bradbury presentan sociedades en las que los medios de comunicación y la censura tecnológica conducen a la supresión del pensamiento crítico y la homogenización cultural (Bradbury, 1953). Por su parte, películas como *The Terminator* imaginan escenarios en los que la tecnología adquiere autonomía y termina por subyugar o incluso destruir a la humanidad (Cameron, 1984).

En continuidad con las críticas expuestas por Muller, 2018 respecto a la tiranía de las métricas y los postulados de Heidegger, 1954, la obra del

artista digital Hamid Naderi Yeganeh ofrece una posibilidad divergente: la de habitar el lenguaje matemático no como dispositivo de control, sino como gramática estética. Yeganeh genera imágenes complejas -- aves, medusas, formas orgánicas-- a partir de funciones trigonométricas y algoritmos iterativos, demostrando que la cuantificación puede ser también un medio de expresión simbólica y singularidad (Yeganeh, 2015).

Frente al “armazón” (*Gestell*) que todo lo convierte en fondo explotable, su práctica se inscribe en lo que algunos teóricos denominan “estética algorítmica”, donde el número no aplanar la experiencia, sino que la intensifica (Manovich, 2018).

Así, mientras el documento original advierte sobre distopías como *Fahrenheit 451* o *The Terminator*, la obra de Yeganeh invita a no demonizar la tecnología, sino a orientarla -- tal como señalan los propios autores-- hacia la producción de sentido y belleza, en lugar de vigilancia o deshumanización.

En conjunto, estas perspectivas convergen en una advertencia común: la tendencia a cuantificar, mediar y tecnificar la existencia humana puede derivar en una pérdida de sentido, libertad y singularidad. No obstante, estas visiones no deben interpretarse como un destino inevitable, sino como llamados de atención. La tecnología, en sí misma, no es necesariamente opresiva; su impacto depende de las decisiones humanas que orientan su desarrollo y uso.

REFERENCIAS

- Bradbury, R. (1953). *Fahrenheit 451*. Ballantine Books.
- Cameron, J. (Director). (1984). *The Terminator* [Película]. Orion Pictures.
- Heidegger, M. (1954). *La pregunta por la técnica*.
- McLuhan, M. (1964). *Understanding Media: The Extensions of Man*.
- McGraw-Hill. Muller, J. Z. (2018). *The Tyranny of Metrics*. Princeton University Press.
- Saint-Exupéry, A. de (1943). *El principito*. Reynal & Hitchcock.
- Manovich, L. (2018). *AI Aesthetics*. Strelka Press.
- Manovich, L. (2018). *AI Aesthetics*. Strelka Press.
- Yeganeh, H. N. (2015). «Mathematical art: A bird in flight». *Journal of Mathematics and the Arts*, 9(1-2), 45-49.

Cuadernos Botánico Sociales

Editorial

El corazón silvestre

Mirtha Parada Valderrama
Yuri Carvajal Bañados¹

... Bajo los volcanes, junto a los ventisqueros, entre los grandes lagos, el fragante, el silencioso, el enmarañado bosque chileno... Se hunden los pies en el follaje muerto, crepité una rama quebradiza, los gigantes raulíes levantan su encrespada estatura, un pájaro de la selva fría cruza, aletea, se detiene entre los sombríos ramajes. Y luego desde su escondite suena como un oboe... Me entra por las narices hasta el alma el aroma salvaje del laurel, el aroma oscuro del boldo...

El bosque chileno Pablo Neruda.

En una actividad cooperativa entre Instituto de Salud Pública, Universidad Técnica Metropolitana y Departamento del Medio Ambiente del Colegio Médico de Chile, organizamos el seminario: “Fitoterapia: química, cultura y regulación con nuestro patrimonio”, en el cual participó como conferencista principal el Dr. Wagner Barbosa de la Universidade Federal do Pará – Brasil.

Optamos por realizarlo en un formato de seminario y nos dirigimos a un espectro de profesionales, investigadores, docentes y médicos que trabajan en atención de paciente. Intentamos promover un trabajo de encuentro y abrir las fronteras de nuestras disciplinas.

Plantas medicinales vincula posibilidades terapéuticas adecuadas, desarrollo sustentable, pertinencia cultural y respeto por la biodiversidad.

Los días 19 y 20 de mayo en las dependencias del Colegio Médico de Chile, alrededor de cincuenta participantes, entre académicos, estudiantes, médicos, farmacéuticos, biólogos e interesados en las plantas, establecimos un diálogo de saberes en torno a la flora nativa chilena.

La actividad tuvo dos objetivos principales, por un lado, promover la formación de fitofarmacología en la formación médica y de los profesionales de la salud. Por otro lado, iniciar un trabajo colaborativo entre diferentes instituciones, para la elaboración de monografías de plantas nativas chilenas, que puedan ser oficializadas por la autoridad sanitaria.

Con todo, lo más relevante, fue constatar que es indispensable un diálogo interdisciplinario, en que el sujeto de la conversación sean los vegetales y la salud.

Tenemos condiciones privilegiadas como país, como salud y como ecosistemas peculiares, para que las parcelaciones disciplinarias puedan reducirse y transformarse en cooperaciones.

Durante este coloquio y en la medida que fuimos conociendo la labor del Dr. Wagner Barbosa, la experiencia de su grupo de trabajo, así como toda la implicancia del estado brasileño y de salud, nos fuimos

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

dando cuenta de la relevancia de crear en Chile una política de plantas medicinales, que de consistencia a las acciones del sector público y privado, en torno a la salud, las formas terapéuticas basadas en vegetales y que a su vez, se conecte con botánicos, herbolarios, biólogos moleculares, antropólogos y ecólogos, en un trabajo convergente.

Aunque no logramos producir un documento de conclusiones o voluntades, tenemos el firme propósito como comité organizador, de sostener este trabajo con regularidad, formando un comité de interesados en plantas medicinales y fitofármacos.

Es así como bajo el influjo del Boldo y el Quillay, que nos dan cuenta de una historia de adaptación y resistencia, iniciamos este camino para poner en valor a nuestra flora nativa y crear una alianza botánico - social.



Fitoterapia y productos naturales coadyuvantes en síntomas de Cuidados Paliativos Universales

Herbal medicine and natural adjuncts for symptoms in Universal Palliative Care

Camila Gallardo Gómez¹

RESUMEN

Objetivo: sintetizar evidencia clínica reciente (2015–2025) sobre intervenciones fitoterapéuticas y productos naturales coadyuvantes en síntomas frecuentes de Cuidados Paliativos Universales (CPU). **Métodos:** búsqueda en PubMed, Scopus y Cochrane de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos en humanos (inglés/español). **Resultados:** se incluyeron 11 estudios. La miel redujo mucositis oral y suspensiones terapéuticas; el jengibre disminuyó vómitos agudos inducidos por quimioterapia; los sennósidos mostraron eficacia similar a laxantes osmóticos en constipación; el aceite esencial de lavanda redujo ansiedad mediante inhalación o masaje. **Conclusión:** estas intervenciones mostraron potencial coadyuvante útil en CPU y posible aplicación protocolizada en atención primaria.

Palabras clave: Cuidados Paliativos Integrativos, fitoterapia, miel, jengibre, senna, lavanda.

ABSTRACT

Objective: To synthesize recent clinical evidence (2015–2025) on herbal interventions and natural adjuncts for common symptoms in Universal Palliative Care (UPC). **Methods:** Searches were conducted in PubMed, Scopus, and Cochrane for systematic reviews and clinical trials in humans (English/Spanish). **Results:** Eleven studies were included. Honey reduced oral mucositis severity and treatment interruptions; ginger decreased acute chemotherapy-induced vomiting; sennosides showed efficacy comparable to osmotic laxatives for constipation; and lavender essential oil reduced anxiety when administered by inhalation or massage. **Conclusion:** These interventions showed potential as adjunctive therapies in UPC and may have applications in protocolized primary care.

Keywords: Integrative Palliative Care, phytotherapy, honey, ginger, senna, lavender.

INTRODUCCIÓN

La fitoterapia, entendida como el uso terapéutico de plantas medicinales y de preparados de origen vegetal, posee una profunda relevancia cultural e histórica en Chile. Desde las prácticas ancestrales mapuches hasta los saberes campesinos transmitidos de generación en generación, las plantas medicinales han sido una herramienta relevante en el cuidado de la salud y la promoción del bienestar comunitario, especialmente en territorios rurales, donde complementan el acceso a la atención en salud y forman parte de prácticas históricas comunitarias.

En términos regulatorios, es necesario distinguir entre la planta medicinal en bruto, los preparados vegetales y los productos farmacéuticos elaborados a partir de ellos. En el contexto chileno, los medicamentos de origen vegetal se enmarcan dentro del Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos

¹ Médica Cirujana. Especialista en Salud Pública. Fundación Red Psinapsis, Los Lagos, Chile.
Correspondencia a: camila.pgg@gmail.com.

Farmacéuticos de Uso Humano establecido por el Decreto Supremo N° 3/2010 del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud de Chile, 2010), el cual contempla categorías regulatorias específicas, entre ellas los fitofármacos y los medicamentos herbarios tradicionales (MHT), que difieren en sus requisitos de estandarización, evidencia de eficacia y control sanitario.

A nivel internacional, la integración de la fitoterapia en salud pública ha avanzado mediante políticas y marcos regulatorios específicos. En Brasil, la Política Nacional de Plantas Medicinales y Fitoterápicos impulsó la producción, uso y capacitación en torno a estos recursos dentro del Sistema Único de Salud (Ministério da Saúde, 2006), mientras que en Europa existen marcos regulatorios consolidados que buscan garantizar la calidad, eficacia y seguridad de estos productos, respaldados por instancias como la Comisión E y la Agencia Europea de Medicamentos (European Medicines Agency, 2019).

En Chile, el uso de productos medicinales de origen vegetal se enmarca en un desarrollo regulatorio progresivo. El Ministerio de Salud ha reconocido el uso tradicional de plantas medicinales mediante instrumentos como la Resolución Exenta N° 548/2009, que establece un listado de especies vegetales autorizadas para su uso como medicamentos herbarios tradicionales (MHT) (Ministerio de Salud, 2009). Posteriormente, el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano consolidó categorías regulatorias para medicamentos de origen vegetal bajo supervisión del Instituto de Salud Pública (Ministerio de Salud de Chile, 2010). Más recientemente, se han publicado orientaciones técnicas destinadas a estandarizar procesos asociados al cultivo, cosecha, preparación, dispensación y uso de medicamentos herbarios tradicionales, con el objetivo de promover prácticas seguras y de calidad en su utilización (Ministerio de Salud, 2021). En este contexto, la integración de productos de origen vegetal en la práctica clínica requiere considerar tanto su valor cultural y territorial como los marcos regulatorios y sanitarios que orientan su uso seguro dentro del sistema de salud.

En este escenario, los Cuidados Paliativos Universales (CPU), reconocidos como un derecho garantizado en Chile, priorizan el alivio del sufrimiento y el manejo integral de síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales en personas con enfermedades graves o avanzadas. Sin embargo, la evidencia disponible sobre el uso de intervenciones fitoterapéuticas en este contexto sigue siendo limitada y dispersa, a pesar de que su

potencial uso como terapias coadyuvantes ha sido mencionado en orientaciones clínicas nacionales (Ministerio de Salud, 2022).

En este marco, el presente trabajo tiene como objetivo revisar la evidencia clínica reciente sobre el uso de intervenciones fitoterapéuticas y productos naturales coadyuvantes en síntomas prevalentes en Cuidados Paliativos Universales, tales como mucositis oral, náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia, constipación y ansiedad.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en PubMed, Scopus y Cochrane Library de estudios publicados entre 2015 y 2025 (última búsqueda: octubre de 2025). Se utilizaron términos MeSH y palabras clave en inglés y español, combinando nombres comunes y binomios latinos de las intervenciones vegetales analizadas (*Zingiber officinale*, *Senna alexandrina*, *Lavandula angustifolia*), junto con el término “honey” para incluir evidencia sobre miel como producto natural de interés clínico en mucositis oral. Se combinaron estos términos con los síntomas de interés (mucositis oral, náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia, constipación y ansiedad) utilizando operadores booleanos. Se limitaron los resultados a estudios en humanos y en idioma inglés o español.

Aunque la miel no corresponde estrictamente a una intervención fitoterapéutica, se incluyó en esta revisión debido a su relevancia clínica como producto natural coadyuvante en mucositis oral, condición frecuente en pacientes sometidos a tratamientos oncológicos.

La selección se efectuó en dos etapas (título/resumen y texto completo). La extracción de datos se realizó con planilla estandarizada (tipo de estudio, población, intervención, comparador, dosis/posología, duración, desenlaces clínicos y eventos adversos). La calidad de revisiones sistemáticas se evaluó con AMSTAR-2 y el riesgo de sesgo de ECA con RoB-2. La síntesis fue narrativa por síntoma, priorizando desenlaces clínicamente relevantes.

Criterios de inclusión

- Tipo de estudio: ensayos clínicos aleatorizados (ECA) fase II–III; revisiones sistemáticas y metaanálisis de ECA; estudios multicéntricos con ≥ 50 participantes por brazo. En estudios con diseño crossover se aceptó un tamaño muestral total ≥ 60 participantes, siempre que incluyeran aleatorización, doble ciego o doble-dummy y

- control de efectos de periodo y arrastre.
- Población: estudios en adultos o población pediátrica con condiciones clínicas análogas a los Cuidados Paliativos Universales (CPU), como pacientes oncológicos en quimioterapia o radioterapia, náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia (CINV), mucositis oral, constipación inducida por opioides (OIC) o ansiedad. No se exigió que los participantes estuvieran formalmente enrolados en programas de CPU; la aplicabilidad a este contexto se consideró mediante extrapolación preespecificada basada en la equivalencia de síntomas y contextos de cuidado.
- Intervenciones: se incluyeron estudios que evaluaran productos de origen vegetal utilizados como terapias coadyuvantes, específicamente jengibre (*Zingiber officinale*) administrado en cápsulas o extractos con dosis definida, sennósidos derivados de *Senna alexandrina* utilizados como laxantes estimulantes, y aceite esencial de lavanda (*Lavandula angustifolia*) administrado por inhalación o masaje en intervenciones de aromaterapia. Los estudios debían describir con claridad la forma farmacéutica, dosis o modo de administración de la intervención. Adicionalmente, se incluyó la miel como producto natural coadyuvante evaluado en mucositis oral. Aunque la miel no corresponde estrictamente a fitoterapia, se incorporó en la revisión debido a su relevancia clínica en el manejo de este síntoma en pacientes sometidos a tratamientos oncológicos.

- Comparadores: placebo, tratamiento estándar o medidas de soporte.
- Desenlaces principales: mucositis oral (incidencia, severidad según escalas OMS o RTOG, dolor, interrupciones del tratamiento); CINV (náuseas y vómitos agudos y diferidos, necesidad de medicación de rescate, calidad de vida); constipación (frecuencia de deposiciones, uso de rescate, escalas validadas); ansiedad (evaluada mediante escalas validadas).

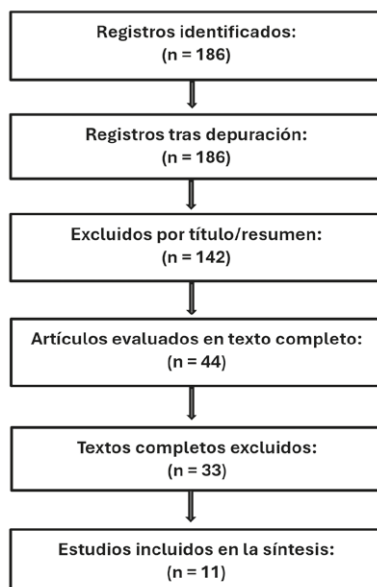
Criterios de exclusión

- Estudios observacionales, reportes o series de casos.
- Ensayos clínicos con <50 participantes por brazo (o que no cumplieran el umbral definido para diseños crossover).
- Intervenciones no estandarizadas o mezclas heterogéneas de múltiples componentes sin descripción clara de dosis o preparación.
- Revisiones narrativas sin metodología explícita ni evaluación sistemática de la evidencia.

RESULTADOS

La búsqueda sistemática realizada en las bases de datos PubMed, Scopus y Cochrane Library identificó un total de 186 registros. Tras eliminar duplicados y aplicar los criterios de inclusión y exclusión, 44 artículos fueron evaluados en texto completo, de los cuales 11 cumplieron con los criterios metodológicos definidos y se incluyeron en la síntesis final (véase figura 1).

Figura 1: Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de estudios (PRISMA adaptado).



Fuente: elaboración propia.

Los estudios seleccionados se agruparon por según el síntoma evaluado: cuatro sobre mucositis oral (miel), dos sobre náuseas y vómitos (jengibre), dos sobre constipación (senna) y tres sobre ansiedad (lavanda).

Las características y hallazgos principales se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1: Características y principales resultados de los estudios incluidos (2015–2025).

Síntoma	Intervención	Tipo de estudio	n total	Resultado principal	Referencias
Mucositis oral	Miel natural	RS + MA (17 ECA)	1.265	↓ mucositis moderada–severa; retraso de inicio; EA no aumentaron	Yang 2019; Tian 2020; Münstedt 2019; Anshasi 2025
Náuseas/vómitos	Jengibre oral	RS (23 ECA); MA (18 estudios)	>1.000	↓ vómito agudo; sin efecto consistente en vómito diferido	Choi 2022; Crichton 2019
Constipación	Senna (sennósidos)	RS (5 ECA); ECA cruzado	440 aprox.	Eficacia comparable a PEG	Candy 2015; Hawley 2020
Ansiedad	Aceite esencial de lavanda (aromaterapia)	RS + MA (17 ECA)	>1.000	↓ ansiedad; ↑ sueño/calidad de vida	Li 2022; Li, Jiang & Shi 2022; Mardani 2022

Fuente: elaboración propia.

La calidad metodológica de las revisiones sistemáticas y metaanálisis se evaluó con AMSTAR-2 (Tabla 2A).

Tabla 2A: Calidad metodológica de revisiones y metaanálisis (AMSTAR-2).

Revisión / metaanálisis	Objeto	Síntesis	AMSTAR-2 (global)	Observaciones clave
Yang 2019	Miel – mucositis	MA en red (17 ECA)	Alta	Protocolo y búsqueda explícitos; compara tipos de miel.
Tian 2020	Miel – mucositis (H&N)	MA (7 ECA)	Alta	Definiciones homogéneas de desenlaces; análisis de sensibilidad.
Münstedt 2019	Miel – mucositis	RS (17 ensayos)	Moderada	Sin MA; heterogeneidad entre miel convencional vs. Manuka.
Anshasi 2025	Miel – mucositis	Overview (12 RS)	Alta	Síntesis de RS; criterios y búsqueda claros; consistencia global.
Choi 2022	Jengibre – CINV	RS (23 ECA)	Moderada–Alta	Variabilidad de dosis/duración; subgrupos especificados.
Crichton 2019	Jengibre – CINV	MA (18 estudios)	Alta	Efecto en vómito agudo; análisis por dosis/duración.
Candy 2015 (Cochrane)	Laxantes en paliativos	RS (5 ECA)	Alta	Estándar Cochrane; evidencia insuficiente para superioridad.
Li 2022 (Frontiers)	Aromaterapia (cáncer)	RS + MA (17 ECA)	Moderada–Alta	Efecto en ansiedad; subgrupos por tipo de intervención.
Li, Jiang & Shi 2022 (JPO)	Aromaterapia inhalatoria	MA (16 ECA/cuasi-ECA)	Moderada	Mezcla de diseños; heterogeneidad moderada.
Mardani 2022	Lavanda (cáncer)	RS (13 estudios)	Moderada	Sin MA por heterogeneidad; necesidad de estandarizar dosis.

Fuente: elaboración propia.

El riesgo de sesgo de los ensayos clínicos se presenta en la Tabla 2B.

Tabla 2B: Ensayos clínicos incluidos (evaluación RoB-2).

Ensayo	Intervención	Diseño	n	RoB-2 (global)	Observaciones clave
Hawley 2020	PEG vs. sennósidos (OIC)	ECA doble ciego, doble-dummy, cruzado	≈70	Bajo–Moderado	Aleatorización y cegamiento adecuados; pérdidas entre periodos; tamaño muestral limitado.

Fuente: elaboración propia.

MUCOSITIS ORAL Y USO DE MIEL

La mucositis consiste en la inflamación de cualquier mucosa del tracto gastrointestinal y a cualquier nivel de éste. Las causas más frecuentes están dadas por efecto de la quimioterapia, radioterapia (RT) y trasplante de células madre hematopoyéticas en patología oncológica. El diagnóstico se basa en la evaluación clínica y en los antecedentes (Ministerio de Salud, 2022).

Una revisión sistemática con metaanálisis en red incluyó 17 ECA ($n = 1.265$) con aplicación tópica de miel (“swish and swallow”) en pacientes con cáncer sometidos a quimio/radioterapia. Los ensayos compararon miel vs. placebo/cuidado estándar (por ejemplo, enjuagues con salina o gel placebo), evaluaron mucositis moderada–severa como desenlace primario y utilizaron escalas RTOG/OMS/OMAS. El metaanálisis en red mostró menor riesgo de mucositis moderada–severa, inicio más tardío y sin aumento de eventos adversos, con mejor desempeño de la miel natural pura frente a otras variantes (Yang et al., 2019).

Una revisión sistemática con metaanálisis restringida a radioterapia en cabeza y cuello integró 7 ECA ($n = 412$). Los ECA fueron aleatorizados y utilizaron comparadores como 0,9% salina o cuidado estándar; las escalas RTOG/OMS/OMAS se emplearon para severidad. En varios ensayos, la posología típica fue miel 20 mL, administrada 15 minutos antes y después de cada sesión de RT y 6 horas más tarde (3 veces/día) durante el curso completo de la RT (≈ 6 semanas); los controles recibieron 20 mL de salina o enjuagues con agua. El metaanálisis mostró reducción de la severidad de la mucositis, mantenimiento/aumento de peso y menos interrupciones del tratamiento; la incidencia global no disminuyó significativamente (Tian et al., 2020).

Otra revisión sistemática (17 ensayos) informó que la efectividad varió según el tipo de miel: la miel convencional mostró beneficios consistentes, mientras que la miel de Manuka no demostró utilidad en la mayoría de ECA analizados, diferencia atribuida a la variabilidad de composición entre tipos de miel (Münstedt et al., 2019).

Una visión general (overview) de 12 revisiones sistemáticas confirmó menor mucositis severa (grados III–IV), alivio del dolor y menos interrupciones de RT en adultos, con heterogeneidad clínica y metodológica y resultados menos consistentes fuera del contexto de RT en cabeza y cuello (Anshasi et al., 2025).

NÁUSEAS Y VÓMITOS Y EL USO DE JENGIBRE EN CUIDADOS PALIATIVOS

Las náuseas y los vómitos fueron síntomas frecuentes en Cuidados Paliativos Universales (CPU), con una prevalencia de hasta 70% en enfermedad oncológica y alrededor de 50% en no oncológica (Ministerio de Salud, 2022). En este contexto, el jengibre (*Zingiber officinale*) fue evaluado como coadyuvante en náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia (CINV).

Una revisión sistemática de 23 ensayos clínicos aleatorizados informó que la mayoría de los ECA fueron doble ciego, controlados con placebo, con administración de cápsulas de jengibre además del antiemético estándar (antagonista 5-HT₃ con o sin dexametasona). En los ensayos incluidos, las dosis se situaron ≤ 1 g/día y la posología se administró durante ≥ 4 días alrededor del ciclo de quimioterapia (iniciada el mismo día o 1–3 días antes y continuada 2–3 días después). Los comparadores fueron placebo idéntico o cuidado habitual. La revisión reportó que el jengibre no redujo la incidencia global de náuseas o vómitos, pero disminuyó el vómito agudo con dosis ≤ 1 g/día usadas por al menos cuatro días; las mediciones se realizaron con escalas validadas de náusea/vómito y diarios de paciente (Choi et al., 2022).

De manera complementaria, un metaanálisis de 18 estudios clínicos incluyó ECA mayoritariamente doble ciego y controlados con placebo en los que el jengibre se administró en dosis ≥ 1 g/día durante más de tres días alrededor del ciclo de quimioterapia, en complemento al antiemético estándar. Los comparadores fueron placebo o cuidado habitual y los desenlaces se evaluaron con escalas validadas. El metaanálisis mostró una reducción del riesgo de vómito agudo de $\sim 60\%$ con jengibre, sin efecto consistente sobre la náusea ni el vómito diferido; además, se registró menor fatiga en algunos estudios (Crichton et al., 2019).

CONSTIPACIÓN Y EL USO DE SENNA EN CUIDADOS PALIATIVOS

La constipación es un síntoma altamente prevalente en pacientes bajo Cuidados Paliativos Universales (CPU), y puede deberse a múltiples factores, incluyendo la ingesta reducida de líquidos y fibra, la inmovilidad y el uso de fármacos como los opioides. En particular, la constipación inducida por opioides (OIC) es el efecto adverso más frecuente y persistente, y debe abordarse desde el inicio del tratamiento, ya que no se desarrolla tolerancia a este efecto (Ministerio de Salud, 2022).

Un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, doble-dummy, cruzado de dos periodos incluyó 70 pacientes ambulatorios con cáncer y constipación inducida por opioides o riesgo de desarrollarla. Las y los participantes fueron asignados al inicio a un protocolo estándar de dosis crecientes de polietilenglicol (PEG) o sennósidos, más un preparado simulado; tras 21 días, cruzaron al tratamiento alternativo manteniendo el doble-dummy. Los desenlaces se evaluaron con la revised Victoria Bowel Performance Scale (rBPS): días con deposición satisfactoria, tiempo a alcanzar rBPS objetivo (G) y preferencia del paciente. El estudio mostró que, para el/la paciente típico/a, el número de días con deposición satisfactoria por día de tratamiento fue 1,21 veces mayor con PEG que con sennósidos (IC creíble 95%: 0,96–1,55) y no hubo diferencias en la preferencia del tratamiento; 42 completaron el primer periodo y 28 ambos periodos. Este fue el único ECA con diseño cruzado que cumplió todos los criterios (aleatorización, doble ciego, doble-dummy y tamaño muestral total ≥ 60) en el periodo 2015–2025 (Hawley et al., 2020).

Una revisión sistemática Cochrane incluyó 5 ECA ($n = 370$) que evaluaron lactulosa, senna, co-danthramer con poloxámero, docusato y magnesio con parafina líquida. Las dosis y esquemas fueron heterogéneos entre ensayos, los comparadores variaron entre laxantes activos y combinaciones, y no se pudieron combinar los resultados en metaanálisis. La revisión no encontró evidencia para determinar qué laxante fue mejor o con menos efectos adversos; además, ningún estudio evaluó PEG, y el riesgo de sesgo global fue incierto (Candy et al., 2015).

ANSIEDAD Y LAVANDA EN CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES

La ansiedad es una reacción, y a veces síntoma o trastorno, frecuente, que se produce ante situaciones amenazantes o inciertas como es el diagnóstico de una enfermedad grave y la etapa de fin de vida. La ansiedad patológica se presenta en un 10% de las personas en cuidados paliativos, y se caracteriza por una mayor intensidad o duración de los síntomas (Ministerio de Salud, 2022).

Una revisión sistemática con metaanálisis incluyó 17 ensayos clínicos aleatorizados (de los cuales 10 aportaron datos al metaanálisis) que evaluaron aromaterapia con aceites esenciales en pacientes oncológicos; los ensayos fueron mayoritariamente aleatorizados, con controles de placebo olfativo o cuidado habitual, utilizaron inhalación y masaje

aromático (con predominio de lavanda) y duraciones < 4 semanas. La ansiedad se midió con escalas validadas y el metaanálisis mostró reducción significativa de ansiedad, con mayor efecto en masaje aromático, intervenciones cortas y lavanda; no se observaron diferencias en depresión ni bienestar psicológico (Li et al., 2022).

Un metaanálisis de 16 estudios (diseños ECA y cuasi-ECA) examinó aromaterapia por inhalación en población oncológica (total 636 pacientes y 636 controles). Las intervenciones utilizaron inhalación repetida de aceites esenciales (incluida lavanda) como coadyuvante al cuidado estándar, con comparadores de placebo olfativo, aire o cuidado habitual, y duraciones de varios días a semanas; los desenlaces se evaluaron con escalas validadas de ansiedad, sueño, calidad de vida y síntomas asociados. El metaanálisis informó reducción de ansiedad, mejora del sueño y de la calidad de vida, resultados mixtos en náuseas/vómitos y sin efecto en depresión (Li, Jiang, & Shi, 2022).

Una revisión sistemática específica de lavanda en oncología (13 estudios, mayoritariamente ECA, con un total de 838 pacientes) evaluó lavanda administrada por inhalación o masaje en cursos breves. Los comparadores incluyeron placebo olfativo y cuidado estándar; la heterogeneidad en dosis, duración y método de aplicación impidió realizar metaanálisis. La revisión reportó reducción de ansiedad y mejoras de sueño y dolor en varios estudios, con variabilidad entre protocolos (Mardani et al., 2022).

DISCUSIÓN

La evidencia sintetizada indicó que algunas intervenciones de origen vegetal y productos naturales coadyuvantes ofrecen utilidad en Cuidados Paliativos Universales, pero sus beneficios dependieron del síntoma, del producto y de la forma de uso. La miel mostró señales consistentes para disminuir la severidad de la mucositis y reducir interrupciones de tratamiento, especialmente en radioterapia de cabeza y cuello; el jengibre evidenció un efecto acotado al vómito agudo asociado a quimioterapia, sensible a la dosis y a la ventana de administración; los sennósidos tuvieron desempeño comparable a laxantes osmóticos, lo que respalda regímenes combinados; y la lavanda se asoció a reducciones de ansiedad a corto plazo, con mejor rendimiento en inhalación y masaje. En términos globales, la pregunta que originó la revisión tuvo una respuesta afirmativa, aunque condicionada por la necesidad de estandarizar productos y pautas.

Al contrastar la calidad metodológica, las revisiones sistemáticas y metaanálisis aportaron un nivel de certeza moderado–alto, pero la heterogeneidad de preparados (p. ej., tipo de miel, composición de aceites esenciales, extractos de jengibre), las diferencias de dosis, vías y duraciones, y la variabilidad de desenlaces limitaron la comparabilidad. En jengibre, el patrón de beneficio pareció depender de protocolos breves en torno a la quimioterapia; en miel, la consistencia se concentró en contextos específicos y con formulaciones no uniformes; en senna, la equivalencia práctica sugirió orientar la decisión a tolerabilidad y preferencias; y en lavanda, la señal se restringió a horizontes cortos y con protocolos dispares. Estos matices invitan a interpretar los hallazgos con prudencia y a trasladarlos a la práctica solo cuando exista claridad de indicación, producto y pauta.

Desde la perspectiva regulatoria chilena, estos hallazgos deben interpretarse considerando que algunos de los ingredientes analizados cuentan con antecedentes sanitarios o productos registrados en el Instituto de Salud Pública (ISP). En el caso del jengibre, el ISP ha señalado la existencia de productos registrados como medicamento que contienen *Zingiber officinale* como principio activo único, lo que aporta plausibilidad regulatoria a su empleo como coadyuvante, aunque no específicamente en el contexto de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia (Instituto de Salud Pública de Chile, 2016). Respecto de *Senna alexandrina*, existen resoluciones que establecen restricciones específicas para laxantes con derivados hidroxiantracénicos, incluyendo limitaciones de duración de uso y contraindicaciones en determinados grupos poblacionales, lo que refuerza la necesidad de cautela en su extrapolación a pacientes en cuidados paliativos (Instituto de Salud Pública de Chile, 2015). En cuanto al aceite esencial de *Lavandula angustifolia*, el ISP registra productos farmacéuticos utilizados para el alivio de ansiedad leve en adultos; sin embargo, estas formulaciones corresponden a preparados farmacológicos específicos y no necesariamente a intervenciones de aromaterapia por inhalación o masaje como las evaluadas en los estudios incluidos, por lo que la transferencia directa de la evidencia clínica requiere prudencia (Instituto de Salud Pública de Chile, 2015a). En relación con la miel, aunque no corresponde estrictamente a fitoterapia, el ISP ha emitido lineamientos regulatorios para productos farmacéuticos que la incorporan y ha exigido medidas de seguridad microbiológica y restricciones

de uso en ciertos grupos, lo que respalda su consideración como producto natural coadyuvante en determinadas condiciones clínicas (Instituto de Salud Pública de Chile, 2015b). En conjunto, estos antecedentes sugieren que una eventual incorporación de estas intervenciones en cuidados paliativos y atención primaria debería priorizar productos regulados, estandarizados y con indicaciones claramente definidas dentro del marco sanitario nacional.

En el marco chileno de CPU y APS, estas intervenciones son potencialmente integrables por su baja complejidad y aceptabilidad cultural. La implementación requiere: estandarizar productos (origen, pureza, certificación), definir posologías y ventanas de uso, formar equipos (enfermería, nutrición, farmacia, medicina) y documentar en ficha clínica los eventos adversos y posibles interacciones (especialmente en onco-hematología).

La revisión presentó limitaciones que condicionaron la certeza de las conclusiones: la heterogeneidad clínica y metodológica de los estudios, los horizontes de seguimiento cortos en varias intervenciones, la escasez de datos en pediatría y en poblaciones no oncológicas, y la dependencia de síntesis secundarias con su propio riesgo de sesgo. A ello se sumaron las restricciones idiomáticas y la ausencia de metaanálisis propio, que pudieron contribuir a sesgo de publicación y a una menor granularidad en subgrupos. Asimismo, la inclusión de un ECA con diseño cruzado se realizó bajo criterios predefinidos; podrían existir ensayos similares no incluidos por información metodológica insuficiente o falta de estandarización de la intervención.

Mirando hacia la APS, las líneas de investigación más relevantes se orientaron a ensayos pragmáticos multicéntricos con productos estandarizados y control de calidad, que comparen efectividad y seguridad frente al cuidado habitual, incorporen resultados centrados en el paciente y análisis de costo-efectividad, y evalúen esquemas óptimos de dosis, vías y ventanas de administración. Asimismo, resultó clave abordar la implementación: modelos de capacitación interdisciplinaria, adherencia y aceptabilidad en contextos domiciliarios, farmacovigilancia de productos de origen vegetal e interoperabilidad con los registros clínicos para capturar sistemáticamente interacciones, eventos adversos y beneficios clínicos sostenidos. Estas prioridades permitirán traducir la evidencia a protocolos factibles, equitativos y seguros en el primer nivel de atención.

CONCLUSIONES

Esta revisión cumplió el objetivo de evaluar la evidencia clínica reciente sobre intervenciones fitoterapéuticas y productos naturales coadyuvantes en síntomas relevantes de Cuidados Paliativos Universales. La miel mostró consistencia para disminuir la severidad de la mucositis y reducir interrupciones de tratamiento, especialmente en radioterapia de cabeza y cuello; se requiere estandarizar tipo de miel, dosis y pauta. El jengibre evidenció beneficio para reducir el vómito agudo inducido por quimioterapia con dosis alrededor de 0,5–1 g/día por períodos breves; no hubo efecto consistente en náusea o vómito diferido. Los sennósidos (senna) resultaron eficaces y comparables a laxantes osmóticos en constipación inducida por opioides, apoyando su uso combinado desde el inicio. El aceite esencial de lavanda administrado por inhalación o masaje se asoció a reducciones de ansiedad a corto plazo; persiste heterogeneidad de preparados, dosis y duración.

En conjunto, algunas intervenciones de origen vegetal, junto con otros productos naturales coadyuvantes como la miel, mostraron potencial utilidad para el manejo de síntomas frecuentes en cuidados paliativos. Estas intervenciones podrían ser viables, de bajo costo y culturalmente aceptadas como coadyuvantes en CPU y Atención Primaria, siempre que su implementación sea protocolizada (producto estandarizado y trazable, dosis y duración definidas, integración con tratamiento convencional, y farmacovigilancia e identificación de interacciones).

Se recomienda priorizar investigación aplicada en APS (ensayos pragmáticos multicéntricos con productos estandarizados, resultados centrados en el paciente y costo-efectividad) para consolidar recomendaciones sobre posología, ventanas de uso y duración y para ampliar la evidencia en poblaciones no oncológicas y en seguimientos prolongados.

REFERENCIAS

- Anshasi, H., Abufarsakh, B., Alkhawaldeh, J. M., & Halalmeh, S. A. (2025). Honey for managing oral mucositis induced by cancer therapies: An overview of systematic reviews. *Complementary therapies in medicine*, 92, 103197. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2025.103197>
- Candy, B., Jones, L., Larkin, P. J., Vickerstaff, V., Tookman, A., & Stone, P. (2015). Laxatives for the management of constipation in people receiving palliative care. The Cochrane database of systematic reviews, 2015(5), CD003448. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003448.pub4>
- Choi, J., Lee, J., Kim, K., Choi, H. K., Lee, S. A., & Lee, H. J. (2022). Effects of Ginger Intake on Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. *Nutrients*, 14(23), 4982. <https://doi.org/10.3390/nu14234982>
- Crichton, M., Marshall, S., Marx, W., McCarthy, A. L., & Isenring, E. (2019). Efficacy of Ginger (*Zingiber officinale*) in Ameliorating Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting and Chemotherapy-Related Outcomes: A Systematic Review Update and Meta-Analysis. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(12), 2055–2068. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2019.06.009>
- European Medicines Agency. (2019). *Herbal medicinal products: Overview of the European regulatory framework*. European Medicines Agency. <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/herbal-medicinal-products>
- Hawley, P., MacKenzie, H., & Gobbo, M. (2020). PEG vs. sennosides for opioid-induced constipation in cancer care. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(4), 1775–1782. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04944-5>
- Instituto de Salud Pública de Chile. (2015). *Resolución Exenta N° 570: Determina régimen de control sanitario aplicable a laxantes con derivados hidroxiantracénicos*. https://www.ispch.cl/GOBIERNO_TRANSPARENTE/LEY/mayo2015/res_isp_570_2015.pdf
- Instituto de Salud Pública de Chile. (2015a). *Lasea cápsulas blandas 80 mg*. https://www.ispch.cl/sites/default/files/lasea_80mg.pdf
- Instituto de Salud Pública de Chile. (2015b). *Resolución Exenta N° 2038: Lineamientos para actualizar registros sanitarios de productos farmacéuticos con formulación miel de abejas*. <https://www.ispch.cl/sites/default/files/comunicado/2015/07/Nota%20Informativa%20de%20FARMACOVIGILANCIA%2C%20desarrollo%20de%20Botulismo%20Infantil%20%28MIEL%29%20Subpto.%20FARMACOVIGILANCIA%20ANEMED-%20ISP.pdf>

- Instituto de Salud Pública de Chile. (2016). *Resolución Exenta N° 1128: Determina régimen de control a aplicar al producto HCG Newlife Colon Cleanse*. https://www.ispch.cl/GOBIERNO_TRANSPARENTE/LEY/mayo_2016/res_1128_isp_2016.pdf
- Li, F., Jiang, T., & Shi, T. (2022). Effect of inhalation aromatherapy on physical and psychological problems in cancer patients: Systematic review and Meta-analysis. *Journal of psychosocial oncology*, 40(3), 271–287. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.2011529>
- Li, D., Li, Y., Bai, X., Wang, M., Yan, J., & Cao, Y. (2022). The Effects of Aromatherapy on Anxiety and Depression in People With Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in public health*, 10, 853056. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.853056>
- Mardani, A., Maleki, M., Hanifi, N., Borghei, Y., & Vaismoradi, M. (2022). A systematic review of the effect of lavender on cancer complications. *Complementary therapies in medicine*, 67, 102836. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102836>
- Ministerio de Salud. (2009). *Medicamentos herbarios tradicionales: Listado de 103 especies vegetales autorizadas* (Resolución Exenta N° 548/2009). Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. <https://hospitalashiguera.cl/docs/pespi/Libro-MHT-2010.pdf>
- Ministerio de Salud. (2010). *Decreto Supremo N° 3/2010: Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1026879>
- Ministerio de Salud. (2021). *Orientaciones técnicas sobre cultivo, cosecha, secado, emvasado, dispensación y uso de medicamentos herbarios tradicionales*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. ISBN 978-956-348-191-4
- Ministerio de Salud. (2022). *Orientación técnica: Cuidados Paliativos Universales* (En revisión). Departamento de Rehabilitación y Discapacidad. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/01/Orientacion-Tecnica-Cuidados-Paliativos-Universales.pdf>
- Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos*. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf
- Münstedt, K., Momm, F., & Hübner, J. (2019). Honey in the management of side effects of radiotherapy- or radio/chemotherapy-induced oral mucositis. A systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*, 34, 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.11.016>
- Tian, X., Xu, L., Liu, X., Wang, C. C., Xie, W., Jiménez-Herrera, M. F., & Chen, W. (2020). Impact of honey on radiotherapy-induced oral mucositis in patients with head and neck cancer: a systematic review and meta-analysis. *Annals of palliative medicine*, 9(4), 1431–1441. <https://doi.org/10.21037/apm-20-44>
- Yang, C., Gong, G., Jin, E., Han, X., Zhuo, Y., Yang, S., Song, B., Zhang, Y., & Piao, C. (2019). Topical application of honey in the management of chemo/radiotherapy-induced oral mucositis: A systematic review and network meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 89, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.007>

Interrogantes a propósito de One Health y Planetary Health

Yuri Carvajal Bañados¹

INTRODUCCIÓN

Cuando la COP 30 fracasa y las velocidades de consumos y efectos climáticos y planetarios de esos consumos, son incrementales, no parece afortunado establecer distinciones entre los pocos ambientalistas que encaramos los problemas.

La aparición de enfoques como One Health y Planetary Health (David and Dévédec, 2023), en nuestra corriente de salud pública marcada no sólo por antropocentrismo, sino además por un foco en lo masculino, lo angloeuropeo, el inglés como idioma oficial, lo urbano y lo estatal, no puede ser sino celebrado.

Reaparecen en salud los otros seres vivos y los ecosistemas como algo a considerar. Es posible plantearlos como actores legítimos y dignos y no como enemigos a eliminar. Enhorabuena.

INTERROGANTES CONCEPTUALES

La aparición de un objeto nuevo en nuestro horizonte intelectual o su irrupción, producen una reflexión sobre la disciplina. ¿Nos tomó desprevenidos? ¿Es importante repensar porqué desatendimos las voces que aseveraban su existencia? ¿Lo tomamos como ya está o requiere ser transformado para ingresar a nuestra práctica? ¿Modifica objetos conceptuales? A todas estas preguntas, la aparición de Antropoceno que subyace a la cuestión de One Health, respondo que sí.

Y con eso, me conecto con una larga tradición de reflexiones en salud pública sobre cuestiones ambientales, coloniales, económicas, políticas y conceptuales. Riesgo, estigmas, asilar, policía, vigilar, tríada ecológica, ciencias sociales (¿qué ciencias sociales? ¿Cómo se incorporan?) recuerdan que la salud pública, en particular la latinoamericana, se ha situado en una postura diferente respecto del modo oficial de hacer las cosas.

Antropoceno reaviva estas cuestiones, agregando consideraciones nuevas. Considerar antropoceno como un punto central de nuestra práctica no es sólo ir a la moda, sino transformarnos. Una de esas cuestiones que antropoceno introduce, es la reflexión sobre nuestro rol en los ecosistemas. Antropoceno en lenguaje común es considerar al hombre como fuerza geológica.

Se trata de la consideración de nuestros efectos sobre los ecosistemas.

INTERROGANTES SOBRE NUESTRA RESPONSABILIDAD EN ANTROPOCENO

Situarse en el Antropoceno es justamente ubicarnos como agente de alteración de ciclos terrestres carbono, fósforo, nitrógeno, agua, reducción de biodiversidad, acidificación de océanos, terraformación, contaminantes, generación de antromas (Ellis, 2020).

Y eso no es el hombre abstracto, sino nuestras prácticas. O sea, ¿la salud pública es parte generadora del antropoceno? Las estrategias de control poblacional esterilizantes, el exterminio químico de insectos y plantas (Carson, 1960), la masificación y descontrol respecto del uso de antibióticos (Landecker, 2015; Kirchhelle, 2023), (Bradshaw, 2024), el gigantismo constructivo de ciudades, represas, puertos (Parikka, 2021), el colonialismo cultural, la promoción de la carne y la leche, la introducción del plástico y lo desechable (Borowy, 2020), ¿consideran algo de lo cual hacernos responsables?

Por lo pronto, sabemos que el 5 % de la huella de carbono mundial (esas más de 37 mil giga-toneladas

¹ MD, Presidente Departamento Medio Ambiente Colegio Médico de Chile. Correspondencia a: ycarvajal61@gmail.com

de carbono anuales que ya incrementaron la temperatura media en más de 1,55 grados en 2024 respecto del promedio 1850-1900) está asociado a actividades de salud.

INTERROGANTES SOBRE LA TRANSFORMACIÓN DE NUESTRAS PRÁCTICAS

Lo tercero, es buscar repararlo. Establecimientos saludables por cierto, pero también refrescar el pensamiento de salud pública en Antropoceno. No somos la guía conductora ni en nombre de la salud humana, podemos hacer cualquier cosa.

En el campo del Antropoceno somos recién llegados y eso tenemos que digerirlo, saber por qué estamos tan atrasados y guardar prudencia.

De qué antropoceno hablamos, es una distinción importante. Mas allá de la datación de su comienzo y la fijación de un gold standard (Waters et al., 2025; Edgeworth et al., 2025), considerar cuestiones como monoteísmo, imperio, colonialismo, extractivismo, carnivorismo, como parte del antropoceno, por supuesto nos encamina a distintas prácticas.

Por lo menos deberíamos abandonar el uso de frases soberbias como “Salud en todas las políticas” o “Salus populi suprema lex”.

Antropoceno implica que salimos del espacio resguardado que llamábamos holoceno o sociedad, para situarnos en ecosistemas dañados, perturbados, aplanados en cuanto a diversidad. Además, llegamos tarde, de modo que busquemos sumarnos con humildad.

¿La salud pública opina sobre decrecimiento (Kallis et al., 2025)? ¿Qué piensa de la preservación de bosques y de la reforestación con especies nativas en ciudades (Hospitales) y terrenos baldíos? ¿Es austera? ¿Es carnívora? ¿Es adicta a los combustibles fósiles? ¿Es activa en la expresión de las huellas de los territorios en los cuales actúa, como establecimientos de salud, universidades, servicios públicos, sobre todo en scope 3? ¿Cuál es su tasa diaria de producción de residuos? ¿Limita el uso de plásticos?

De las respuestas que demos depende la credibilidad y calidad del enfoque.

Finalmente, respecto de Antropoceno, otra lección de humildad. No sabemos de historia de la tierra, de eco-evo-devo, no sabemos de historia natural ni de filosofía natural. Para hablar de Antropoceno, necesitamos conocer nociones básicas de otras ciencias, a las cuales no hemos tomado en consideración.

Si alguien dijera, paleontología en todas las políticas o filosofía natural suprema lex, nos quedaríamos sorprendidos.

¿Por qué sentimos un derecho privilegiado a enunciar cosas incomprensibles? (el autor no ha usado IA para escribir este texto)

REFERENCIAS

- Borowy, I. (2020). Medical waste: the dark side of healthcare. *História, Ciências, Saúde– Manguinhos*, 27(supl.):231–251.
- Bradshaw, A. (2024). The invisible city: The mundane biogeographies of urban microbial ecologies. *Geo: Geography and Environment.*, 11:1–20.
- Carson, R. (2019 [1960]). Primavera silenciosa. Crítica, Barcelona.
- David, P.-M. and Dévédec, N. L. (2023). Santé planétaire, santé extra-terrestre ? <https://www.terrestres.org/2023/11/24/sante-planetaire-sante-extra-terrestre/>.
- Edgeworth, M., Bauer, A. M., Ellis, E. C., Finney, S. C., Gibbard, P. L., Maslin, M., Merritts, D. J., and Walker, M. J. C. (2025). The evolving concept of the anthropocene: A reply to Zalasiewicz et al. *Earth's Future*, 13:1–3.
- Ellis, E. (2020). *Anthromes* (Encyclopedia of the World Biomes (2020)). https://anthroecology.org/wp-content/uploads/2020/0y/ellis_2020a.pdf.
- Kallis, G., Hickel, J., Jackson, D. W. O. T., Victor, P. A., Raworth, K., Schor, J. B., and Ürge Vorsatz, J. K. S. D. (2025). Post-growth: the science of wellbeing within planetary boundaries. *planetary-health*, y:52–78.
- Kirchhelle, C. (2023). The antibioticene –towards an eco-social analysis of humanity’s anti- microbial footprint. *HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES COMMUNICATIONS*, (10):4y–85.
- Landecker, H. (2015). Antibiotic resistance and the biology of history. *Body& Society*, (4):1y–52.
- Parikka, J. (2021). Una geología de los medios. Caja Negra, Buenos Aires.
- 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):4y–85.

Homenaje al doctor Hernán Baeza Rodríguez 1943-2026

“No es cosa que te dediques a la filosofía, sino que mires en ti en como acercarse a las personas, aceptar el diálogo, ahí hay una clave mucho más fuerte que la cosa académica racional. Como dicen “yo pasé por eso y vengo de vuelta”, o “nunca me convencí.”

(febrero, 2013)

Este fue uno de los primeros intercambios de correo electrónico con quien entonces era “el Dr. Hernán Baeza”, profesor de ética, humanidades médicas y además del curso optativo de cine y medicina, en la Sede Oriente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. El mismo Dr. Baeza, quien luego se convertiría en nuestro “querido Hernán”, amigo y maestro. La amistad y admiración comenzaron con unos primeros encuentros espontáneos en un café de Providencia, en Santiago, que con el tiempo se transformaron en reuniones semanales para leer en grupo y sumergirnos en el mundo de la filosofía y las humanidades médicas.



Hernán se tituló de Médico Cirujano en la Universidad de Chile en 1968 y fue de los primeros especialistas en integrarse al Servicio de Cardiología del Hospital Militar de Santiago, tras formarse en 1977. Médico, cardiólogo y poeta, Hernán acompañó a incontables generaciones de estudiantes de medicina en su formación ética, en comunicación y humanidades médicas. Con su caminata pausada y su voz grave nos acercaba, cualquiera fuera el tema que abordaríamos en la clase, a una pieza de arte, de música, o de cine para apreciarla y conectarnos con la expresión de lo humano. Esto como preludeo a discutir la teoría de los principios y otros aspectos de la ética médica. Como estudiantes de medicina, no fue fácil entender este enfoque al comienzo, acostumbrados como estábamos a lo racional y lo concreto. Quizá fue precisamente ese enfoque curioso, estético y profundamente humano el que sembró en muchos la inquietud por explorar la medicina como ciencia y arte, en cada encuentro clínico y profesional, en la investigación y en el desarrollo de nuestra propia identidad médica.

Este hombre amoroso, dedicó su vida al corazón, en lo clínico y lo artístico, buscando una mirada más integral de la práctica médica. Así lo revela, por ejemplo, su artículo titulado “El Mito del Corazón” (2001), en el que Hernán explora el significado simbólico del corazón a través de la historia, como un poderoso emblema cultural y espiritual que, pese a los avances científicos, sigue siendo percibido como una de las expresiones más profundas de la identidad, los valores y los afectos humanos.

A lo largo de su trayectoria, Hernán dejó una huella en muchos de sus estudiantes y colegas que cruzaron su camino. A través de sus cuentos y poemas nos llevó a un viaje más allá de la ciencia, para encontrarnos con el arte del quehacer médico.

Doctoras Mariana Dittborn Bellalta y Anamaría Arriagada Urzúa



EL REGALO QUE NOS HACEN LOS MUERTOS

Un aliento que entra.
Un aliento de los que quedaron,
que hablan sus idiomas desde las ventanas.
¿Cuál es el idioma de los muertos?
Sus imágenes en los jardines, en las flores,
los frutos de los árboles que ellos plantaron.
Sus abrazos, sus llantos, sus ausencias,
sus historias que pasan por dentro de nosotros
y nos dicen el orden que nos lleva.
Ellos van con nosotros, nos conversan,
nos muestran, nos acompañan.
No todo termina al ponerlos en la tierra,
ahí comienza el mayor contacto,
en lo más hondo, en lo secreto de nuestras verdades.
Nos apenamos, y lloramos, nos llenamos de pesos imposibles.
En el medio de esto comenzamos a escucharlos,
levemente,
lentamente, también les hablamos, de nuestros pesares
de nuestras alegrías.

Dr. Hernán Baeza Rodríguez

Cuestión Social

La salud es un proceso colectivo que no significa ausencia de enfermedad, sucede donde las personas habitan. Las condiciones de vida son determinantes en ese proceso, a mayor pobreza encontramos menor nivel educacional, peores condiciones de vida y mayor carga de enfermedad.

A raíz de una epidemia de cólera en Inglaterra en 1813, John Snow hace un análisis epidemiológico poblacional para descubrir que el origen de dicha epidemia era un pozo de agua contaminada. Snow, no solo mira la necesidad de atención inmediata, ni sólo la mortalidad, mira también el comportamiento de la enfermedad en la población, para finalmente llegar a su conclusión y contribuir con la solución. En definitiva, realiza un análisis complejo, observa el problema integralmente, para encontrar su origen y erradicar la causa.

En 1939, tras el terremoto de Chillán, el presidente Pedro Aguirre Cerda nombra como ministro de sanidad al Dr. Salvador Allende Gossens, quien habiendo asumido crea el departamento de vivienda, al alero del ministerio dedicado a la salud, a propósito de comprender que son las condiciones de vida las que influyen determinantemente en la salud de la población. Esta idea la expone en su libro “La realidad médico social chilena” del mismo año. 35 años más tarde conocemos por Marc Lalonde (Canadá, 1974) los determinantes sociales de la salud.

Según lo descrito, saltan a la vista dos cuestiones relevantes. La primera es que para conseguir salud no solo debemos enfocarnos en la enfermedad, la prevención y promoción deben ser abordadas por todos los sectores del Estado, en este contexto, lo político debe evitar la fragmentación sectorial (Salud en todas las políticas); a su vez, las acciones estratégicas del sistema sanitario deben incluir dimensiones distintas de la propia para abordar el problema objetivado. Esto da lugar a la segunda cuestión. En los casos utilizados como ejemplos se hizo un análisis complejo y exhaustivo, el observador se ubicó fuera del dominio de la situación observada, llegó a la pregunta correcta, definió el problema de manera integral y resolvió integralmente.

En conclusión, si la salud y la enfermedad son procesos colectivos es la población a la que se debe mirar a la hora de generar estrategias sanitarias, que además deben formularse con enfoque de equidad (salud pública y de acceso universal). Las estrategias no pueden nacer solo de la iniciativa personal, que por sí sola es voluntarismo vacío, es necesario encontrar la pregunta correcta, para lo que es necesario tomarse el tiempo que se deba, con ánimo de urgencia y desde esa pregunta correcta encaminarse hacia la solución definitiva.

Como integrantes del sistema de salud, tenemos una enorme responsabilidad; además de administrar los recursos disponibles, siempre escasos, debemos dirigirlos correctamente porque la responsabilidad final es la de contribuir con la mejor vida de las personas; por lo tanto, somos responsables de hacer que lo necesario ocurra y que ocurra según lo que la población necesita.

Juan Pablo Cárcamo Saldaña
Enfermero salubrista

SOCHISAL 79 años

Memoria, salud pública y compromiso con el futuro¹

“La salud pública no ha sido solo una disciplina técnica, sino también un proyecto social y democrático.”

Hablar de la historia de la Sociedad Chilena de Salud Pública (SOCHISAL) es también recorrer parte importante de la historia sanitaria de Chile. Desde sus orígenes, cuando aún llevaba el nombre de Sociedad Chilena de Salubridad, la institución surgió en un contexto marcado por profundas desigualdades sociales y graves problemas sanitarios que afectaban a la población chilena.

En la década de 1940, Chile enfrentaba elevados niveles de mortalidad materna e infantil, enfermedades infectocontagiosas y múltiples problemas asociados a las condiciones de vida de amplios sectores de la población. Frente a este escenario, comenzó a consolidarse una visión moderna de la salud pública: una comprensión de la salud como responsabilidad colectiva y como deber del Estado. Fue en ese contexto donde emergió la Sociedad Chilena de Salubridad, integrada por profesionales del servicio público, académicos, equipos sanitarios y representantes de distintas disciplinas comprometidas con el desarrollo del país.

La Sociedad nació con un propósito claro: promover el estudio, el debate y el fortalecimiento de la salubridad nacional, entendiendo que los problemas de salud requerían una mirada integral y trabajo interdisciplinario. Esa visión resultó fundamental para impulsar una cultura sanitaria basada en la prevención, la educación en salud, la vacunación, la participación comunitaria y el fortalecimiento de los servicios públicos.

“La historia de SOCHISAL refleja la convicción de que la salud pública constituye un derecho y una herramienta para el desarrollo humano.”

Durante las décadas siguientes, muchos de sus integrantes participaron activamente en el desarrollo del Servicio Nacional de Salud y en experiencias innovadoras de atención integral, promoción de la salud y trabajo comunitario. La influencia de la Sociedad puede reconocerse en numerosos avances sanitarios que marcaron a Chile en el siglo XX, particularmente en el control de enfermedades infecciosas y en la protección materno infantil.

Como ocurrió con múltiples espacios académicos y sociales del país, el golpe militar interrumpió abruptamente gran parte de estas experiencias. Sin embargo, con el retorno a la democracia, SOCHISAL recuperó su rol histórico como espacio de reflexión crítica, análisis sanitario y debate técnico-político orientado al fortalecimiento de un sistema de salud más justo y solidario.

Hoy, décadas después, los desafíos son distintos, pero igualmente complejos. Las transformaciones demográficas, el envejecimiento poblacional, las crisis ambientales, las desigualdades sociales persistentes, la salud mental, las nuevas tecnologías y las restricciones presupuestarias exigen nuevas respuestas desde la salud pública.

En este contexto, SOCHISAL mantiene plenamente vigente su misión histórica: contribuir al debate sanitario nacional, fortalecer la salud pública como campo de conocimiento y acción, y promover una mirada ética y colectiva sobre el bienestar de las personas y comunidades.

¹ Nota publicada en la Página WEB de la Sociedad Chilena de Salud Pública, por el Dr. Jorge Lastra Torres, con motivo del 79avo Aniversario de la creación de la Sociedad. Autorizada por la Sociedad Chilena de Salud Pública.

UNA INSTITUCIÓN CON MEMORIA Y FUTURO

El aniversario de SOCHISAL no solo constituye una conmemoración institucional. También representa una oportunidad para reconocer a generaciones de salubristas que comprendieron que la salud no depende exclusivamente de hospitales o tratamientos, sino también de las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales en que viven las personas.

Mirar la historia permite comprender que muchos de los avances sanitarios más importantes de Chile fueron posibles gracias a políticas públicas sostenidas, equipos interdisciplinarios y una profunda convicción sobre el valor de lo colectivo.

Ese legado continúa siendo indispensable para enfrentar los desafíos del presente y construir una salud pública preparada para el futuro.

Dr. Jorge Lastra, SOCHISAL
Profesor de Salud Pública. Universidad Andrés Bello

Decisiones administrativas ambientales o cuestiones de salud pública. Sobre Decretos medioambientales retirados de toma de razón en Contraloría General de la República

Pamela Schellman Jaramillo¹

Yuri Carvajal Bañados²

En relación con la interdependencia de las cuestiones medioambientales y salud humana, la Mesa Directiva Nacional en conjunto con el Departamento Nacional de Medio Ambiente del Colegio Médico de Chile se han comunicado con el Ministerio de Salud para solicitar la reposición urgente de dos decretos específicos, dentro de los 43 que fueron retirados de toma de razón de Contraloría General de la República el 12 de marzo reciente, considerando su implicancia directa en enfermedades crónicas no transmisibles como cardiovasculares, respiratorias, y cáncer, que paradójicamente han sido enfocadas por el Gobierno como “Alerta Sanitaria Oncológica” dentro de la “Estrategia Nacional de Salud”, a saber:

- Norma de emisión para centrales termoeléctricas a carbón DS N° 8, 2025.
- Norma primaria de calidad del aire MP 2,5 DS N°3, 2026.

Ambos documentos regulatorios, resultan de gran importancia para la salud pública.

Según el ordenamiento jurídico vigente, en ambos casos hay un retraso de 11 años a lo menos, en la actualización de los parámetros o estándares, que debieran revisarse cada 5 años. Avanzar hacia políticas más protectoras para la salud de las comunidades, especialmente entendiendo que los determinantes ambientales de la salud abordados en estos dos decretos, no están al alcance del control individual de las personas.

Sin duda los decretos retirados apuntan a reducir la incidencia de enfermedades que dañan la calidad de vida de las personas e imponen un gasto y esfuerzo tardío en las organizaciones de salud.

Nuestra carta fundamental establece este considerando preventivo de las cuestiones ambientales desde el punto de vista de salud humana:

“Artículo 19. La Constitución asegura a todas las personas: 8°. El derecho a vivir en un medio ambiente libre de contaminación. Es deber del Estado velar para que este derecho no sea afectado y tutelar la preservación de la naturaleza. La ley pondrá restricciones específicas al ejercicio de determinados derechos o libertades para proteger el medio ambiente. 9°. El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”.

Existe evidencia científica internacional sobre los impactos en salud asociados a la contaminación con MP 2,5 y a emisiones de termoeléctricas a carbón (Room, 2007; Klaassen, 2019). En nuestro país el Dr. Andrei Tchernitchin, médico toxicólogo ya en 2011 comentó el debate de la norma recién retirada. Lo cuestionó por insuficiente y revisó el rol cancerígeno de MP 2,5 (Tchernitchin, 2009), ratificado por la IARC (2015). En cuanto a cifras locales, la Dra. Sandra Cortés documentó en 2019 mayor riesgo de

1 Secretaria Técnica Departamento Nacional de Medio Ambiente Colegio Médico de Chile A.G. Correspondencia a: medioambiente@colegiomedico.cl

2 Presidente Departamento Nacional de Medio Ambiente Colegio Médico de Chile A.G.

cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias asociadas a zonas con industrias generadoras a carbón y también el Dr. Pablo Ruiz (Cortés, 2019; Viviani, 2021; Ruiz-Rudolph, et al., 2016).

Los decretos retirados de toma de razón de CGR, fueron fruto de un trabajo de varios años y diferentes gobiernos, para establecer

unos límites intermedios de contaminantes entre la normativa actual y la sugerida por la Organización Mundial de la Salud y cumplieron un proceso de revisión técnica registrado en el Análisis General de Impacto Económico y Social, AGIES (Ministerio del Medio Ambiente, 2025; 2026), a saber:

Norma de emisión para centrales termoeléctricas a carbón DS N° 8, 2025

Tabla comparativa estándares actuales, decreto detenido y estándar OMS.

Fuente	Contaminante	Límite de emisión (mg/Nm3) del D.S. N° 13/2011 MMA	Límite de emisión (mg/Nm3) del D.S. N° 8/2025 MMA	Niveles recomendados OMS sobre calidad del aire (2021)
Fuentes emisoras existente	Material Particulado - Combustible Sólido	50	20	5 (mg/m3) promedio anual para MP 2,5 15 (mg/m3) promedio anual para MP 10
	Material Particulado - Combustible Líquido	30	20	
	Dióxido de Azufre - C. Sólido	400	200	40 (mg/m3) promedio en 24 horas
	Dióxido de Azufre - C. Líquido	30	10	
	Oxígeno de Nitrógeno - C. Sólido	500	200	10 (mg/m3) promedio anual 25 (mg/m3) promedio en 24 horas
	Oxígeno de Nitrógeno - C. Líquido	200	120	
	Oxígeno de Nitrógeno - C. Gaseoso	50	50	

Chile Sustentable, Conversatorio COLMED junio 2026

“Para el caso de los beneficios, se ajustaron los beneficios de cada año del período de evaluación, esto es, entre 2025 y 2040. Los beneficios consisten en la evaluación de los efectos en salud en forma de casos evitados a causa de la mejora en la calidad del aire provocada por la reducción de las emisiones al nivel normativo. El cumplimiento de los límites normativos significa ahorros para la sociedad evaluados en MM USD 91 para el período de evaluación

2025-2040. La principal causa evitada es la mortalidad prematura de personas mayores a 30 años y que a su vez es la que genera mayores beneficios, por otra parte, se obtienen reducción de admisiones hospitalarias para efectos cardiovasculares asociados principalmente a la reducción de Material Particulado, efectos respiratorios asociados a MP, y SO2 principalmente. Se cuantifican los casos de Alzheimer y Parkinson asociados a estos contaminantes, sin embargo, estos no se valorizan económicamente, debido a falta de información respecto a los costos de tratamiento”.

Norma primaria de calidad del aire MP 2,5 DS N° 3, 2026

Tabla comparativa estándar actual, decreto detenido y estándar OMS

Métrica tipo de exposición	Normativa Vigente (DS N°12/2011)	Límite propuesto (DS N°3, 2026)	Niveles recomendados por OMS para PM 2,5
Norma Anual (exposición crónica)	20 ug/m3	15 ug/m3	5 ug/m3
Norma diaria 24 hrs (exposición aguda)	50 ug/m3	38 ug/m3	15 ug/m3

“Para el caso de los beneficios, se ajustaron los beneficios de cada año del período de evaluación, esto es, entre 2026 y 2035. Los beneficios consisten en la evaluación de los efectos en salud en forma de casos evitados a causa de la mejora en la calidad del aire provocada por la reducción de las emisiones al nivel normativo. El cumplimiento de

los límites normativos significa beneficios para la sociedad evaluados en 8.873 MM USD en valor presente (para el período de evaluación 2026-2035), por disminución de morbilidad y mortalidad. La principal causa evitada es la mortalidad prematura de personas mayores a 30 años y que a su vez es la que genera mayores beneficios, por otra

parte, se obtienen reducción de admisiones hospitalarias para efectos cardiovasculares y respiratorios asociados a la reducción de MP2,5.

Los beneficios netos del Proyecto Definitivo son de 7.234 MM USD en valor presente y la razón beneficio costo es de 5,4”.

Resulta imperativo reconocer que la normativa propuesta (y en este momento retirada de toma de razón en CGR), dista de los estándares sugeridos por la Organización Mundial de la Salud y que el proceso de revisión cada 5 años (retrasado en este momento si consideramos que ambas normas están vigentes desde 2011), debiera tender a acercar la regulación progresivamente a dichos valores límites, entendiendo que mientras más rápido podamos controlar estos determinantes ambientales, más pronto podremos realmente disminuir la morbimortalidad asociada y evitar medidas de mitigación que secundariamente deterioran la salud (menor actividad física con mayor sedentarismo, también asociado a enfermedades crónicas no transmisibles), mejorando de esta manera la calidad de vida de las personas que habitan los territorios afectados. La política pública en salud y medio ambiente tiene alcances de largo plazo y debe ser abordada como una cuestión de Estado, considerando la información científica y técnica disponible como soporte fundamental en la toma de decisiones. Destacan en este sentido el Informe País 2025 de la Facultad de Gobierno de la Universidad de Chile y la reciente publicación en la revista *Science* sobre la política ambiental en Chile (Universidad de Chile, 2025; América, et al., 2026)

Por otra parte, nuestro país debiera avanzar en la capacidad de medición y fiscalización de cumplimiento de la normativa, a través del fortalecimiento del Ministerio de Medio Ambiente y poner a disposición de la ciudadanía información de fácil acceso e interpretación, favoreciendo la toma de decisiones preventivas y de mitigación que estén a su alcance.

Dentro de los decretos retirados de toma de razón en Contraloría General de la República, desde nuestra perspectiva quedan otros destacables dada su relación directa con la salud humana, que también debieran ser reingresados con prontitud, a saber: Norma para fundiciones de cobre y arsénico, Norma de emisión para descargas de residuos líquidos, Registro de Emisiones y Transferencia de contaminantes, Plan Sectorial de Adaptación al Cambio Climático de Biodiversidad. En este sentido queremos reafirmar que la salud ambiental y de los distintos ecosistemas, es la base para la salud humana y su sobrevida, por lo cual con la protección

y promoción de la primera, estamos incidiendo en la protección y promoción de esta última.

Al respecto, nos reunimos con representantes del Ministerio de Salud el 03 de junio recién pasado, para exponer la necesidad urgente de reingresar dichos decretos a toma de razón de Contraloría General de la República y realizamos un conversatorio el 11 de junio junto a Chile Sustentable y ONG FIMA, otras instituciones de la sociedad civil preocupadas por la salud medioambiental en Chile.

Junio 2026.

REFERENCIAS

- América Paz Durán, A., et al. (2026). Chile's environmental policy at risk. *Science*, 392(6800), 815. <https://doi.org/10.1126/science.aeh6525>
- Cortés, A. S., et al. (2019). Exposición a contaminantes provenientes de termoeléctricas a carbón y salud infantil: ¿Cuál es la evidencia internacional y nacional? *Revista Chilena de Pediatría*, 90(1), 102–114.
- International Agency for Research on Cancer. (2015). Outdoor air pollution. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans (Vol. 109).
- Klaassen, C. D. (Ed.). (2019). *Casarett and Doull's toxicology: The basic science of poisons* (9th ed.). McGraw-Hill.
- Ministerio del Medio Ambiente. (2024). Análisis general de impacto económico y social (AGIES): Norma de emisión para termoeléctricas. https://planesynormas.mma.gob.cl/archivos/2024/proyectos/AGIES_NE_PD_Termoelectricas.pdf
- Ministerio del Medio Ambiente. (2025). Análisis general de impacto económico y social (AGIES): Proyecto de norma material particulado respirable MP2,5. https://planesynormas.mma.gob.cl/archivos/2025/proyectos/_116__AGIES_PD_MP25.pdf
- Rom, W. N. (Ed.). (2007). *Environmental and occupational medicine* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Ruiz-Rudolph, P., Arias, N., Pardo, S., Meyer, M., Mesías, S., Galleguillos, C., Schiattino, I., & Gutiérrez, L. (2016). Impact of large industrial emission sources on mortality and morbidity in Chile: A small-areas study. *Environment International*, 92–93, 130–138. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2016.03.036>

- Tchernitchin, A. N. (2009). Sugerencia de modificación de la norma sobre material particulado respirable PM 2,5. Cuadernos Médico Sociales, 49(4), 275–277. <https://cuadernos-ms.cl/index.php/cms/article/view/617>
- Universidad de Chile. (2025). Informe país 2025. <https://gobierno.uchile.cl/publicaciones/237544/informe-pais-2025>
- Viviani, G. P., et al. (2021). Daños de salud respiratoria en comunas expuestas a centrales termoeléctricas a carbón en el norte de Chile: análisis de datos secundarios. Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias, 37(1), 17–25.



Conversatorio: “Decretos ambientales retirados de CGR”. Realizado el 11 de junio 2026. Departamento Nacional Medio Ambiente Colegio Médico de Chile.



Santiago, 05 de junio de 2026
 Presidencia N°364/26
 DRA.AAU/cap

Estimada Ministra
Dra. May Chomalí Garib
Ministerio de Salud
Gobierno de Chile
Presente

En relación con la interdependencia de las cuestiones medioambientales y salud humana, nos dirigimos a usted para solicitar su gestión en la reposición urgente de dos decretos que fueron retirados de toma de razón de Contraloría General de la República, que hemos priorizado como Colegio Médico de Chile por su implicancia directa en enfermedades crónicas no transmisibles como cardiovasculares, respiratorias y cáncer, dentro de los 37 decretos que aún se encuentran en revisión y no han sido devueltos dicho proceso, a saber:

- Norma de emisión para centrales termoeléctricas DS N° 8, 2025.
- Norma primaria de calidad del aire MP 2,5 DS N°3, 2026.

Ambos documentos regulatorios, resultan de gran importancia para la salud pública. El primero, en el impacto específico a la población que habita localidades donde aún están en funcionamiento centrales termoeléctricas a carbón, teniendo en consideración la evidencia científica irrefutable de los efectos en la salud y los ecosistemas. El segundo, que establece un límite menos que intermedio, entre la normativa nacional actual y el estándar propuesto por la Organización Mundial de la Salud, que nos parece urgente reponer para reducir la brecha existente, como un paso de avance en sintonía con la emergencia en salud dadas las cifras de enfermedades cardiovasculares y cáncer en Chile.

Dentro de los decretos retirados, desde nuestra perspectiva quedan otros destacables para reponer, dado que también tienen relación con salud: Norma para fundiciones de cobre y arsénico, Norma de emisión para descargas de residuos líquidos, Registro de Emisiones y Transferencia de contaminantes, Plan Sectorial de Adaptación al Cambio Climático de Biodiversidad.

El análisis de la situación medioambiental nos obliga también a remarcar la necesidad de reforzar la fiscalización, de hacer cumplir las normativas vigentes y de que los planes de descontaminación sean efectivos, como estrategia de prevención en salud pública.



**COLEGIO MÉDICO
DE CHILE**

Una arista importante, es establecer sistemas de información pública veraces y accesibles, que permitan a la ciudadanía realizar un seguimiento de las condiciones ambientales que pueden afectar su salud y tomar decisiones de autocuidado.

En estos sentidos, proponemos a usted, establecer una comisión bipartita entre el COLMED y el MINSAL de funcionamiento continuo, para colaborar en el abordaje de los múltiples aspectos de la relación entre el Medio Ambiente y la Salud humana (se adjunta documento de síntesis "El derecho a la salud y los determinantes ambientales en Chile").

Finalmente, aprovechamos esta instancia para invitarla a participar como panelista en dos actividades vinculadas a Calidad del Aire y Salud a realizarse el 11 y 26 de junio en la Sede Nacional del Colegio Médico de Chile (se adjuntan invitaciones).

Agradeciendo su atención y apoyo en la gestión específica de reposición a toma de razón en CGR de los 2 decretos ambientales prioritarios detallados, la saludan cordialmente,

DRA. ANAMARÍA ARIAGADA URZÚA
*Presidenta Nacional
Colegio Médico de Chile (A.G.)*

DR. YURI CARVAJAL BAÑADOS
*Presidente Depto. De Medio Ambiente
Colegio Médico de Chile (A.G.)*

Revista de Libros y Revistas

WORLD INEQUALITY LAB, INFORME SOBRE LA DESIGUALDAD GLOBAL 2026

París: *World Inequality Lab*; 2025. Disponible en: https://wir2026.wid.world/www-site/uploads/2025/11/WIR26_Executive_Summary_Spanish.pdf

El actual Informe Mundial sobre la Desigualdad (WIR 2026) corresponde a la tercera edición de esta serie. Antes fue los años 2018 y 2022. Estos informes se basan en el trabajo de más de 200 académicos de todo el mundo, afiliados al Laboratorio Mundial sobre la Desigualdad y que contribuyen a la mayor base de datos sobre la evolución histórica de la desigualdad global. Este trabajo ha ayudado a redefinir la manera en que los responsables políticos, los académicos y la ciudadanía comprenden la magnitud y las causas de la desigualdad, poniendo de relieve el separatismo de los ricos globales y la urgente necesidad de una justicia fiscal para las altas esferas. También, sus resultados han servido de antecedentes para los debates nacionales e internacionales sobre la reforma fiscal, la tributación de la riqueza y la redistribución en distintos foros internacionales. En esta oportunidad, el Informe indaga sobre nuevas dimensiones de la desigualdad que definen el siglo XXI: el clima y la riqueza, las disparidades de género, el acceso desigual al capital humano, las asimetrías del sistema financiero global y las divisiones territoriales que están reconfigurando la política democrática. Lo que permite identificar que la desigualdad actual no se limita a los ingresos o la riqueza; afecta a todos los ámbitos de la vida económica y social.

La desigualdad global en el acceso al capital humano sigue siendo enorme hoy en día, probablemente mucho mayor de lo que la mayoría de la gente imagina.

A nivel internacional, el informe WIR 2026 documenta cómo el sistema financiero global perpetúa la desigualdad. Las economías ricas siguen beneficiándose de un privilegio desmesurado: cada año, alrededor del 1 % del PIB mundial (aproximadamente tres veces más que la ayuda al desarrollo) fluye de los países más pobres a los más ricos mediante transferencias netas de renta extranjera, asociadas a rendimientos excesivos persistentes y menores pagos de intereses sobre las deudas de los países ricos.

Los principales hallazgos se pueden resumir en los siguientes:

1. El mundo es extremadamente desigual. el 10% de la población mundial con mayores ingresos gana más que el 90% restante, mientras que la mitad más pobre de la población mundial concentra menos del 10% del ingreso global total. La riqueza está aún más concentrada, el 10% más rico posee tres cuartas partes de la riqueza mundial, mientras que la mitad más pobre solo posee el 2%.
2. La crisis climática si bien es un desafío colectivo, también es profundamente desigual. Los datos señalan que la mitad más pobre de la población mundial representa solo el 3% de las emisiones de carbono asociadas a la propiedad privada de capital, mientras que el 10% más rico representa el 77% de las emisiones. El 1% más rico, por sí solo, representa el 41% de las emisiones derivadas de la propiedad privada de capital, casi el doble de la cantidad generada por el 90% restante de la población en conjunto.
3. En el ámbito de la vida cotidiana la desigualdad se expresa en el reconocimiento de los seres humanos por su trabajo, quiénes son recompensados por sus contribuciones y quiénes ven limitadas sus oportunidades. Entre las divisiones más persistentes y generalizadas se encuentra la brecha entre hombres y mujeres. A nivel mundial, las mujeres captan poco más de una cuarta parte del ingreso laboral total, una proporción que apenas ha variado desde 1990.



4. El estudio de la desigualdad en distintos países y a lo largo del tiempo revela que las políticas públicas sí pueden reducirla. Esto demuestra cómo la tributación progresiva y, especialmente, las transferencias redistributivas han reducido significativamente la desigualdad en todas las regiones, particularmente cuando los sistemas están bien diseñados y se aplican de manera consistente. En Europa y América del Norte y Oceanía, los sistemas de impuestos y transferencias han reducido sistemáticamente las brechas de ingresos en más del 30 %.
5. La desigualdad también está profundamente arraigada en el sistema financiero global. Los países que emiten monedas de reserva pueden endeudarse persistentemente a menor costo, prestar a tasas más altas y atraer ahorros globales. Por el contrario, los países en desarrollo se enfrentan a la situación opuesta: deudas costosas, activos de bajo rendimiento y una continua fuga de capitales.
6. La desigualdad determina quién está representado, qué voces tienen peso y cómo se forman, o no se forman, las coaliciones. A mediados del siglo XX, los votantes de menores ingresos y con menor nivel educativo apoyaban mayoritariamente a los partidos de izquierda, mientras que los grupos más ricos y con mayor nivel educativo se inclinaban hacia la derecha. Hoy eso no es así y los sectores más ricos, logran la adhesión, de justamente quienes padecen de sus políticas.

El trabajo concluye con la afirmación de que la desigualdad no es inevitable, es el resultado de las decisiones políticas. Es el resultado de nuestras políticas, instituciones y estructuras de gobierno. Los costos de la creciente desigualdad son evidentes: mayores divisiones, democracias frágiles y una crisis climática que afecta principalmente a quienes menos responsabilidad tienen. Pero las posibilidades de reforma existen. Donde la redistribución es sólida, la tributación justa y se prioriza la inversión social, la desigualdad se reduce. Y finaliza con la sentencia de que las decisiones que tomemos en los próximos años determinarán si la economía global continúa por un camino de extrema concentración o avanza hacia una prosperidad compartida.

En la Ficha por país, la realidad de Chile es descrita en los siguientes términos:

En Chile, la desigualdad sigue siendo alta, pero ha disminuido notablemente desde 2014. El 10% de la población con mayores ingresos acumula alrededor del 60% del ingreso total, mientras que el 50% con menores ingresos recibe 8,2%. La concentración de la riqueza es aún mayor: el 10% más rico posee el 69% de la riqueza total, y el 1% más rico, más de un tercio.

La brecha de ingresos entre el 10% con mayores ingresos y el 50% con menores ingresos se redujo de 89,8 a 72,3 entre 2014 y 2024, lo que refleja un progreso en la reducción de las disparidades. El ingreso promedio per cápita es de aproximadamente 19 000 euros (PPA), y la riqueza promedio supera los 75 000 euros (PPA). La participación laboral femenina aumentó del 35,6% al 37,3%, mostrando una mejora gradual. A pesar de estos avances, la desigualdad en Chile sigue siendo alta en comparación con otros países.

Dr. Jorge Lastra Torres

“INTEGRACIÓN Y COMUNICACIÓN EN EL CAMPO DE SALUD MENTAL. UNA EXPERIENCIA BRITÁNICA” (1965) DE LUIS WEINSTEIN. UNA RELECTURA

El texto *“Integración y comunicación en el campo de salud mental. Una experiencia británica”*, de Luis Weinstein (Weinstein 1965) -publicado en Cuadernos Médico-Sociales- presenta una reflexión situada sobre los problemas de articulación del campo de la salud mental, a partir de una experiencia de observación e investigación realizada en Aberdeen, Escocia, y pensada explícitamente como insumo para el desarrollo de programas de salud mental en Chile. Sus ideas siguen vigentes.

Esta relectura de ningún modo sustituye a la lectura del texto original, disponible en el link en las referencias.

Resumen analítico

El artículo parte de una definición amplia de *campo de salud mental*: no lo reduce a la psiquiatría ni al tratamiento clínico, sino que lo entiende como un conjunto de actividades vinculadas con problemas de salud mental desde una perspectiva comunitaria. En ese campo incluye prevención, tratamiento, rehabilitación, estudios socioculturales, antropológicos, epidemiológicos, educación, trabajo social, psicología, salud pública

y liderazgo comunitario. Esta definición es relevante porque desplaza el foco desde el “paciente psiquiátrico” hacia una red de prácticas, instituciones y actores que intervienen sobre el sufrimiento psíquico y la vida social.

La preocupación central del texto es la *fragmentación del campo de salud mental*. Weinstein observa que, tanto en Chile como en la experiencia británica estudiada, existen múltiples instituciones, profesiones y enfoques que trabajan sobre problemas similares, pero con escasa coordinación efectiva. El problema no es solamente la falta de recursos, sino la dispersión de saberes, jerarquías profesionales, diferencias de lenguaje, tensiones de estatus y ausencia de mecanismos estables de comunicación.

Desde esta perspectiva, el autor identifica tres obstáculos principales para el trabajo integrado. Primero, el estatus profesional, especialmente la tendencia de algunos actores a defender su posición institucional o disciplinaria. Segundo, la tensión entre análisis clínico especializado y sentido común comunitario, pues los equipos de salud mental pueden quedar encerrados en categorías diagnósticas o técnicas que no siempre dialogan con la experiencia cotidiana de educadores, asistentes sociales, familias o comunidades. Tercero, la *investigación*, que puede ser percibida como una amenaza por los equipos prácticos, ya sea porque introduce evaluación externa, porque cuestiona rutinas establecidas o porque altera relaciones de poder dentro de los servicios.

La experiencia de Aberdeen funciona como un caso de estudio. Weinstein describe una ciudad con una red relativamente amplia de servicios psiquiátricos, salud pública, educación, asistencia social, justicia juvenil, clínicas de conducta, servicios matrimoniales y proyectos de investigación. Sin embargo, la existencia de una red amplia no garantiza por sí misma integración. El autor muestra que incluso en un contexto con más recursos institucionales que Chile, persisten problemas de coordinación, diferencias conceptuales y dificultades para articular investigación, clínica, prevención y trabajo comunitario.

Uno de los aportes más interesantes del texto es que entiende la salud mental como un espacio de *disputa conceptual*. Los psiquiatras clínicos tienden a definir los problemas desde categorías psicopatológicas y diagnósticas; los investigadores sociológicos tienden a observar conductas, adaptación social, rendimiento escolar, relaciones familiares y condiciones culturales; los equipos de salud pública se sitúan en una zona intermedia, donde la salud mental aparece como mezcla de factores subjetivos, sociales y comunitarios. Esta pluralidad no es presentada como un defecto en sí mismo, sino como una condición que exige comunicación, traducción y coordinación.

El artículo también subraya que la integración no puede imponerse solo desde arriba mediante normas administrativas. Para Weinstein, la coordinación requiere una *institución aglutinante*, pero también requiere confianza, reconocimiento mutuo y disposición a compartir información entre sectores. La investigación realizada en Aberdeen mostró que muchos equipos estaban interesados en los resultados, pero también inquietos respecto de sus consecuencias prácticas: qué se haría con los datos, quién los usaría, para qué fines y cómo afectarían las responsabilidades de cada servicio.

Analíticamente, el texto puede leerse como una crítica temprana al aislamiento disciplinario de la psiquiatría y a la separación entre salud mental, salud pública y comunidad. Su tesis de fondo es que los problemas de salud mental no pueden abordarse adecuadamente desde instituciones cerradas, saberes fragmentados o programas paralelos. Requieren una red coordinada capaz de integrar clínica, prevención, educación, investigación social y participación comunitaria.

Ideas centrales

1. La salud mental es un campo interdisciplinario, no una propiedad exclusiva de la psiquiatría.
2. La falta de integración es un problema técnico, institucional y político, no solo administrativo.
3. La comunicación entre profesiones y servicios es condición básica para cualquier programa comunitario de salud mental.
4. La investigación puede ser una herramienta de integración, pero también puede generar resistencia si se percibe como control externo.
5. La experiencia británica sirve como espejo para Chile, mostrando que incluso sistemas más desarrollados enfrentan dificultades cuando no existe coordinación efectiva.

Valor del texto para pensar salud mental comunitaria

El valor del artículo está en su carácter anticipatorio. En 1965, Weinstein ya plantea problemas que siguen vigentes: *fragmentación de redes, dificultad de coordinación intersectorial, tensión entre clínica y comunidad, distancia entre investigación y práctica, y necesidad de construir lenguajes comunes entre profesionales*. Leído hoy, el texto permite reconocer

que la salud mental comunitaria no depende únicamente de cerrar hospitales psiquiátricos o crear dispositivos territoriales, sino de producir nuevas formas de articulación institucional, epistemológica y práctica.

Su límite principal es que mantiene un lenguaje propio de su época, con categorías como “conducta desviada” o “mala salud mental”, que hoy exigirían una lectura crítica. Sin embargo, su aporte sigue siendo significativo: muestra que la salud mental comunitaria no es solo un modelo asistencial, sino un problema de *integración social, comunicación interinstitucional y reorganización del trabajo profesional*.

Referencias

- Weinstein, L. . (1965). Integración y comunicación en el campo de salud mental. Una experiencia británica. *Cuadernos Médico Sociales*, 6(1), 8–13. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/2169>

Dr. Rafael Sepúlveda

¿ÉTICA O IDEOLOGÍA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL?

El eclipse de la razón comunicativa en una sociedad tecnologizada
Adela Cortina (2025, 2ª ed). Barcelona Santiago, Editorial Planeta.

El más reciente texto de esta prolífica filósofa española aborda un tema de actualidad general, particularmente en Chile donde la implementación de la inteligencia artificial (IA) se desarrolla con vigor.

Todo ser humano, provisto de un cuerpo que lo identifica como miembro del género *homo sapiens*, lleva inherente un sentido moral, y la pregunta que ello suscita es acaso la IA ha de tener su propia moral, ha de obrar según la moralidad integrada al diseño sus productores, o dependerá su desempeño moral del uso que se le dé. ¿o que se le permita? Depende, por de pronto, si la IA es diseñada como híbrida de lo humano, —transhumanismo cibernético—, un cyborg sofisticado que puede llegar a niveles de inteligencia que substituta al ser humano (la Singularidad de Kurzweil); alternativamente, el transhumanismo biológico basado en biología sintética, apuntando a la creación de una nueva especie.

Aparecen riesgos, temores, promesas auspiciosas para la humanidad, que Cortina reconoce llevan el probable riesgo de beneficiar a los poderosos y cargar a la gran masa de personas menos afortunadas a con los riesgos de identificación indeseada, intimidad violada, autonomía cercenada por decisiones algorítmicas. Todos estos problemas, y otros por venir, requieren un diálogo democrático de libre acceso universal, una ética de la comunicación según los lineamientos de Habermas, como en el texto queda aclarado. Los interlocutores válidos “como seres dotados de dignidad y no un simple precio, como quienes son carne de la misma carne y hueso del mismo hueso.” Es lo que Adela Cortina ha denominado la “razón cordial”.

Preocupada por la necesidad de una normativa regulatoria de la IA, Europa ha sobresalido en este aspecto, anticipando el “efecto Bruselas” consistente que el continente llegue a ser “superpotencia regulatoria” con alcance mundial, para integrar el triángulo de Estados Unidos como líder en innovación, China en productividad y la Unión Europea en normatividad como resultado “del difícil esfuerzo de conjugar la eficiencia en los sistemas de IA con la *protección* y la *promoción* de los derechos personales.”

El marco ético para una IA confiable descansa en los “cuatro principios clásicos”: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia, a los que agrega la “explicabilidad” y la “trazabilidad”, curiosamente dejando sin mención los cuatro principios de bioética y bioderecho presentados por una Comisión Europea *ad hoc* en el año 2000: autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad.

En el capítulo sobre ética robótica, Cortina detalla tres niveles: la ética profesional de los “robocistas” que se ciñe al principalismo de Georgetown, la ética incorporada al diseño de los robots complicada por



la incertidumbre sobre cuáles principios morales incluir, y el diseño de “*agentes morales artificiales perfectamente autónomos*”, una meta por ahora inalcanzable, quedando en el texto sin mayor análisis. Finalmente concluye que “el enfoque híbrido es irrenunciable, vale decir, hay que revisar los res enfoques clásicos: deontología, utilitarismo, sometidos a diálogo de pares, es decir, seres humanos que tienen derechos y deberes, animales que tienen valor, son sujetos de cuidados pero no de derechos. Acaso los seres supra o transhumanos sean personas, la autora prefiere soslayar el tema señalando la miseria de millones de humanos desatendidos, marginados, asunto que Castoriadis abordó veinte años antes, y que fue resumida por Hanna Arendt con la descripción de “los que no tienen derecho a tener derechos”.

En fidelidad al subtítulo del libro, los últimos capítulos reiteran fielmente la razón comunicacional según Habermas, la claridad del lenguaje no siendo solo cortesía del filósofo, también es derecho del auditor, al final sintetizando lo comentado para verlo incorporado a una educación para “personas que quieren utilizar cualesquiera instrumentos, también los sistemas inteligentes, para estrechar la intersubjetividad entre los seres humanos y cuidar de la naturaleza.” Para lograrlo es preciso educar en esta unión de corazón que hace tiempo vengo llamando «razón cordial».

El texto de Adela Cortina es un buen compendio de lo que se viene debatiendo en torno a la IA, con algunos esclarecimientos de ética filosófica que ayudan a abordar la vanguardia tecnocientífica ahora enfocada en digitalización, robótica, IA y transhumanidad. Aunque el pensamiento tenga opción y capacidad, tiene que sortear la tentación del “eclipse de la razón” (primera Escuela de Fráncfort), del desapego (K. Araujo), el desinterés (Sloterdijk), la tentación de un somnoliento vivir con babuchas puestas (Bruckner); sus desafíos son portentosos, pero “si cedemos, estamos perdidos” (Ibid.).

Lidia, este acercamiento bioético a la portentosa realidad de la IA madurando hacia metas insospechadas, impelido por enormes inversiones expectantes de profitar de esta aventura digital. La audacia de este texto es doble: se interna en las arenas movedizas de un desarrollo digital inconmensurable de efectos insospechados, de una ética que solo puede expresarse en forma prematura, líquida diría Zygmund Bauman; por otra parte, Adela Cortina confía su análisis al principialismo de Georgetown, de recepción inicial exitosa, hodierno opacada por críticas de fondo que la pensadora soslaya, concentrada en agregar sus dos principios adicionales, para la creación de la razón cordial.

En tiempos turbulentos, cuyo presente y futuro son apocalípticamente descritos por el Antropoceno, el riesgo mayor es naturalizar la realidad alterada, refugiarse en la indiferencia, la insensibilidad, el estoicismo que hoy se llama resiliencia, que no protesta ni se opone a lo que nos daña. En ese sentido, el libro reseñado nos llama a despertar, a desperezar la razón

Dr. Miguel Kottow

LA MEJOR SALUD DEL MUNDO UNA CRÓNICA DE LA CRISIS DE LA SALUD EN CHILE

Editorial Planeta, mayo 2026

En el texto recientemente publicado de los autores Juan Carlos Said, médico internista, Magister en Salud Pública y Marcela Ramos, Periodista, Magister en Políticas Públicas, se presenta un riguroso análisis histórico documental del desarrollo mercantil de la salud en Chile y de su expresión en la política pública, develando la trama de intereses económico políticos que hasta el día de hoy -en medio de la crisis del sector- intervienen en el debate que se resume en asumir o no la salud como un derecho y en discutir el rol del Estado y el mercado en el financiamiento y provisión de los servicios, sin dejar de subrayar los alcances que en la salud de la población juegan los factores estructurales y la determinación social de la salud y la enfermedad.

El libro comienza con un relato de los hechos y los actores del período 1973-1981, destacando la impronta que deja la dictadura militar y la hegemonía del pensamiento de la escuela de Chicago y en particular la Oficina de Planificación (Odeplan) a cargo de Miguel Kast, en la elaboración de la política de salud y la disyuntiva entre la salud pública y la libertad de elegir.

La segunda parte está dedicada a seguir rigurosamente el proceso de génesis e instalación de las Isapres (1981-1990), analizando en detalle el rol del poder político económico y de algunos tecnócratas del campo de la salud

en el desarrollo de uno de los más florecientes negocios en el campo de la salud. En la tercera parte (1991-2010) se muestra el clímax de desarrollo que alcanzan las Isapres, a la vez que se muestran sus contradicciones que llevarán a su desplome (2010-2023).

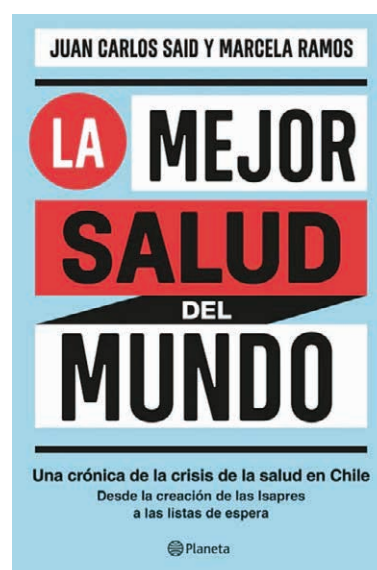
La parte V se refiere a la “Nueva Salud Pública” destacando lo que fue el debate sobre desigualdad de acceso a la salud en el período presidencial de Ricardo Lagos y los pormenores de la formulación y aprobación del Plan de Garantías Explícitas en Salud (AUGE).

La parte VI busca desmitificar la idea que el elegir vivir sano es una opción sustentable dadas las condiciones desfavorables en que vive gran parte de la población, así como que los avances de la medicina son los que impactan mayormente sobre la expectativa de vida, o que un Estado ineficiente es el problema o que es mejor la atención si es privada y se paga. O que se puede financiar a todos cualquier demanda.

Un capítulo se dedica a trasparentar el impacto que tiene el tabaco en la salud y la ardua lucha de la salud pública para conseguir intervenir con la prevención frente a los poderosos intereses económico políticos de las Tabacaleras (ilustrado con el caso chileno).

Finalmente la Parte VII se refiere al futuro de la salud en Chile para lo cual se hace el ejercicio de destacar y comparar la realidad actual de distintos otros sistemas de salud (Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Suiza, Australia, Uruguay), para concluir en un balance de la situación de salud del país y de su sistema de salud y expresando ideas acerca de los cambios a introducir para cerrar brechas de inequidad, ineficiencia en el uso de los recursos y apuntando a reforzar un paradigma de racionalidad sanitaria por sobre una lógica de mercado.

El libro constituye un valioso recurso teórico metodológico para el análisis en profundidad de los intereses que jugando en las sombras determinan el saldo rojo de la realidad sanitaria del país y su proyección a futuro.



Dr. Jaime Sepúlveda Salinas

ERIC D. CARTER¹: “REPENSANDO LA HISTORIA DE LA MEDICINA SOCIAL LATINOAMERICANA “

La medicina social ayudó a producir amplias mejoras en la salud pública en toda América Latina en el siglo XX. Mi libro, *In Pursuit of Health Equity: a History of Latin American Social Medicine* (University of North Carolina Press, 2023), intenta ofrecer el primer análisis integral de la historia intelectual y política de la medicina social en América Latina, para entender cómo promover la equidad en salud bajo condiciones políticas y económicas desafiantes. Actualmente, estoy terminando la versión en español de libro, que espera publicarse en 2027.

El esquema del libro parte de un reconocimiento de las distintas características de dos grandes oleadas de la medicina social latinoamericana. La primera oleada, que surge aproximadamente entre 1930-1950, se puede calificar como un higienismo extenso e intenso, que buscaba conducir la sociedad entera bajo preceptos científicos. Con su pluralismo político y eclecticismo intelectual, este primer auge de la medicina social reunía a figuras tan diferentes como Salvador Allende y Eduardo Cruz-Coke, en Chile, Ramón Carrillo, en Argentina y Carlos Paz Soldán en el Perú.

Luego, a mediados del siglo XX la medicina social prácticamente desapareció en toda la región, debido al

¹ Eric D. Carter es Profesor de Geografía con cátedra en Salud Global en Macalester College, Saint Paul, Minnesota, EEUU. Tiene una licenciatura en historia de la Universidad de California, Berkeley (1994), y una maestría (1999) y un doctorado (2005) en geografía de la Universidad de Wisconsin, Madison. Sus investigaciones son interdisciplinarias, y se ubican en un nexo entre la geografía médica, la historia ambiental y la historia política y social de la salud.

Autor de dos libros: *Enemy in the Blood: Malaria, Environment, and Development in Argentina* (University of Alabama Press, 2012), una historia socio-ambiental de la erradicación del paludismo en Argentina, e *In Pursuit of Health Equity: a History of Latin American Social Medicine* (University of North Carolina Press, 2023), una historia intelectual y política de la medicina social en América Latina. Actualmente se desempeña como editor asociado de la revista *Latin American Research Review*, y como miembro de los comités editoriales de *Población y Sociedad* y *Annals of the American Association of Geographers*.

predominio de las instituciones internacionales tecnocráticas como la OMS o la OPS y al sentimiento anticomunista generalizado a principios de la Guerra Fría. El resurgimiento de la medicina social, que comienza a fines de los 1960, se debe a la desilusión ante la modernización tecnocrática, a la oposición al autoritarismo y a la aparición de nuevas teorías sociales. Aquí se destacan personajes dentro de las instituciones internacionales de la salud—como Juan Cesar García, Mario Testa o Miguel Márquez—quienes empezaron a reunir a otros expertos con ganas de romper con las normas burocráticas y buscar cambios más profundos en los sistemas de salud y los modelos político-económicos en que se ubicaban.

En el libro, Chile figura como un escenario principal de esta historia con alcance continental. Entre las décadas de 1930 y 1950, una agrupación de médicos de izquierda (autodenominados “La Vanguardia Médica” por un tiempo), junto con actores políticamente más conservadores que simpatizaban con la medicina social, impulsaron una transformación del sistema de salud, dentro del marco del creciente Estado de Bienestar. Este sistema fue heredado por una generación de profesionales con una formación más técnica y conocimientos especializados—integrados en instituciones como la Escuela de Salud Pública, el Servicio Nacional de la Salud y el Colegio Médico de Chile, con su revista *Cuadernos Médicos Sociales*—por ejemplo, Benjamín Viel y Abraham Horwitz, arquetípicos tecnócratas de la salud. Santiago también fue la sede de varias instituciones que aplicaban las ciencias sociales a los problemas de la salud y del desarrollo durante la misma época, como CEPAL, CELADE y FLACSO.

En los 1970 hubo trastornos políticos dentro de la profesión médica en Chile. El Colegio Médico empezó a socavar el precepto de solidaridad del SNS, se volvió más conservador y su personal directivo se opuso al gobierno de la Unidad Popular. Luego del golpe militar de septiembre de 1973, muchos de los médicos y salubristas chilenos en exilio participaron en la defensa de la salud pública y algunos se vincularon estrechamente a la corriente de la nueva medicina social, entre ellos, Danuta Rajs, Gustavo Molina Guzman, Clara Fassler, Jaime Sepúlveda, Juan Carlos Concha, Carolina Tetelboin.

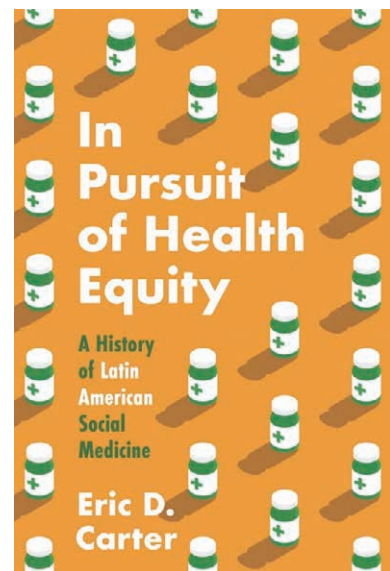
La fuerte solidaridad internacional y la experiencia compartida de la represión política a lo largo de la década de 1970 contribuyeron a moldear la perspectiva de ALAMES, fundada en 1984, la organización que más ha contribuido a fomentar la medicina social en la región, desafiando primero el autoritarismo y luego las corrientes neoliberales en el sector de salud.

El libro demuestra que la medicina social latinoamericana no fue una derivación de la escuela europea de medicina social, como se ha sostenido en muchas historias. No existe una ascendencia directa de Rudolph Virchow, el llamado fundador de la medicina social en Alemania (un tema que he tratado con más profundidad en una colaboración con el historiador Marcelo Sánchez Delgado). En realidad, los activistas de la medicina social latinoamericana se han dedicado a un análisis profundo de los problemas nacionales y se han conectado a través de redes de expertos a escala regional en Latinoamérica. De forma similar a la trayectoria de muchos otros movimientos intelectuales y creativos regionales—desde la teoría de la dependencia en economía hasta el modernismo tropical en arquitectura—la consolidación de la medicina social latinoamericana dependió del reconocimiento y el cuestionamiento de la dependencia de Europa y Norteamérica a medida que avanzaba el siglo XX.

A pesar del escaso número de sus adherentes, la medicina social latinoamericana ha tenido una influencia desmesurada y duradera en las políticas sanitarias y sociales de muchas partes de América Latina, gracias al profundo compromiso de sus defensores, la calidad de su análisis de los problemas del sector sanitario y su capacidad para influir en el proceso político en momentos críticos.

Hacen falta el pensamiento crítico en salud y un compromiso con la acción política para enfrentar las contracorrientes que ahora amenazan la salud pública en distintos países y a nivel internacional. La investigación histórica es imprescindible para entender cómo se ha logrado avanzar nuestros derechos, inclusive el derecho a la salud, y por qué vale la pena seguir luchando.

Dr. Eric D. Carter



Fe de erratas

En el Volumen 65 Número 4 del año 2025 de la revista Cuadernos Médico Sociales, se publicó el artículo:

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

Camilo E. Sepúlveda Queipul, Dabianira M. Camacho Monclona

Programa de Doctorado en Salud Pública, Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Independencia 939, Independencia, Santiago, Chile.

Dice

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

Debe decir

La distribución por sexo mostró una clara predominancia de mujeres en todas las regiones. En ellas, las tasas superaron los 65 casos por 100.000 habitantes en Antofagasta (66,54), Aysén (79,54) y Tarapacá (80,40), en contraste con las cifras masculinas, cuya mayor tasa fue de 20,80 casos por 100.000 habitantes en Tarapacá, seguida por Maule (13,32) y Los Lagos (11,86). En la región de Magallanes no se registraron casos en hombres (Tabla 1).

Este cambio no altera las conclusiones principales del estudio, sino que asegura coherencia entre el texto y los resultados presentados en tablas.

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 intercultural, Organización del sistema de salud, Territorio y otros.
- **Sobrevivencia 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. Enfatique o resuma solamente las observaciones importantes.

- **Discusión.** Enfatique 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.** Enfatique 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 portafa 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 proces de publicación se hace por medio de éste.

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

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

Cuadernos Médico Sociales

Colegio Médico de Chile

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

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

2026; Vol 66, N°2

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

Esmeralda 678, Santiago de Chile.