

Cuadernos Médico Sociales

Colegio Médico de Chile



Editorial

Gasto en Salud. Entre la restricción y la efectividad

Financiamiento de la salud en Chile. Análisis histórico y de largo plazo del sistema segmentado, 1981-2024

El enfoque de Una Salud

(One Health) y su aplicación al uso sustentable de las plantas medicinales en Chile

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	Médico Cirujano, Magíster en Bioética Clínica, MSc en Cuidados Paliativos.
Sebastián Godoy Rivas	Profesional Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria, SEREMI de Salud Valparaíso.
Mirtha Parada Valderrama	Doctora en Ciencias Farmacéuticas. Química Farmacéutica.
Horacio Riquelme Urrea	Profesor asociado de Psiquiatría Social. Universidad de Hamburgo.
Maité Rodríguez-Díaz	Doctora en Química Universidad de Chile. Jefa de Carrera Química y Farmacia, Universidad Tecnológica Metropolitana.
Jaime Sepúlveda Salinas	Médico Pediatra. Consejo Regional Santiago. Colegio Médico de Chile.
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°1.

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°1

Acceso al texto completo en el sitio:

<http://cms.colegiomedico.cl>

ÍNDICE

ESPACIO EDITORIAL

- Editorial. Gasto en Salud. Entre la restricción y la efectividad 3
Jorge Lastra Torres

ORIGINALES

- Financiamiento de la salud en Chile: análisis histórico y de largo plazo del sistema segmentado, 1981–2024 5
Mauricio Matus-López, Camilo Cid Pedraza
- Fallas de mercado en la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de Fonasa 17
Ismael Aguilera Correa, Rafael Urriola Urbina
- Tendencias del gasto público en salud destinado a prestadores privados en Chile (2019-2025) 23
Camilo Bass del Campo
- Servicios comunitarios de salud mental basados en derechos 33
Rafael Sepúlveda

EN DEBATE

- Bioética institucional: una explicación necesaria para el equipo sanitario 41
Dora Silva Martínez
- Diversidad erótica y salud en Chile: invisibilidad, estigma y aprendizajes desde las comunidades BDSM/kink 45
Manuel Catalán Águila

OPINIÓN

- La economía del riesgo: la crisis climática en la América de Trump 53
Giovanni Gbirga
- De CIE-10 a CIE-11: desafío territorial y oportunidad digital para el sistema de salud chileno 57
Sebastián Galleguillos León, Verónica Pérez Parra

CUADERNOS BOTÁNICO SOCIALES

Editorial. Todos los fuegos el fuego <i>Mirtha Parada Valderrama</i>	61
El enfoque de Una Salud (One Health) y su aplicación al uso sustentable de las plantas medicinales en Chile <i>María Pilar Sánchez, Gonzalo Fuentes-Barros, Sebastián Castro-Saavedra, Nicolás Montalva, Ana Caroline Avanco, Camila Zoppi, Antonia Díaz-Valdés, Julio Torre, Claudia Guerrero-Rodríguez, Javier Echeverría</i>	63
Homenaje a Francis Hallé. Célebre botánico francés <i>Yuri Carvajal Bañados</i>	71
Creando una comunidad Botánico Social, una alianza necesaria y que da frutos con semillas. Reporte de participación en XIII Encuentro CTS – Chile <i>Mirtha Parada Valderrama</i>	73
Entre moléculas y plantas: trayectorias de formación médica y docencia en fitofarmacología clínica <i>Joaquín Salinas Valero</i>	75
Quintral (<i>Tristerix corymbosus</i>): floreciendo entre parasitismo, medicina tradicional y evidencia científica <i>Maite Rodríguez-Díaz</i>	77
Lectura de verano, sin perder la ternura botánica <i>Maite Rodríguez-Díaz</i>	79

LA SOBREVIVENCIA DE CHILE

Andrei Tchernitchin Varlamov (1942–2026): ciencia, medio ambiente y verdad forense para los DDHH en Chile	81
---	----

ENTREVISTAS

Filosofía Natural: pensar filosóficamente la vida. Entrevista a Camilo Rojas	85
--	----

HOMENAJES

Homenaje a la Dra. Gilda Gnecco <i>Colegio Médico de Chile</i>	91
Semblanza (In Memoriam). Dr. Giorgio Solimano Cantuarias (1936-2026) <i>Oscar Arteaga Herrera</i>	93
Homenaje al Dr. Andrei Tchernitchin <i>Gloria Ramírez Donoso</i>	95

NOTICIAS

Bitácora del II. Simposio “Identidad y Pertenencia Sociocultural” <i>Chiloé, noviembre 2025</i>	97
--	----

REVISTA DE LIBROS Y REVISTAS	103
------------------------------	-----

Editorial

Gasto en Salud. Entre la restricción y la efectividad

Jorge Lastra Torres¹

El presupuesto de salud indicado por la ley respectiva para el presente año es de alrededor de 17 billones de pesos, de los cuales poco más de once billones, corresponde a gasto hospitalario de los Servicios de Salud, es decir, cerca del 65 %. De este monto el gobierno ha indicado reducir un 3 %, parejo para todos los ministerios. Podemos suponer entonces que esto significará, en un cálculo simple, una disminución cercana a los 336 mil millones de pesos. Para dimensionar de manera concreta de que estamos hablando, conviene señalar que se trata del financiamiento de entre 170.000 o 220.000 cirugías adicionales por año, o la mantención de 100 COSAM con financiamiento por 3 años, renovar la flota completa de las ambulancias SAMU o bien, realizar 22 millones de atenciones equivalentes en APS. Si a esto se agrega el desafío ya declarado por la Emergencia Sanitaria Oncológica, la carga sobre el sector, sin duda es alta, puesto que poner al día 27.000 atenciones atrasadas en este ámbito, incorpora distintos desafíos diagnósticos y terapéuticos. Más posibilidades de requerir procedimientos diagnósticos, cirugías más compleja, quimio y radioterapia, hospitalizaciones por complicaciones, horas profesionales y técnicos y fármacos más costosos. Los que habrán de ser resueltos ya sea en el sistema público o privado, donde por lo general los costos son más elevados y la selección adversa son frecuentes. Todo esto sin considerar los gastos administrativos, que significan seguimiento, alertas, contactos, etc. De manera que tal como están las cosas, en un escenario para el sector hasta hoy altamente demandado, la obligación de moverse entre la restricción y la eficiencia son inevitables. Restricción mayor que en otros años tanto por el recorte fiscal como

por las tareas adicionales que se suman legítimamente desde las demandas ciudadanas. Por ello, el esfuerzo de eficiencia es una tarea del sector indispensable. En este sentido es importante considerar que de acuerdo al Informe OCDE, “Health at a Glance 2025: Chile - OECD” tenemos un gasto promedio en salud menor que la OCDE y mejor expectativa de vida, tenemos un buen acceso a la salud, con un 97% de la población de cobertura para un conjunto básico de servicios. En términos de recursos sanitarios, igualmente hay una situación de menor disponibilidad que la OCDE. Sin embargo, en indicadores de resultados sanitarios, el problema es mayor, porque tenemos una frecuencia de muertes evitables, un gasto de bolsillo y factores de riesgo mayores que los promedios que muestran los países OCDE. Por ello, se afirma que Chile presenta desafíos de eficiencia en resultados sanitarios en relación a sus coberturas de atención y mejoras en tiempos de esperas deficientes, entre otros aspectos. ¿Qué hacer entonces? En esta mezcla de condiciones. Por supuesto, revisar el presupuesto con otra mirada, por ejemplo, siguiendo lo que dijo el Presidente cuando señaló que: “No vamos achicar el estado en deporte, cultura, ciencia ni educación.” Sumar al sector salud en esta misma perspectiva, ya que constituye una de las prioridades de la población, junto a la seguridad y la economía. Explicar que en salud tampoco puede ser reducido el presupuesto, será tarea de todos los actores del sector, que de seguro tiene argumentos de sobra para fundamentar esta necesidad. Pero la salud pública también debe hacer otra tarea, para sostener esta postura. Por ejemplo, en materia de cáncer infantil, desde la década del 90 el sistema público, no solo ha cubierto a porcentajes mayores de la población

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

pediátrica que la correspondiente a los promedios nacionales de afiliación a FONASA, con resultados muy espectaculares, con modelos altamente normados y elevados índices de costo efectividad o en programas como el de las Infecciones Respiratorias infantiles o de las salas

de rehidratación oral de décadas pasadas, son ejemplos de alianzas de ciencia aplicada a la clínica, al lado de los pacientes, que pueden ser base de innovaciones a considerar en un escenario donde hacer mejor las cosas y disponer de nuevos recursos, es una tarea impostergable.

Financiamiento de la salud en Chile: análisis histórico y de largo plazo del sistema segmentado, 1981–2024

Long-Term health financing in Chile: a historical
analysis of the segmented system, 1981–2024

Mauricio Matus-López¹
Camilo Cid Pedraza²

RESUMEN

El objetivo de este artículo es presentar los resultados de la reconstrucción de la serie histórica del gasto en salud en Chile desde la creación del modelo segmentado en 1981 hasta 2024, y analizar brevemente su evolución en contexto histórico. Para ello, se recopilaron y digitalizaron datos de fuentes primarias: Boletines Estadísticos y Cuentas Públicas de FONASA (1989–2016; 2020–2024), Series Estadísticas del Sistema Isapre (SUPER, 1990–2024) y Estadísticas de Finanzas Públicas (DIPRES, 2004–2025). Los resultados muestran un crecimiento acelerado del gasto privado hasta los años 1990, seguido por un incremento sostenido del gasto público asociado a mayores aportes fiscales y cotizaciones obligatorias. Sin embargo, el análisis de largo plazo evidencia períodos de ralentización del gasto público coincidentes con la expansión de infraestructura privada, revelando la persistencia de un financiamiento segmentado y desigual. La trayectoria del gasto en salud chileno presenta variaciones significativas en proporciones y ritmos, condicionadas por contextos políticos y económicos. Junto a este análisis, ponemos a disposición de investigadores, la series completa utilizadas, en acceso abierto.

Palabras clave: gasto en salud, financiamiento en salud, gasto público, sistema segmentado, cobertura universal, seguros privados, evolución histórica.

ABSTRACT

The objective of this article is to present the results of reconstructing the historical series of health expenditure in Chile from the creation of the segmented model in 1981 to 2024 and to briefly analyze its evolution in a historical context. To achieve this, data were collected and digitized from primary sources: Statistical Bulletins and Public Accounts of FONASA (1989–2016; 2020–2024), Statistical Series of the Isapre System (SUPER, 1990–2024), and Public Finance Statistics (DIPRES, 2004–2025). The results show accelerated growth in private spending until the 1990s, followed by a sustained increase in public health expenditure associated with higher fiscal contributions and mandatory contributions. However, the long-term analysis reveals periods of slowdown in public spending coinciding with the expansion of private infrastructure, highlighting the persistence of segmented and unequal financing. The trajectory of health expenditure in Chile presents significant variations in proportions and rhythms, conditioned by political

Recibido el 26 de diciembre de 2025. Aceptado el 03 de marzo de 2026.

1 Profesor Titular de Universidad. Dpto. de Economía, Mét. Cuantitativos e Hª Económica). Universidad Pablo de Olavide. España. Correspondencia a: mmatlop@upo.es

2 PhD en economía por la Universität Duisburg-Essen de Alemania, actualmente es director del Fondo Nacional de Salud. Chile

and economic contexts. Alongside this analysis, we provide researchers with open access to the complete series used in this study.

Keyword: health expenditure, health financing, public spending, segmented system, universal coverage, private health insurance, historical evolution.

INTRODUCCIÓN

¿Cómo ha evolucionado en el tiempo el gasto público en salud? La respuesta de determinar este gasto no es sencilla, y se complica aún más al analizar la evolución histórica. Esto ocurre porque los sistemas de salud evolucionan en respuesta a los cambios continuos en los patrones demográficos y epidemiológicos, los avances tecnológicos y los mecanismos de atención y de financiamiento y, por supuesto, debido a que el sector salud ha sido foco de reformas que a su vez responden a periodos políticos e históricos definidos.

La ausencia de un modelo único de financiamiento hace que las definiciones varíen entre países y periodos. Incluso en sistemas con información robusta, estimar el gasto público antes de la creación de los servicios nacionales de salud no es trivial.

En América Latina, la situación es aún más compleja, incluso en la actualidad. Cuando se intenta clasificar a los sistemas latinoamericanos con la lógica internacional de servicios de salud o seguros de salud, las categorías no encajan con las realidades de esta región (Carvalho, Schmid, y Fischer, 2022). Como respuesta, se han propuesto otras clasificaciones y criterios mixtos (Mesa-Lago, 2005; Matus-López, 2023), que muestran las particularidades de una región que lucha contra los escasez de recursos para construir sistemas de salud de cobertura universal (Matus-López y Fernández, 2023; Fernández y Matus-López, 2024). La existencia de los sistemas de cuentas de salud, que presentan desarrollos diversos y ha sido un gran esfuerzo de los países desde hace al menos una década, no logra mitigar del todo estos inconvenientes.

Chile constituye un caso relevante por dos razones. Primero, el actual sistema de salud fue desarrollado e implementado en dictadura, con la discrecionalidad que ello implica (Tetelboin y Salinas, 1984, Tetelboin, 2003). Segundo, fue un

adelanto temprano y más radical, a las políticas de mercado que se aplicarían en el resto del mundo desde fines de los años ochenta hasta la actualidad (Cid y Matus-López, 2022; Molina, 2010; Urriola et al., 2009; Ilabaca, 2004).

El modelo, bautizado como Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), reemplazó al anterior Servicio Nacional de Salud (1952-1981) y ha sido blanco de críticas desde su creación. La principal, aún vigente, es la desigualdad de acceso y atención entre quienes tiene más recursos económicos y quienes tiene menos (Aedo, 2001; Guerrero-Nancuante et al., 2023). Pese a las críticas, el modelo se ha mantenido en lo esencial durante la democracia. En el programa de gobierno del retorno a la democracia en 1990, se planteó aumentar el gasto fiscal en el seguro público, pero no una reforma estructural³. Aunque existen abundantes críticas a los primeros gobiernos democráticos (Montoya 2013; González 2008), lo cierto es que, desde un inicio, no existió una propuesta real de una reforma significativa. No solo en salud, la crítica también se puede hacer al sistema de pensiones.

Se tendría que esperar hasta 2005 para una reforma de mayor calado en salud. En el programa de gobierno de Ricardo Lagos, en 1999, existía el compromiso de crear un conjunto de servicios asociados a patologías, con las mismas garantías de acceso, oportunidad y calidad para afiliados al seguro público y de los seguros privados, así como la creación de Fondo Solidario con aportes de todas las personas y del Estado, para financiar esta canasta⁴. La primera parte fue aprobada, la segunda no (Matus-López, 2025). En su lugar, se creó un fondo de compensación entre seguros privados, que redistribuyó fondos entre ellos según su cartera de riesgo, pero muy reducido y sin transferencias al fondo público.

Las evaluaciones de la reforma, conocida como AUGE o GES, fueron positivas (Urriola, et al. 2016, Zúñiga, 2007, Frenz et al., 2014). Sin embargo, las expectativas ciudadanas no parecen haberse resuelto. Ejemplo de ello es que, en el estallido social de 2019, las demandas por cambios en el sistema de salud fueron una de las reivindicaciones más importantes (Artaza y Méndez, 2020; Dragnic y Saavedra 2025). Pasados 45 años desde la creación del SNSS, salud seguía siendo el segundo problema más importante para la población,

3 Programa de Gobierno de Patricio Aylwin (1989). Biblioteca Nacional de Chile. Recuperado de <https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-61814.html>

4 Programa de Gobierno de Ricardo Lagos: Para crecer con igualdad (1999). Archivo Chile. https://archivochile.com/Gobiernos/gob_rlagos/de/GOBdelagos0002.pdf

solo por detrás de inseguridad y delincuencia⁵.

En esta trayectoria histórica, el modelo chileno de salud ha impulsado reformas orientadas a ampliar la cobertura financiera y el acceso, aunque persisten debates sobre sus efectos reales. Como hemos visto, existe abundante literatura sobre estos avances, aunque existe una carencia en la visión completa del modelo, desde su creación hace casi 45 años. Los motivos son varios, principalmente la falta de series continuas, pero también las diferentes clasificaciones de gasto, por señalar sólo los aspectos técnicos.

En esa línea, el objetivo de este trabajo es reconstruir la serie de gasto en salud del modelo chileno desde su creación en 1981 hasta 2024, y analizar brevemente su evolución en el contexto histórico. Nuestra hipótesis es que el sector privado creció aceleradamente hasta los años 1990s y a partir entonces, se incrementó el gasto público en salud, asociado a un contexto de voluntad política en los presupuestos del gasto fiscal, así como por el aumento de la recaudación de las cotizaciones obligatorias en el marco de alto crecimiento económico y de masa salarial⁶. Asimismo, que, en el nuevo siglo, junto a la desaceleración económica, se mantiene esta tendencia, aunque con menor velocidad.

El aporte de este estudio es ofrecer series históricas de gasto en salud comparables que permitan pasar de análisis coyunturales a estudios de largo plazo, evaluando reformas y cambios políticos en la trayectoria hacia la cobertura universal. Para ello, ponemos todas las series reconstruidas en acceso abierto.

El modelo chileno (1981-2024)

El eje financiero del modelo chileno de salud descansa en el seguro público del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y los seguros privados ISAPRES, ya que ambos esquemas reúnen a más del 95% de la población. Además, existen los esquemas especiales de la Fuerzas Armadas y de Orden, como la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) y la Dirección de Previsión de Carabineros (DIPRECA).

El eje normativo y regulador es el Ministerio de Salud, con una Secretaría de Salud Pública y otra de Redes Asistenciales. Dependen de este, en calidad de servicios autónomos con patrimonio propio, además de FONASA, el Instituto de Salud Pública (IPS), la Central de Abastecimiento

(CENABAST) y la Superintendencia de Salud (SUPER; denominada de ISAPRES hasta 2005).

La provisión pública se coordina territorialmente a través de 29 Servicios de Salud que operan los hospitales y el nivel secundario y que, aunque en última instancia dependen del Ministerio, son autónomos y reciben financiación a través de FONASA. En cuanto a la atención primaria, en su mayor parte, se encuentra descentralizada en los municipios desde 1980 y, aunque reciben la financiación desde el FONASA, puede complementar sus presupuestos con aportes propios (Lagos 2025; Riquelme et al. 2017). Por otra parte, el seguro de accidentes de trabajo se canaliza aparte, a través de las mutualidades y el Instituto de Salud Previsional (ISP) y en lo que respecta al gasto público, su presupuesto no opera a través del sector salud.

Algunos ejemplos de cómo se estructuran estas instituciones y los seguros se pueden ver en Gattini (2018) y anteriormente, en Becerril-Montekio & Reyes (2011). Aunque hay cambios en el tiempo, el origen principal de recursos y canales de asignación es más o menos el mismo.

El flujo de recursos proviene de cinco fuentes principales. Primero, de los aportes que realiza el fisco, que a su vez se alimentan principalmente de impuestos directos e indirectos. En segundo lugar, de las cotizaciones obligatorias que los trabajadores deben pagar, situada en el 7% de sus salarios (no hay aporte del empleador). La cotización puede ser gestionada por el FONASA o por una ISAPRE, según elección del trabajador y viabilidad del seguro privado. En tercer lugar, el resto de los gastos familiares. Estos financian compra de medicamentos, compra directa de servicios médicos y de laboratorio (que están no están cubiertos por los planes de salud), copagos para atención en centros privados, dentro de sus planes de salud en ISAPRE y en la libre elección de FONASA (que les permite a los afiliados al seguro público, atenderse en la red privada, a través de copagos) y seguros voluntarios, principalmente. La mayor parte de este gasto se conoce como gasto de bolsillo, excluyendo las primas prepagadas por el aseguramiento complementario, que se estima en encuestas de presupuestos familiares. En cuarto lugar, y aunque son marginales, están los aportes patronales voluntarios, normalmente en negociación con los trabajadores, que van a financiar

5 Encuesta Centro de Estudios Públicos. Mayo-junio 2025. Disponible en: <https://www.cepchile.cl/encuesta/encuesta-cep-n-94-mayo-junio-2025-issp-orientaciones-laborales/>

6 La cotización de salud (7%) se incorpora al presupuesto del FONASA como ingresos de operación a contar del año 2003, antes de eso se imputaba como transferencia del INP (actual IPS) que funcionaba como recaudador de las cotizaciones obligatorias.

complementariamente los planes de salud de las ISAPRES. Finalmente, y fuera del presupuesto de salud, están los aportes obligatorios para el financiamiento del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Por último, cabe mencionar los ingresos propios que generan las propias instituciones, por servicios específicos, rentabilidad de sus inversiones o ventas de activos propios, principalmente.

Gasto en salud según fuentes. Una comparación

La revisión de la literatura científica y de los informes oficiales difieren en las dimensiones del gasto en salud y del gasto público en salud. El motivo es doble. Por una parte, porque existe más o menos información según cada componente y nivel de agregación del gasto. Por otra parte, porque las definiciones de partida de series y estudios suelen ser diferentes.

Por ejemplo, comparamos datos a precios corrientes de cinco publicaciones para un mismo año; 2023 (Tabla 1). En primer lugar, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), el gasto total en salud en Chile fue de 28.678 mil millones de pesos (MM\$). De estos, por fuente de financiación, MM\$ 11.654 provinieron de transferencias del gobierno, MM\$ 3.144 de contribuciones al seguro social, MM\$ 2.202 de prepagos obligatorios, MM\$ 1.694 de prepagos voluntarios y MM\$ 9.981 de gasto de bolsillo.

En segundo lugar, según el presupuesto devengado del Ministerio de Salud (MINSAL), el gasto público en salud fue de MM\$ 12.779 ese año (DIPRES 2024). La cifra resulta de la suma de MM\$ 8.927 como aporte fiscal del Estado a FONASA más MM\$ 1.823 de cotizaciones pagadas a FONASA. La diferencia de MM\$ 2.029 se debe a partidas de programas específicos.

En tercer lugar, el Fondo Nacional de Salud (FONASA 2024), en su última cuenta pública,

cifró en MM\$ 13.445 sus ingresos, de los que MM\$2.671 provenían de contribuciones obligatorias, MM\$ 10.473 de aporte fiscal y el resto de otros ingresos.

En cuarto lugar, la Superintendencia de Salud (2024) entrega los gastos de las ISAPRES, que en ese año fueron casi el 100% de sus MM\$ 4.068 de ingresos. De estos, MM\$ 2.793 provenían de cotizaciones obligatorias, MM\$ 1.189 voluntarias y MM\$ 84 por aportes adicionales y compensación entre seguros privados.

En quinto lugar, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, en sus estadísticas fiscales, atribuye un gasto de MM\$ 14.926 en salud en 2023 (DIPRES, 2024). Incluye el gasto devengado por el Ministerio de Salud ejecutado por las entidades dependientes y FONASA, más los de los servicios de salud de las Fuerzas Armadas (sin desagregar).

Como se puede ver en la Tabla 1, hay diferencias. La primera son las categorías. La OMS presenta la información por esquema de financiación y por fuente de financiación. Usamos la segunda porque la primera no desagrega el aporte fiscal. En esta segunda clasificación, los componentes se agrupan principalmente en transferencias del gobierno, aportes al seguro social y prepagos (obligatorios y voluntarios). Las otras tres son presupuestarias, con sus propias categorías. Las Estadísticas de las Finanzas Públicas de DIPRES para salud, se presentan según funciones (hospitalización, servicios de salud pública, pacientes externos a prestadores privados y otros), la de MINSAL y FONASA por programas, y la de DIPRES, por tipo de ingresos (cotizaciones obligatorias, voluntarias y otros). La comparación, por tanto, no es lineal. La segunda diferencia es de tratamiento de moneda. Las cifras presupuestarias se ven afectadas por las actualizaciones monetarias que se realizan en el Ministerio de Hacienda, que utiliza guarismos diferentes a la inflación.

Tabla 1: Resumen de fuentes y datos de gasto para el año 2023. Sin gasto de bolsillo

	OMS	MINSAL	FONASA	ISAPRE	DIPRES
Total	18.223	12.779	13.445	4.068	14.926
Componentes	Transferencias del gobierno, Contribuciones al seguro social, prepagos voluntarios y obligatorios y otros como gasto de bolsillo.	Aporte fiscal; Cotizaciones a FONASA; Otros programas	Aporte fiscal; Cotizaciones a FONASA; Otros ingresos	Cotizaciones obligatorias y voluntarias	Aporte fiscal; Cotizaciones obligatorias a FONASA y Fuerzas Armadas y Carabineros

Fuente: *Elaboración propia.*

La suma de las cifras de DIPRES e ISAPRE son complementarias y resultan en una cifra similar a la de la OMS. Captan la mayor parte de las fuentes de financiación del sistema de salud chileno. Queda sin considerar el gasto de los seguros de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que se contabilizan en protección social, con cerca de MM\$ 1.226 (SUSESO, 2024), y una parte menor del gasto en atención primaria, que es financiado con impuestos municipales e ingresos propios de estas, cercano a MM\$ 243, ambos, para 2023 (SUBDERE, 2025).

Los problemas comienzan cuando se requiere reconstruir la serie para la década de los 80 y 90, por la disponibilidad de datos y cambios de metodologías de clasificación de las cuentas de ingresos y gastos o, cuando se quiere desagregar por origen de los fondos. Por ejemplo, FONASA publicaba un boletín estadístico detallado de los ingresos y gastos desde 1990, pero cambió su metodología en 2006⁷. La Superintendencia, por su parte, presenta los estados financieros de las ISAPRES en sus Series Estadísticas desde 1990, con un cambio de metodología en 2012⁸. Por su parte, las Estadísticas de las Finanzas Públicas de la DIPRES no desagregan según origen de los fondos. Todos estos inconvenientes han hecho que las series más extensas de gasto, en distintos estudios, varíen.

La base de datos de OMS (2025) desagrega 2000-2024 por fuentes, y el trabajo de Lenz y Páez (2021) presenta la serie 2000-2018 según FONASA e ISAPRES. Ambos prácticamente coinciden, una vez ajustados a valores corrientes. Otros trabajos que logran ampliar la serie hasta 1990, lo hacen para el componente público. Este es el caso de los datos de CEPAL sobre gasto del gobierno central para 1990-2023, y los de gasto del Ministerio de Salud de Benavides, Castro, y Jones (2013) para 1990-2012 y Lagos (2025) para 1990-2024. Estos dos últimos trabajos muestran valores similares, muy cercanos a la serie que recaba el Boletín de FONASA del año 2005, y se sitúan un 21% por encima de la serie de gobierno central de CEPAL (2024).

Encontrar series continuas para la primera

etapa del modelo del SNSS que va desde 1981 a 1990, se hace más difícil y, que presente la desagregación por componentes, más aún. Por ello, es conveniente definir qué consideramos gasto sanitario y gasto público, y qué partidas son posibles de reconstruir y cuáles no, así como delimitar explícitamente cuáles son las limitaciones de las exclusiones.

METODOLOGÍA

Tratándose de la construcción de una serie de largo plazo es imprescindible determinar un mínimo común de conceptos a utilizar y por eso necesitamos unas fuentes determinadas y definiciones para el caso, en el contexto de las cuentas de salud, en su clasificación de fuentes de ingreso y de esquemas, pero que al agregarlas no necesariamente coinciden con las denominaciones de los manuales.

Es decir, nuestras clasificaciones son ad-hoc, y están condicionadas por la disponibilidad de desagregación según cada fuente longitudinal. Solo de esta forma podemos reconstruir todo el periodo, y a la vez, abrir la posibilidad de comparar estas series con la evolución de periodos previos, en futuros trabajos.

Fuentes

Las series se obtuvieron a partir de fuentes primarias de información: los Boletines Estadísticos y las Cuentas Públicas del seguro público (FONASA, 1989-2016; 2020-2024), las Series Estadísticas del Sistema Isapre de la Superintendencia de Salud (SUPER, 1990-2024) y las Estadísticas de Finanzas Públicas de la DIPRES (2004-2025). Se descargaron las bases de datos y documentos disponibles en las plataformas oficiales de estas instituciones, y se recabaron y digitalizaron informes provenientes de archivos históricos para los años anteriores.

Definiciones

Definimos cinco variables de gasto en salud según fuentes y esquemas de financiamiento (Esquema 1):

7 Las series no son compatibles por dos motivos. Primero, el nuevo agregado de gasto fiscal, rebautizado como aporte directo, incorpora todo lo que va al Ministerio de Salud, el aporte de las fuerzas armadas, una partida de gasto del Ministerio de Educación, sin especificar, y el aporte municipal a salud. Como resultado, los valores, en precios corrientes, son en promedio mayores en los años de solapamiento con la serie antigua (1990-2005). Asimismo, ya no está disponible la desagregación de ingresos por cotizaciones a FONASA y otros ingresos, sino que se encuentran incluidos en el agregado denominado Aporte Indirecto. Este último, se define como: “la cotización obligatoria al seguro público y privado de salud (incluye aporte de empleadores), se descuenta aporte de la cotización al SIL. También incluye ingreso operacional de las Mutualidades de Seguridad, descontando subsidios, pensiones e indemnización” (FONASA, 2008).

8 El cambio de metodología no afecta las estadísticas de ingresos que utilizamos en este trabajo.

- Gasto Público, corresponde al financiamiento mediante aporte fiscal y cotizaciones del seguro público FONASA y de los esquemas de FFAA y Carabineros⁹.
- Gasto Obligatorio de las ISAPRES, corresponde a aquel financiado con cotizaciones obligatorias gestionadas por los seguros privados.
- Gasto Privado de ISAPRES, corresponde a la diferencia entre el gasto total de las ISAPRES y el financiado con cotizaciones obligatorias. Es decir, aquel financiado principalmente con aportes voluntarios. A partir de estos tres componentes, se construyen los dos siguientes agregados.
- Gasto Fiscal y Obligatorio, corresponde a aquel que se financia con aportes fiscales y cotizaciones obligatorias (en el seguro público como en ISAPRES).
- Gasto Sanitario, corresponde a la suma del Gasto Fiscal y Obligatorio y del Gasto Privado de ISAPRES. Se diferencia del denominado tradicionalmente como Gasto Total en Salud, debido a la imposibilidad de agregar de forma continua y a largo plazo el gasto de bolsillo (Cid y Prieto, 2012; Palacios y Leal, 2014).

Esquema 1. Definiciones de Gasto

$$\begin{aligned}
 &\text{Gasto Público} \\
 &+ \text{Gasto Obligatorio de las ISAPRES} \\
 &= \text{Gasto Fiscal y Obligatorio} \\
 &+ \text{Gasto Privado de ISAPRES} \\
 &= \text{Gasto Sanitario}
 \end{aligned}$$

No hay discusión acerca de considerar el aporte fiscal al seguro público como parte del gasto público en salud. Tampoco con considerar las cotizaciones obligatorias de FONASA y Fuerzas Armadas y Carabineros.

Donde hay algo de discusión es en considerar si todo el gasto privado lo es, ya que una parte de los ingresos de las ISAPRES son cotizaciones obligatorias de quienes han decidido que sus aportes vayan a uno de estos seguros, en lugar de

a FONASA. Es lo que la OMS clasifica como *compulsory contributions*.

La discusión es conceptual. Las contribuciones obligatorias tienen una naturaleza similar a los impuestos específicos. Es decir, con independencia de quien gestione estos recursos, las personas deben pagar una tasa fija con respecto a su salario, y no puede ser destinada a otro gasto que no sea salud.

Algunos autores han considerado el modelo como uno de tipo *opt out*, en que las personas voluntariamente optan por salir del aseguramiento público representado por FONASA para afiliarse a una ISAPRE (Cid et al, 2014)¹⁰. El esquema de cuentas de salud vigente a nivel internacional, SHA 2011, admite la existencia de esta controversia y junto con proponer una forma de clasificación de los esquemas de financiamiento, deja a la libertad de los investigadores la inclusión o no de este componente en definiciones propias de gasto público.

En este trabajo, para evitar confusiones, hemos llamado Gasto Fiscal y Obligatorio, al compuesto por el Gasto Público (fiscal y contribuciones) y el Gasto Obligatorio de las ISAPRES (contribuciones obligatorias gestionadas por ISAPRES).

Datos abiertos

Las series completas, en moneda corriente, real y porcentajes las hemos puesto disponibles en acceso abierto en Zenodo: <http://doi.org/10.5281/zenodo.18036717>

RESULTADOS

Las series reconstruyen los principales indicadores de gasto en salud desde la creación del SNSS chileno en 1981. Realizamos un análisis de estas series en tres partes: evolución del Gasto Sanitario Total; evolución del Gasto Fiscal y Obligatorio según Gasto del Fondo Público y según Gasto Obligatorio de las Isapre; y evolución del Gasto Privado en ISAPRES (otros gastos, como seguros voluntarios).

En primer lugar, desde el inicio del sistema, el Gasto Sanitario muestra una tendencia creciente, con aceleración marcada tras el retorno a la democracia y el dinamismo económico de la década de

⁹ Sigue el criterio de las finanzas públicas. Incluye todos los componentes públicos, como define DIPRES: todos los gastos hospitalarios de los Servicios de Salud, de Fuerzas Armadas y Carabineros, transferencias públicas para atención en centros privados (convenios), Central Nacional de Abastecimiento, Subsecretarías del Ministerio de Salud, FONASA, Superintendencia de Salud, bono auge y venta electrónica de bonos, programas de alimentación complementaria, programa de inmunizaciones, programa de prevención de alcoholismo y salud mental, y otras ayudas económicas y pagos preventivos del Ministerio de Salud. No incluye Subsidio de Reposo Preventivo, Subsidio de Enfermedad y Medicina Curativa, y Subsidios de Reposo Maternal, Artículo 196 Código del Trabajo, que se clasifican como Protección Social en las finanzas públicas. El detalle de cada partida se puede encontrar en: DIPRES. (2004–2025).

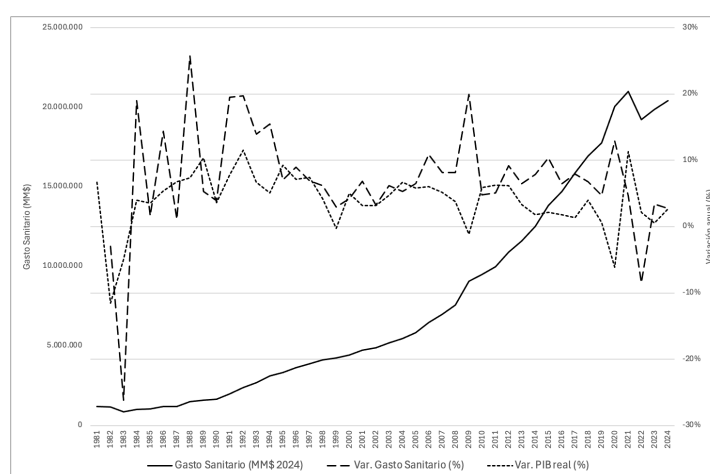
¹⁰ El término *opt out* se refiere a la autoexclusión voluntaria. En el estudio citado, se utiliza el término *opt out* u *opting out* como *optar por no participar*. Es decir, renunciar o excluirse voluntariamente del seguro público de salud.

1990 (Graf. 1). En términos reales, el gasto sanitario se multiplicó por 17 en 44 años, reflejando un proceso sostenido de expansión financiera del sistema.

El período inicial estuvo marcado por retrocesos en el gasto real durante la crisis económica de 1981-1983, seguido de una recuperación significativa en 1984 (+19%), atribuible, en parte, a la compensación de los recortes previos. El máximo crecimiento anual de esta década se registró en 1988 (+25,7%), coincidiendo con el plebiscito sobre la continuidad de la dictadura. La década de 1990 representó una fase de expansión acelerada de la economía, y del financiamiento en salud, con

incrementos superiores al 19 % en 1991 y 1992, en un contexto de reformas y aumento del gasto social. En los años 2000, el crecimiento se mantuvo estable, aunque más moderado, con un repunte excepcional en 2009, año en que la pandemia de influenza afectó al país. A partir de 2010, el gasto recuperó tasas similares a las de décadas anteriores, con un impulso relevante en 2020 (+12,9%) debido a la pandemia del COVID. Sin embargo, este aumento fue seguido por un ajuste en 2022, con una caída del 8 %, para luego estabilizarse en los dos años siguientes, con un crecimiento real cercano al 3 % anual.

Gráfico 1: Gasto Sanitario y PIB. Chile. 1981-2024. Miles de millones de pesos reales de 2024 y variación anual.

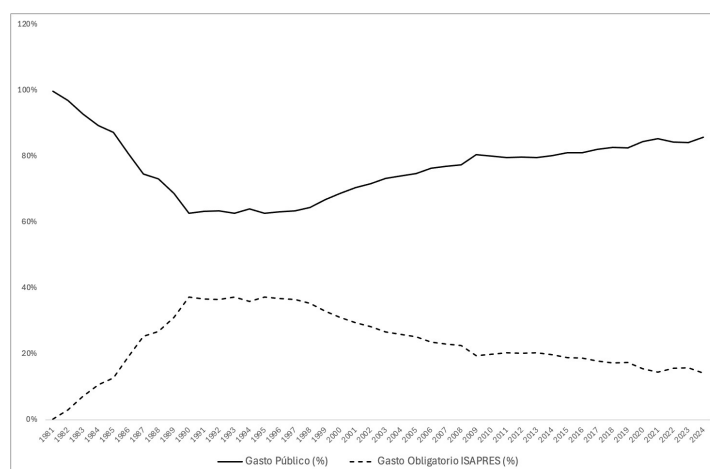


Fuente: Elaboración propia. Disponibles en: <http://10.5281/zenodo.18036717>

En segundo lugar, como se explicó en la sección metodológica, el Gasto Fiscal y Obligatorio incluye aquel financiado con aportes fiscales directos y las cotizaciones obligatorias establecidas por ley. La particularidad del caso chileno es que parte de

esas cotizaciones obligatorias son gestionadas por los seguros privados ISAPRES. Por ello, analizamos este en sus componentes de Gasto Público y Gasto Obligatorio de ISAPRES (Gráfico 2).

Gráfico 2: Gasto Fiscal y Obligatorio, según Gasto Público y Gasto Obligatorio de ISAPRES. Porcentajes. Chile. 1981-2024.

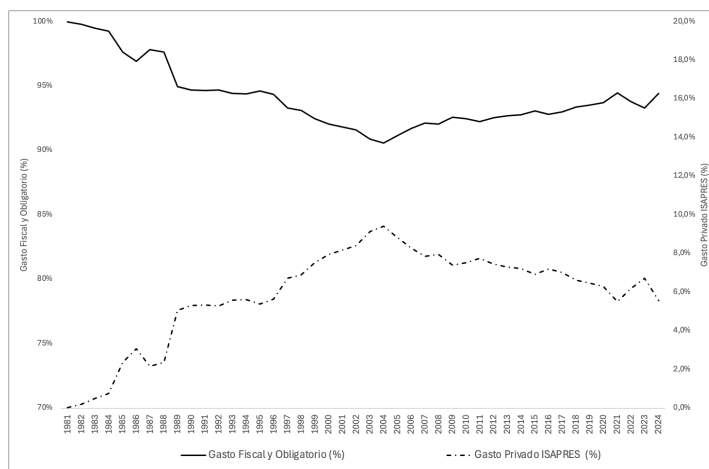


Fuente: Elaboración propia. Disponibles en: <http://10.5281/zenodo.18036717>

Entre 1981 y 2024, el peso relativo de ambos componentes mostró una marcada transformación. En los primeros años, el sector público gestionaba casi la totalidad de estos recursos, pero durante la década de los años 1980s se observa un cambio radical. Entre 1990 y 1997, las ISAPRES alcanzaron a gestionar más del 36% del total, lo que refleja el auge de la opción del seguro privado en ese período. A partir de los años 2000, la tendencia se revirtió, principalmente porque

FONASA recuperó protagonismo, especialmente tras la reforma AUGE de 2005, reduciendo el peso de las ISAPRES a niveles menores del 20% en 2009. En 2021, con la pandemia de COVID-19, el seguro público absorbió más recursos que nunca, consolidando un sistema donde este volvió a ser el principal gestor del financiamiento, con más del 85% de todos los recursos, fiscales y cotizaciones obligatorias.

Gráfico 3: Gasto Privado de las ISAPRES y Gasto Fiscal y Obligatorio. Chile 1981-2024. Porcentajes del Gasto Sanitario Total.



Fuente: Elaboración propia. Disponibles en: <http://10.5281/zenodo.18036717>

Esto muestra que el gasto privado ISAPRE es menor en el conjunto de recursos. En ningún momento de estos 44 años llegó a superar el 10%; el grueso de la financiación de las ISAPRES proviene de la obligación legal de cotizar de los trabajadores. En cuanto al punto de cambio de tendencia, 2004, no llegamos a realizar un análisis de causalidad, que requiere una metodología específica, pero resulta relevante mencionar que coincide con la reforma AUGE (2005).

DISCUSIÓN

Nuestros resultados confirman la hipótesis planteada: el sector privado creció acerbamente hasta los años 1990s y a partir entonces se observa un incremento sostenido del gasto público en salud, asociado tanto al aumento de los aportes fiscales como al crecimiento de las cotizaciones obligatorias en un contexto de expansión económica y mayor masa salarial. Sin embargo, nuestros datos aportan evidencia adicional sobre el comportamiento en el largo plazo.

Cuando se considera solo la categoría Gasto Público, aparece un periodo ralentizado que coincide con el de mayor acumulación y crecimiento

de la atención e infraestructura privada en Chile, promovido por la desproporción del monto de cotizaciones destinadas al sector ISAPRE, apareciendo lo primordial del sistema segmentado: un gasto altamente diferenciado entre usuarios de uno y otro subsistema de aseguramiento.

Los años 1980s son de nacimiento y desarrollo del SNSS. Cabe comentar al menos dos cuestiones del periodo. Primero, que el inicio del modelo está fuertemente determinado por la crisis de 1981-1983. Varios estudios de la época sitúan entre un 19% y un 27% la reducción del gasto público entre 1981 y 1984, que afectó particularmente al sector salud (Montoya y Marchant; 1994; Musgrove 1987). Es decir, no es solo el inicio de la gestión privada de cotizaciones obligatorias por las ISAPRES, sino que se hace en un contexto de una fuerte reducción de gasto fiscal. En segundo lugar, es curioso ver que, en el fin de la dictadura, concretamente el periodo previo al plebiscito 1986-1987, aumentó el gasto público a través de emisión monetaria, llegando con cierto repunte inflacionario al año del referéndum (Boeninger, 1997; CEPAL, 1988).

En los años 1990s el modelo se estabiliza. El contexto es positivo. Este periodo es de excepcional crecimiento económico y recuperación de la recaudación fiscal (Fazio, 1996). Las ISAPRES lograron incrementos patrimoniales del 25% (Bitrán y Almarza, 2000) y el gasto puramente privado (excluyendo cotizaciones obligatorias de las ISAPRES) creció por encima del 37%.

En la década del 2000 esto cambió. Comenzó una suave pero constante disminución de la participación de la gestión privada (ISAPRES) en el total de gasto público. La tendencia se fue consolidando con los años, incluyendo el periodo después de la reforma de 2005. Los años de la reforma AUGE 2003-2005 son el punto de cambio de tendencia del gasto público en salud, que dejó de disminuir en términos relativos al privado, y comenzó a aumentar de forma sostenida, principalmente por los mayores recursos fiscales al seguro público (Lenz y Páez, 2021; Urriola 2010).

Por decirlo de una manera simple, desde fines de los años 1990s el volumen relativo de recursos gestionado por el sector privado de salud ha ido disminuyendo, y el aumento del peso de la gestión pública se ha acelerado. La última reforma de salud parece mostrar una consolidación de esa tendencia y sugiere que, más allá de los problemas coyunturales que tuvieron las ISAPRES en 2024 y 2025, hay problemas estructurales profundos que debilitan la capacidad de crecimiento y viabilidad de estos seguros (Schüller, 2025). Estos son la reducción de la cartera, que debilita la distribución del riesgo en los seguros, por distintas razones como el aumento de la población adulta mayor, con pensiones menores que salarios y mayor coste esperado de uso de servicios de salud, las diferencias en la evolución de salarios reales y costes sanitarios, la caída de la natalidad y la población joven, entre otros.

Por último, es importante subrayar que este análisis se refiere únicamente a la gestión y al volumen de los recursos financieros, no a la provisión de servicios. Las estadísticas sobre producción privada muestran un incremento sostenido, que se intensifica tras la reforma AUGE de 2005 (Matus-López, 2025). Esto se explica porque el aumento del gasto público, incluso el correspondiente al seguro público, se destina en parte a financiar prestaciones contratadas en centros privados, lo que evidencia la interdependencia entre financiamiento público y provisión privada.

CONCLUSIÓN

En investigación, muchas veces es necesario poner las luces altas y mirar el largo plazo. Este es el caso del análisis de un modelo de salud que comienza en dictadura, con medidas neoliberales de privatización que dudosamente podrían haber sido llevadas a ese extremo en democracia (Edwards, 2023), pero que se mantienen en lo fundamental una vez que se alcanza esta¹¹. Este trabajo de reconstrucción de evidencia cuantitativa muestra que la perspectiva más amplia no permite hacer aseveraciones permanentes en el tiempo. El peso de los esfuerzos financieros ha tenido cambios con los años. Las proporciones y trayectorias no han sido uniformes. Considerar el largo plazo y sus contextos es esencial para comprender el real funcionamiento de los sistemas de salud y esperamos haber aportado con nuestro trabajo en este sentido.

El gasto público en salud ha dependido fuertemente de los ciclos económicos positivos para el empleo, por el peso de las cotizaciones basadas en salarios. Pero también políticos, a través de incrementos en el aporte fiscal, ya que, en la práctica, este incremento depende de la discusión política y de las prioridades del gobierno.

Cuando se excluyen las cotizaciones obligatorias destinadas al sector privado, las tendencias se mantienen, pero de manera menos acentuada y el auge de crecimiento del gasto público en salud se ve mitigado.

REFERENCIAS

- Aedo, C. (2001). Las reformas en la salud en Chile. En F. Larraín y R. Vergara (Eds.), *La transformación económica de Chile* (pp. 605–640). Centro de Estudios Públicos.
- Artaza, O., y Méndez, C. (2020). Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e16. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.16>
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J., y Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(0), 530–539.
- Benavides, P., Castro, R., y Jones, I. (2013). Sistema público de salud: Situación actual y proyecciones fiscales 2013–2050. DIPRES, Ministerio de Hacienda. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.dipres.gob.cl/handle/11626/8665>

11 Edwards (2023) se refiere al conjunto de políticas neoliberales “a neoliberal revolution of this magnitude could not have been possible under a democratic regime.” (p. 23)

- Bitrán, R., y Almarza, F. X. (2000). Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile. En D. Titelman y A. Uthoff (Eds.), *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia* (Vol. II, pp. 463–570). Fondo de Cultura Económica.
- Boeninger, E. (1997). *Democracia en Chile: lecciones para la gobernabilidad* (1ª ed.). Santiago, Chile: Andrés Bello
- Carvalho, G., Schmid, A., y Fischer, J. (2021). Classifications of health care systems: Do existing typologies reflect the particularities of the Global South? *Global Social Policy*, 21(2), 278–300. <https://doi.org/10.1177/1468018120969315>
- CEPAL. (1988). Estudio económico de América Latina y el Caribe 1987: Chile.
- CEPAL. (2024). *CEPALSTAT: Base de datos portal de indicadores socioeconómicos*. Recuperado de https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=3127yarea_id=411ylang=es
- Cid, C., y Uthoff, A. La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e170. doi: 10.26633/RPSP.2017.170
- Cid, C., y Matus-López, M. (2022). El modelo de salud chileno en el contexto de América Latina: 40 años de crisis económicas, políticas de gasto y reformas. En J. A. de F. Sestelo, L. Bahia, y E. Levkovitz (Eds.), *Crise global e sistemas de saúde na América Latina*. Editora da Universidade Federal da Bahia.
- Cid, C., y Prieto, L. (2012). El gasto de bolsillo en salud: El caso de Chile, 1997 y 2007. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(4), 310–316. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000400007>
- DIPRES. (2004–2025). *Estadísticas de las finanzas públicas*. Ministerio de Hacienda. Recuperado de: <https://www.dipres.gob.cl/598/w3-propertyvalue-15407.html>
- DIPRES. (2024). *Estadísticas de gasto público: Ministerio de Salud, presupuesto devengado*. Recuperado de <https://www.dipres.gob.cl/597/w3-multipropertyvalues-14626-35324.html>
- Dragnic, L., y Saavedra, M. (2025). Persistencia en la inequidad: El sistema de salud en Chile. En Centro de Derechos Humanos (Ed.), *Informe anual de derechos humanos en Chile 2025* (pp. 251–295). Universidad Diego Portales.
- Edwards, S. (2023). *The Chile Project: The story of the Chicago Boys and the downfall of neoliberalism*. Princeton University Press.
- Fazio, H. (1996). *El programa abandonado: Balance económico social del gobierno de Aylwin*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Fernández, P., y Matus-López, M. (2024). Hospital systems in Latin America: Transformation and change, 1960s–2020s. En P. Fernández Pérez (Ed.), *Business history of hospitals in the 20th century: Entrepreneurship, organization, and finances*. Frontiers in Economic History, pp. 163–176. Springer Nature.
- FONASA. (1989–2018). *Boletines estadísticos*. Impresos hasta 1999. Desde el año 2000 Recuperado de: <https://datosabiertos.fonasa.cl/boletines-estadisticos>
- FONASA. (2019–2024). *Cuenta pública participativa*. Recuperado de: <https://datosabiertos.fonasa.cl/biblioteca-cuenta-publica>
- Frenz, P., Delgado, I., Kaufman, J. S., y Harper, S. (2014). Achieving effective universal health coverage with equity: Evidence from Chile. *Health Policy and Planning*, 29(6), 717–731. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt054>
- Gattini, C. (2018). *El sistema de salud en Chile*. Observatorio Chileno de Salud Pública. Recuperado de: https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/Sistema_Salud_Chile_Gattini_2018.pdf
- González, J. (2008). *El efecto de la ambigüedad en la transición chilena*. RIL Editores.
- Guerrero-Nancuante, C., Melo, A., Gundelach, P., y Fuster, N. (2023). Participación social en el sistema de salud de Chile: Aportes reflexivos desde la bioética. *Salud Colectiva*, 19(5), 4486. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4486>
- Ilabaca, V. (2004). Estructura y funcionamiento del sistema sanitario chileno. En G. González, M. Vega, y S. Romero (Eds.), *Los sistemas de salud en Iberoamérica, de cara al siglo XXI* (pp. 125–134). Universidad de Guadalajara.
- INE. (2023). *Informe de principales resultados IX Encuesta de Presupuestos Familiares*. Recuperado de: <https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/encuesta-de-presupuestos-familiares/publicaciones-y-anuarios/ix-epf-%28octubre-2021---septiembre-2022%29/informe-de-principales-resultados-ix-epf.pdf>
- Lagos, P. (2025). Gasto público en la atención primaria: 35 años de gobiernos democráticos.

- Cuadernos Médico Sociales*, 65(1), 29–42. <https://doi.org/10.56116/cms.v65.n.1.2025.2278>
- Lenz, R., y Páez, L. (2021). Evolución del gasto de la seguridad social de salud en Chile: Revisión de agregados financieros entre 2000 y 2018. *Medwave*, 21(1), e8117. <https://doi.org/10.5867/MEDWAVE.2021.01.8117>
 - Matus-López, M. (2023). La pandemia de COVID-19 como oportunidad de cambio: Avanzar hacia la salud universal en América Latina. CEPAL. <https://hdl.handle.net/11362/48772>
 - Matus-López, M. (2025). Sistema de salud y utilización hospitalaria en Chile, 1952–2020: Tendencias, reformas y puntos de inflexión. *Pan American Journal of Public Health*, 49.
 - Matus-López, M., y Fernández, P. (2023). Transformations in Latin American healthcare: A retrospective analysis of hospital beds, medical doctors, and nurses from 1960 to 2022. *Journal of Evolutionary Studies in Business*, 8(2), 248–288. <https://doi.org/10.1344/jesb2023.8.2.42709>
 - Mesa-Lago, C. (2005). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: Su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL. Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/3888>
 - Molina, C. (2010). *Institucionalidad sanitaria chilena 1889–1989*. LOM Ediciones.
 - Montoya, C. (2013). *La salud dividida: Chile 1990–2010*. CEIBO Ediciones.
 - Montoya, C., y Marchant, L. (1994). The effect of economic changes on health care and health in Chile. *The International Journal of Health Planning and Management*, 9(4), 279–294. <https://doi.org/10.1002/hpm.4740090403>
 - Musgrove, P. (1987). The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services*, 17(3), 411–441. <https://doi.org/10.2190/7EC9-PM6N-6LLJ-X2PC>
 - OECD, Eurostat, y WHO. (2017). A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>
 - OMS (2025). *Global Health Expenditure Database*. Recuperado de <https://apps.who.int/nha/database>
 - Palacios, A., y Leal, R. (2014). Gasto de bolsillo en salud: Metodología y resultados. Departamento de Economía de la Salud, Ministerio de Salud de Chile. Recuperado de: <http://desal.minsal.cl>
 - Riquelme, C., Haase, J., Lavanderos, S., y Morales, A. (2017). Desigualdad en recursos financieros de la atención primaria de salud municipal en Chile, 2001–2013. *Revista Médica de Chile*, 145(6), 723–733. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000600723>
 - Schüller, P. (2025, 14 de mayo). Estudio del Instituto de Salud Pública de la UNAB alerta que la crisis de las ISAPRES sigue. *La Nación*. Recuperado de: <https://www.lanacion.cl/estudio-del-instituto-de-salud-publica-de-la-unab-alerta-que-la-crisis-de-las-isapres-sigue>
 - SUBDERE. (2025). *Evolución presupuestaria municipal*. Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM). Recuperado de https://datos.sinim.gov.cl/evolucion_presupuestaria.php
 - Superintendencia de Salud. (2000). *Serie estadísticas anuales del sistema Isapre: 1981–1999*. Santiago.
 - Superintendencia de Salud. (2024). *Estadísticas financieras del sistema Isapre*. Recuperado de: <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-biblioteca-digital/estadisticas-3724/estadisticas-por-tema-3741/>
 - SUSESO. (2024). *Informe de gestión económica y financiera mutualidades de la Ley 16.744, año 2023*. Recuperado de: https://www.suseso.cl/609/articles-765115_archivo_01.pdf
 - Tetelboin, C. (2003). *La transformación neoliberal del sistema de salud: Chile 1973–1990: Reformas de primera generación*. Universidad Autónoma Metropolitana.
 - Tetelboin, C., y Salinas, D. (1984). Estado y políticas de salud en Chile: El proceso de conformación de un nuevo proyecto para el sector salud, 1973–1979. *Estudios Sociológicos*, 2(5), 351–385.
 - Urriola, C., Infante, A., Aguilera, I., y Ormeño, H. (2016). La reforma de salud chilena a diez años de su implementación. *Salud Pública de México*, 58(5), 514–521. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8240>
 - Urriola, R., Massardo, J., Molina, C., y Monasterio Irzoque, H. (2009). *Historia de la protección social de la salud en Chile* (1ª ed.). Santiago, Chile: LOM Ediciones.
 - Zúñiga, A. (2007). Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile. *Acta Bioethica*, 13, 237–245. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2007000200012>

Fallas de mercado en la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de Fonasa

Market failures in Fonasa's Complementary Coverage Modality (MCC)

Ismael Aguilera Correa¹
Rafael Urriola Urbina²

RESUMEN

La implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) en Fonasa (Ley 21.674) representa un caso de estudio crítico sobre los límites de la colaboración público-privada en mercados con asimetría de información. Analizar las causas estructurales del fracaso de las licitaciones. Estudio de análisis documental comparativo de las licitaciones ID 591-3-LR25 y ID 591-28-LR25 y, la teoría de seguros. La evidencia muestra que el modelo de prima plana voluntaria, sin mecanismos robustos de ajuste por riesgo sanitario, genera barreras de entrada insalvable para los aseguradores exacerbada por la “ambigüedad knightiana” respecto a la red de prestadores. El fracaso de las licitaciones no es solo administrativo, sino consecuencia de un diseño que no mitiga la selección adversa, a pesar de las modificaciones tácticas de la segunda licitación: fraccionamiento del riesgo y reducción de topes.

Palabras clave: Selección Tendenciosa de Seguro, Financiación de la Atención de la Salud, Seguro Sanitario Voluntario, Ajuste de Riesgo, Asociación entre el Sector Público-Privado.

ABSTRACT

The implementation of the Complementary Coverage Modality (MCC) in Fonasa (Law 21,674) represents a critical case study on the limits of public-private collaboration in markets with information asymmetry. The objective is to analyze the structural causes of the failure of the tenders. Comparative documentary analysis of tenders ID 591-3-LR25 and ID 591-28-LR25 and insurance theory. Evidence indicates that the voluntary flat premium model, without adequate mechanisms for health risk adjustment, creates insurmountable barriers to entry for insurers, exacerbated by “Knightian ambiguity” regarding the network of providers. The failure of the tenders is not only administrative; but also a consequence of a design that does not mitigate adverse selection, despite the tactical modifications of the second tender—risk fractionation and reduction of caps.

Keywords: Insurance Selection Bias, Healthcare Financing, Health Insurance, Voluntary, Risk Adjustment, Public-Private Sector Partnerships.

Recibido el 29 de enero de 2026. Aceptado el 09 de marzo de 2026.

¹ Ingeniero Civil Industrial, Mg, Departamento de Economía de la Salud, Ministerio de Salud.
Correspondencia a: iaguiler@ug.uchile.cl

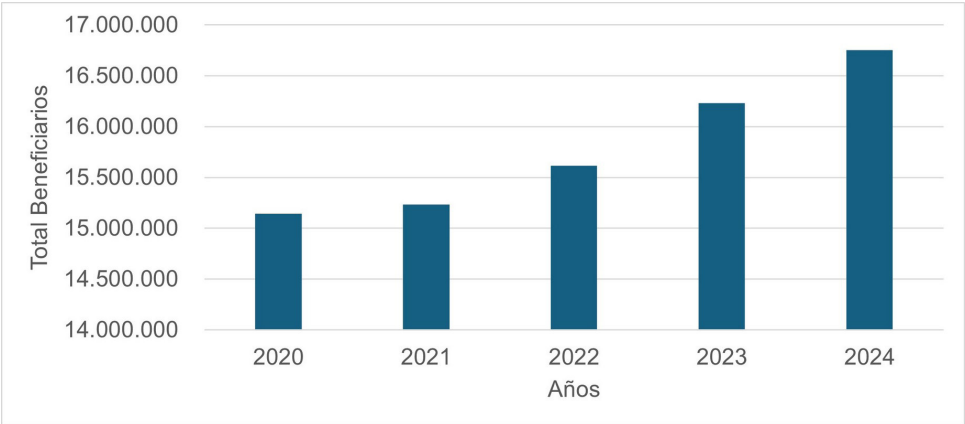
² Economista. Director, Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB).

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud chileno atraviesa una transformación estructural precipitada por la crisis de solvencia de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres). Este escenario, marcado por fallos judiciales de la Corte Suprema (Superintendencia de Salud, 2024a) que obligaron a la devolución de cobros en exceso a sus afiliados por

montos superiores a los 1.400 millones de dólares (Superintendencia de Salud, 2024b), generó una incertidumbre sistémica sobre la continuidad de la cobertura privada. Como consecuencia directa, se produjo una migración masiva de aproximadamente un millón de beneficiarios desde el sistema privado hacia el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) entre 2022 y 2024, como se observa en la Figura 1.

Figura 1: Población Beneficiaria Fonasa 2020-2024. Fuente: Datos abiertos de Fonasa(FONASA, s. f.).



Para contener el impacto de esta migración y evitar el colapso de la red de prestadores privados, se promulgó la Ley 21.674 (“Ley Corta”) en mayo de 2024 (Biblioteca del Congreso Nacional, 2024). Esta normativa instruyó la creación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), un mecanismo diseñado para otorgar protección financiera adicional a los beneficiarios de los tramos B, C y D de Fonasa que opten por atenderse en la Modalidad de Libre Elección (MLE).

La necesidad sanitaria de este instrumento es crítica. Mientras que la Modalidad de Atención Institucional (MAI) ofrece gratuidad total (“Copago Cero”) en la red pública, la MLE expone a los pacientes a una baja cobertura financiera, especialmente en atenciones hospitalarias y quirúrgicas, donde los aranceles basales de Fonasa cubren, en promedio, menos del 20% del precio de mercado. Históricamente, los afiliados a Isapres financiaban esta brecha mediante una cotización promedio un 60% superior al 7% legal, excedente que, bajo la lógica de la Ley 21.674, podría redestinarse al pago de la prima voluntaria de la MCC. En términos simples, si una persona que tiene ingresos por un millón de pesos debiese pagar \$70.000 como cotización. Sin embargo, en promedio en las Isapres pagan

\$110.000 pesos. Esto hizo pensar que un seguro complementario organizado por Fonasa podía ser cubierto con primas equivalentes (o sea de alrededor de \$40.000).

Desde la perspectiva de la Economía de la Salud, la MCC intenta resolver el “trilema” de garantizar acceso universal, protección financiera y sostenibilidad fiscal mediante una colaboración público-privada. El diseño contempla una prima plana comunitaria (community rating) y una red cerrada de prestadores para grupos de prestaciones priorizados, que incluyen desde días cama y soluciones quirúrgicas hasta tratamientos oncológicos complejos (Biblioteca del Congreso Nacional, 2025).

Sin embargo, la implementación de la MCC ha enfrentado barreras estructurales severas. Durante el año 2025, los procesos de licitación pública (ID 591-3-LR25 (Mercado Público, 2025a) y ID 591-28-LR25 (Mercado Público, 2025b)) resultaron en escenarios de deserción o adjudicación marginal, donde el mercado asegurador ofreció cubrir solo una fracción del riesgo a costos significativamente superiores a los estimados.

El presente estudio postula que estos resultados no obedecen a fallas operativas circunstanciales, sino a problemas de diseño en los mecanismos de

incentivos que exacerban la selección adversa. El objetivo de este artículo es analizar las causas de estos fallos desde la perspectiva de la planificación y gestión sanitaria.

MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de análisis documental de políticas públicas. El objetivo fue evaluar la viabilidad del diseño de los mecanismos de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC).

Fuentes de información y análisis normativo

Se revisaron las bases técnicas y administrativas de las Licitaciones Públicas ID 591-3-LR25 (Primer Llamado) y ID 591-28-LR25 (Segundo Llamado), incluyendo sus Circulares Aclaratorias y Actas de Evaluación emitidas por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). El análisis cualitativo se estructuró en tres dimensiones:

1. **Diseño de incentivos:** Evaluación de barreras de entrada regulatorias y mecanismos de pago a prestadores.
2. **Análisis de riesgo:** Comparación de los parámetros de cobertura (topes, deducibles y *stop-loss*) entre ambos procesos licitatorios.
3. **Respuesta del mercado:** Análisis de la oferta y demanda para identificar la percepción de riesgo de los aseguradores privados. Para la interpretación teórica de la segmentación de riesgo y la incertidumbre (Akerlof, 1970) sobre la red de prestadores, se utilizaron los marcos conceptuales de asimetría de información (Rothschild & Stiglitz, 1976) e incertidumbre estructural ("Ambigüedad Knightiana" (Knight, 1921)).

Consideraciones éticas

El estudio utilizó bases de datos secundarias de acceso público y anonimizado, por lo que no requirió consentimiento informado, cumpliendo con la normativa de protección de datos personales y los estándares éticos para investigación en salud pública.

Se declara que se utilizó el modelo de lenguaje Google Gemini 3 para la revisión gramatical, estructuración de argumentos y síntesis de textos del manuscrito. La herramienta se utilizó de forma que no contradice las políticas éticas de Cuadernos Médicos Sociales y los autores asumen plena responsabilidad por el contenido.

RESULTADOS

Resultados de los procesos de licitación

El análisis comparado de las licitaciones ID 591-3-LR25 y ID 591-28-LR25 evidencia una respuesta de mercado limitada frente al diseño de incentivos propuesto. En el primer llamado, caracterizado por la oferta de la cartera como un bloque único y un tope de cobertura de 500 UF, el proceso se declaró desierto por ausencia total de oferentes. Esto indicó una baja aceptabilidad del riesgo asociado a una población de alta morbilidad (Fonasa tramos B, C y D) bajo un esquema de prima plana sin mecanismos de declaración de preexistencias.

El segundo llamado incorporó mecanismos de mitigación de riesgo, incluyendo:

1. **Fraccionamiento del riesgo:** Subdivisión de la cartera en 7 bloques (14,28% del riesgo cada uno).
2. **Ajuste de beneficios:** Reducción del tope de cobertura a 400 UF.
3. **Mecanismo de *Stop-Loss*:** Cobertura estatal del 80% para siniestralidad que exceda el 115% de lo recaudado.

A pesar de estas flexibilizaciones, se recibió una única oferta válida (Aseguradora Zurich) por solo una de las siete fracciones disponibles. Esto implica que el 85,7% del riesgo licitado quedó sin cobertura, imposibilitando la implementación sistémica del seguro bajo las condiciones ofertadas.

Análisis de costos

La oferta económica recibida estableció una prima mensual referencial de aproximadamente \$45.000 (1,2 UF). Este valor supera en más del 50% las estimaciones base del diseño original y duplica el costo promedio de seguros complementarios colectivos comparables en el mercado privado para poblaciones de menor riesgo.

DISCUSIÓN

El análisis de los procesos licitatorios de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) revela una desconexión estructural entre la arquitectura regulatoria propuesta y los incentivos basales del mercado asegurador. Los resultados sugieren que, en ausencia de mandatos de afiliación o subsidios explícitos, el diseño actual no logra mejorar el aseguramiento complementario para los segmentos a los que se orientan el MCC.

En el contexto de los seguros privados, una prima plana —es decir, un cobro uniforme independiente del riesgo— genera subsidios cruzados donde los individuos de bajo riesgo financian a los de alto riesgo (Folland et al., 2012; Van De Ven & Schut, 2011). En un esquema voluntario, esto desincentiva la participación de la población sana y fomenta la autoselección de individuos con mayor morbilidad, fenómeno conocido como selección adversa (Rothschild & Stiglitz, 1976). Esta distorsión se agudiza por la ausencia de mecanismos de ajuste de riesgo, lo que impide corregir las tarifas en función de la siniestralidad esperada.

Si bien las primas planas (habitualmente proporcionales al ingreso) son eficientes y fomentan la solidaridad en sistemas de seguridad social con afiliación obligatoria y mancomunaciones a gran escala, resultan financieramente inviables en poblaciones acotadas bajo esquemas de afiliación voluntaria.

Por otra parte, la viabilidad técnica de un seguro requiere de cálculos actuariales basados en probabilidades objetivas derivadas de datos históricos. Cuando la información es insuficiente o el entorno es radicalmente incierto, surge la denominada “ambigüedad knightiana” (Knight, 1921). Bajo esta condición, donde el asegurador no puede estimar una distribución de probabilidad confiable, la respuesta racional del mercado es exigir primas excesivamente altas, excluir coberturas o abstenerse de participar, lo que explica la deserción de oferentes observada en los procesos licitatorios de la MCC.

Resulta paradójico contrastar el resultado de las licitaciones desiertas con las proyecciones industriales previas a la implementación. Análisis de mercado realizados en 2025 (Bustamante & Fuentes, 2025) anticipaban una ‘Rivalidad Alta’ basada en el modelo de Porter, identificando a actores consolidados como MetLife, Consorcio y BICE Vida como competidores naturales por este nuevo mercado. La ausencia total de estas entidades en la adjudicación sugiere que las barreras de entrada técnicas —específicamente la imposibilidad de discriminar riesgo mediante tarifas diferenciadas— actuaron como un disuasivo absoluto, anulando el atractivo de una industria que antes se consideraba competitiva.

Mecanismos de Selección Adversa y Barreras de Acceso

La evidencia confirma la predicción teórica de Rothschild y Stiglitz (1976): bajo un esquema de afiliación voluntaria y prima plana comunitaria

(*community rating*), el mercado tiende a segmentarse. En el caso de la MCC, se identificaron cuatro dimensiones críticas que detonan este fenómeno:

1. **Disparidad de Valoración:** Existe una brecha insalvable entre el costo del seguro y la percepción de riesgo del beneficiario promedio. Mientras el copago mensual promedio en la Modalidad de Libre Elección (MLE) es cercano a \$6.400, la prima licitada (\$45.000) representa un incremento superior al 600%. Esto desarticula cualquier incentivo económico para la afiliación de la población sana, necesaria para subsidiar el sistema. No obstante, estudios de Fonasa en 2024 (Marusic, 2024) evidenciaban un 70% de disposición a contratar, incluso en el segmento sano (20-35 años), descartando una falta de demanda basal. Esto fue cuantificado ex-ante por estudios de mercado (Bustamante & Fuentes, 2025) revelaban una alta sensibilidad al precio: un aumento de la prima sobre los \$30.000 pesos provocaba el rechazo de más del 56% de la demanda potencial.
2. **Regresividad:** El análisis de asequibilidad basado en datos CASEN 2024 (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2026) indica que la prima ofertada actuaría como una barrera de entrada severa para los tramos de ingresos medios. Para el Grupo B y C de Fonasa, la prima representaría una sobrecarga financiera equivalente al 58% y 44% de su cotización legal base, respectivamente, desestimando a los usuarios que se buscaba proteger.
3. **Competencia Institucional:** La política de gratuidad universal en la red pública (“Copago Cero”) reduce el costo de oportunidad de la alternativa institucional a cero. Para un usuario racional y sano, pagar una prima elevada se vuelve ineficiente, convirtiendo a la MCC en un producto atractivo casi exclusivamente para pacientes con eventos médicos inminentes o en listas de espera, deteriorando el perfil de riesgo del fondo.
4. **Cobertura Insuficiente:** La reducción del tope de cobertura a 400 UF deja a los hogares expuestos financieramente frente a eventos catastróficos reales (ej. oncología compleja), fallando en el objetivo primario de otorgar seguridad financiera.

Limitaciones del Fraccionamiento de Riesgo

La estrategia de la segunda licitación de dividir el riesgo en siete bloques, inspirada en el modelo del Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS) de las AFP, resultó insuficiente debido a una diferencia fundamental: la voluntariedad. Mientras el SIS opera sobre una masa de cotizantes cautiva y universal (garantizando diversificación), la MCC intenta fraccionar una cartera con alta probabilidad de siniestro y baja diversificación. La falta de participación de oferentes valida la teoría de la “ambigüedad” (Knight, 1921): al no existir una red de prestadores consolidada ni precios clínicos de referencia al momento de licitar, las aseguradoras no pudieron calcular una distribución de probabilidad de riesgo confiable, optando por la abstención (Cao et al., 2005; Easley & O’Hara, 2009) o la exigencia de primas de seguridad elevadas (Corso, 2015).

Riesgo Fiscal Implícito

El diseño actual plantea un desafío de sostenibilidad fiscal. Ante la eventual insolvencia técnica de un asegurador privado por siniestralidad mayor a la proyectada, existe el riesgo de que el Estado deba actuar como “asegurador de última instancia” para evitar la desprotección de los afiliados. Esto genera un problema de riesgo moral institucional, donde pérdidas privadas podrían terminar siendo socializadas mediante subsidios de emergencia.

CONCLUSIONES

La fallida implementación inicial de la MCC ofrece lecciones críticas para la gestión sanitaria en Chile. El fracaso no obedeció a problemas operativos coyunturales, sino a una incompatibilidad de diseño entre los principios de seguridad social (solidaridad) y la lógica de seguros voluntarios privados.

Para viabilizar una colaboración público-privada efectiva en este ámbito, se requieren reformas estructurales que trasciendan los ajustes paramétricos de las licitaciones recientes. Basado en la evidencia, se identifican tres condiciones necesarias:

1. **Mecanismos de Ajuste de Riesgo:** Es imperativo implementar sistemas de compensación (*Risk Equalization*) que neutralicen los incentivos a la selección adversa de riesgos y hagan viable la prima plana.
2. **Incentivos a la Masividad:** Se debe

transitar desde la voluntariedad pura hacia mecanismos de inscripción automática con opción de salida (*opt-out*) o la incorporación de colectivos, asegurando una base amplia de cotizantes sanos como mínimo.

3. **Certeza en la Red Prestadora:** La gestión de la red y sus aranceles debe estar definida previo a la licitación del riesgo financiero para reducir la prima por incertidumbre (Illeditsch, 2011). Es más, datos de pre-inversión (Bustamante & Fuentes, 2025) indicaban que la exclusión de un prestador mayoritario (ej. RedSalud) reduciría la intención de compra en un 30%.

Cabe destacar que, a fines de enero, Fonasa hizo una Declaración Pública indicando que el proceso de implementación de la MCC seguirá su curso y, acorde a las bases de licitación, se debe adjudicar parcialmente y proceder al trato directo de las fracciones faltantes. Sin estas correcciones, la MCC corre el riesgo de convertirse en un producto de nicho, irrelevante para la salud pública y fiscalmente riesgoso para el Estado.

REFERENCIAS

- Akerlof, G. A. (1970). The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism*. *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488-500. <https://doi.org/10.2307/1879431>
- Biblioteca del Congreso Nacional. (2024, mayo 24). Ley 21.674: *Modifica el Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, establece un nuevo modelo de atención en el Fondo Nacional de Salud, otorga facultades a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las Instituciones de Salud Previsional*. www.bcn.cl/leychile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1203779>
- Biblioteca del Congreso Nacional. (2025, marzo 24). *Resolución 174 EXENTA APRUEBA ARANCEL DE LA MODALIDAD DE COBERTURA COMPLEMENTARIA DEL FONDO NACIONAL DE SALUD (MCC)*. www.bcn.cl/leychile. <https://www.bcn.cl/leychile>
- Bustamante, M. B., & Fuentes, C. A. (2025). *Nueva modalidad de cobertura complementaria MCC*. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/208495>
- Cao, H. H., Wang, T., & Zhang, H. H. (2005). Model Uncertainty, Limited Market

- Participation, and Asset Prices. *The Review of Financial Studies*, 18(4), 1219-1251. <https://doi.org/10.1093/rfs/hhi034>
- Corso, E. (2015). Ambigüedad, aversión por la ambigüedad y reservas de valor en Argentina. *Ensayos Económicos*, (73), 91-116. <https://doi.org/10.64285/ensayosbcra73.y2015.145>
 - Easley, D., & O'Hara, M. (2009). Ambiguity and Nonparticipation: The Role of Regulation. *The Review of Financial Studies*, 22(5), 1817-1843. <https://doi.org/10.1093/rfs/hhn100>
 - FONASA. (s. f.). Beneficiarios – Datos Abiertos. *Fondo Nacional de Salud*. Recuperado 20 de enero de 2026, de <https://datosabiertos.fonasa.cl/dimensiones-beneficiarios/>
 - Illeditsch, P. K. (2011). *Ambiguous Information, Portfolio Inertia, and Excess Volatility* (SSRN Scholarly Paper No. 1600299). Social Science Research Network. <https://papers.ssrn.com/abstract=1600299>
 - Knight, F. H. (1921). Risk, Uncertainty and Profit (SSRN Scholarly Paper No. 1496192). Social Science Research Network. <https://papers.ssrn.com/abstract=1496192>
 - Marusic, M. (2024, noviembre 26). Un 70% de los cotizantes encuestados por Fonasa estaría dispuesto a contratar un seguro complementario licitado por el asegurador público. *La Tercera*. <https://www.latercera.com/pulso/noticia/un-70-de-los-cotizantes-encuestados-por-fonasa-estaria-dispuesto-a-contratar-un-seguro-complementario-licitado-por-el-asegurador-publico/>
 - Mercado Público. (2025a, marzo 28). *Bases Administrativas y Técnicas de Licitación Pública: «Contratación de una Compañía de Seguros para la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC)»*. ID Licitación: 591-3-LR25 (Primer Llamado). <https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=eEaR9qqDJK03W7RdlLMzlw==>
 - Mercado Público. (2025b, octubre 17). *Bases de Licitación Pública: «Segundo Llamado para la Contratación de Seguros de la Modalidad de Cobertura Complementaria»*. ID Licitación: 591-28-LR25. ID: 591-28-LR25. <https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=I/N22kAZtSc/ePeP6muGFw==>
 - Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2026, enero 8). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)*. Observatorio Social. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2024>
 - Rothschild, M., & Stiglitz, J. (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. En G. Dionne & S. E. Harrington (Eds.), *Foundations of Insurance Economics* (Vol. 14, pp. 355-375). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-015-7957-5_18
 - Superintendencia de Salud. (2024a, mayo 13). Circular IF/N°468 Imparte Instrucciones para Formalizar la Incorporación de la Tabla de Factores Única a los Contratos de Salud, Conforme a lo Resuelto por la Excma. Corte Suprema. *Regulación. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile*. <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-article-23314.html>
 - Superintendencia de Salud. (2024b, noviembre 27). Superintendente de Salud anunció que a contar de diciembre Isapres comenzarán a devolver dineros indebidamente descontados a cotizantes. *Superintendencia de Salud*. <https://www.superdesalud.gob.cl/noticias/2024/11/superintendente-de-salud-anuncio-que-a-contar-de-diciembre-isapres-comenzaran-a-devolver-dineros-indebidamente-descontados-a-cotizantes-montos-van-desde-los-380-a-los-69-millones-y-benefici/>
 - Van De Ven, W. P. M. M., & Schut, F. T. (2011). Guaranteed Access to Affordable Coverage in Individual Health Insurance Markets. En S. Glied & P. C. Smith (Eds.), *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0017>

Tendencias del gasto público en salud destinado a prestadores privados en Chile (2019-2025)

Trends in public health expenditure allocated to private providers in Chile (2019-2025)

Camilo Bass del Campo¹

RESUMEN

El aumento del gasto público en salud en Chile se ha presentado como estrategia de fortalecimiento del sistema; sin embargo, una fracción relevante se canaliza a la compra de servicios privados. **Objetivo:** Analizar la evolución del gasto público en salud en Chile (2019-2025), con énfasis en la proporción del aumento presupuestario destinada a prestadores privados. **Métodos:** Estudio observacional descriptivo con series de ejecución presupuestaria de FONASA en pesos constantes (base 2026) y su relación con el PIB; el gasto en prestadores privados se estimó como modalidad de libre elección más compra directa. **Resultados:** El presupuesto de FONASA aumentó 49% real y el gasto en privados 72%. En años de expansión, el incremento destinado a compras privadas llegó a 63,5% en 2024. La transferencia a privados correspondió a 0,5-0,6% del PIB. **Conclusión:** La expansión del gasto no fortaleció proporcionalmente la provisión estatal y contribuyó a sostener la oferta privada, reforzando la dependencia del mercado, en un sistema segmentado y con alto gasto de bolsillo. Se recomienda complementar con comparaciones de costos y producción, y reorientar el gasto hacia inversión pública estructural para reducir la subordinación al mercado, ampliar capacidad pública instalada y avanzar en la garantía del derecho a la salud.

Palabras clave: Financiamiento de la Salud; Gastos en Salud; Privatización; Prestación de Atención de Salud; Chile.

ABSTRACT

The increase in public health expenditure in Chile has been presented as a strategy to strengthen the health system; however, a significant share is channeled into the purchase of private services. **Objective:** To analyze trends in public health expenditure in Chile (2019–2025), focusing on the share of budget increases allocated to private providers. **Methods:** Descriptive observational study using executed budget series from the National Health Fund (FONASA), expressed in constant pesos (2026 base), and their relationship to gross domestic product (GDP). Spending on private providers was estimated as Free Choice Modality plus direct purchasing. **Results:** FONASA's budget increased by 49% in real terms and spending on private providers by 72%. In years of expansion, the share of the budget increase allocated to private purchases reached 63.5% in 2024. Transfers to private providers amounted to 0.5–0.6% of GDP. **Conclusion:** The expansion of public spending did not proportionally strengthen public provision and contributed to sustaining private supply, reinforcing subordination to the market in a segmented system with high out-of-pocket spending. Further work should include systematic comparisons of costs and output, and spending

Recibido el 2 de febrero de 2026. Aceptado el 03 de marzo de 2026.

¹ Médico de familia y comunidad. Escuela de Salud Pública (Universidad de Chile). Magíster en Salud Pública y en Administración de Salud. Correspondencia a: camilobass@gmail.com

growth should be reoriented toward structural public investment to reduce subordination to the market, expand public capacity, and advance the effective guarantee of the right to health.

Keywords: Health Care Financing; Health Expenditures; Privatization; Delivery of Health Care; Chile.

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, el sistema de salud chileno se ha consolidado como un modelo segmentado, con aseguramiento dual y una provisión que combina red pública y oferta privada. Esta arquitectura, establecida a partir de las reformas neoliberales de los años ochenta, no solo organizó la afiliación en torno a un fondo público (FONASA) y aseguradoras privadas (ISAPRE), sino que también fortaleció mecanismos permanentes de compra de prestaciones al sector privado con financiamiento de origen público. Diversos análisis han descrito cómo esta configuración ha favorecido transferencias sostenidas hacia prestadores privados mediante instrumentos como la Modalidad de Libre Elección y la compra institucional de servicios, reproduciendo un patrón de subsidio cruzado desde el sistema público hacia actores privados (Bass del Campo, 2020; Manzano Méndez & Goyenechea Hidalgo, 2020; Parada-Lezcano & Bass del Campo, 2020).

Este patrón no es exclusivo de Chile. Forma parte de una trayectoria más amplia de privatización funcional en América Latina, donde la expansión del financiamiento público ha ido acompañada de un fortalecimiento relativo de la provisión privada. En estas configuraciones, el Estado tiende a asumir crecientemente un rol de financiador, mientras el sector privado incrementa su peso como proveedor, reforzando dinámicas de mercantilización de la política sanitaria (Laurell, 2017; Luzuriaga, 2016). Informes regionales recientes han subrayado, además, la importancia de observar no solo la magnitud del gasto, sino también su orientación y capacidad de ejecución en períodos de alta presión sanitaria, ya que esas decisiones condicionan qué se entiende en la práctica por fortalecimiento del sistema (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

En paralelo, el gasto público en salud ha aumentado en las últimas dos décadas, tanto en niveles absolutos como en su relación con el PIB, impulsado por presiones demográficas, epidemiológicas y políticas. Proyecciones fiscales de largo

plazo han advertido que el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica tenderán a elevar de manera persistente la presión sobre el financiamiento sanitario, planteando desafíos de sostenibilidad y priorización del gasto (Dirección de Presupuestos, 2013). Sin embargo, el volumen de gasto, por sí solo, dice poco sobre el tipo de fortalecimiento que efectivamente se produce: una expansión presupuestaria puede traducirse en mayor capacidad pública instalada, o bien en una ampliación de compras externas que sostengan la oferta privada. Distinguir entre ambas trayectorias es clave para interpretar el alcance real del fortalecimiento del sistema.

La orientación del financiamiento sanitario también tiene consecuencias distributivas directas sobre los hogares. En un sistema caracterizado por segmentación y compras privadas financiadas con recursos públicos, el gasto de bolsillo mantiene un peso significativo dentro del gasto total en salud. La evidencia reciente muestra que el gasto directo de los hogares representa una proporción sustantiva del financiamiento sanitario y presenta una tendencia creciente, lo que sugiere que los mecanismos públicos de aseguramiento y provisión no logran absorber completamente el costo de la atención, especialmente cuando esta se canaliza hacia el sector privado (Aguilera Correa, 2024).

Pese a la centralidad del debate, existe poca evidencia empírica que describa de manera sistemática cómo se distribuye el crecimiento anual del financiamiento público entre provisión pública y compras a privados. Gran parte de la literatura se ha concentrado en caracterizar el diseño institucional o en estudiar mecanismos específicos, sin examinar con detalle la dinámica incremental del gasto y su orientación funcional (Manzano Méndez & Goyenechea Hidalgo, 2020). Contar con esta descripción es relevante porque permite discutir no solo cuánto se gasta, sino hacia dónde se orienta el esfuerzo fiscal y qué patrón institucional se reproduce en el tiempo. En Chile, este debate también se ha planteado en términos de fortalecimiento de capacidades públicas y reducción de dependencias estructurales respecto de la provisión privada (Bass del Campo, 2018).

En este marco, el presente estudio tiene como objetivo analizar la evolución del gasto público en salud en Chile entre 2019 y 2025, con énfasis en la proporción del aumento presupuestario anual destinada a prestadores privados. Para ello se utilizan series oficiales de ejecución presupuestaria de FONASA reportadas por la Dirección de Presupuestos y series institucionales de gasto

en Modalidad de Libre Elección y compra directa de prestaciones (Dirección de Presupuestos, 2026; Fondo Nacional de Salud, 2026). Con esta estrategia se busca aportar evidencia clara sobre la orientación del crecimiento del gasto sanitario y contribuir a un debate informado sobre las implicancias institucionales y distributivas del actual patrón de financiamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo basado en el análisis de series anuales de presupuesto y gasto sanitario para el período 2019-2025.

Fuentes de información y obtención de datos

Se utilizaron fuentes administrativas y estadísticas oficiales. El presupuesto anual de FONASA se obtuvo desde los registros de ejecución presupuestaria de la Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda (Dirección de Presupuestos, 2026). En este trabajo, el presupuesto de FONASA se entiende como el financiamiento canalizado a través del fondo público, incluyendo aporte fiscal y cotizaciones obligatorias de afiliados, según la clasificación presupuestaria reportada en dichas series.

El gasto en prestadores privados se estimó a partir de series institucionales de FONASA correspondientes a gasto en Modalidad de Libre Elección (MLE) y gasto en compra directa de prestaciones al sector privado (Fondo Nacional de Salud, 2026). La suma de ambos componentes se utilizó como medida operativa del financiamiento público transferido a provisión privada.

Para contextualizar el financiamiento sanitario a nivel agregado, se emplearon datos secundarios de gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) provenientes de bases de datos internacionales (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2024), utilizados en la elaboración de la figura correspondiente.

Homogeneización monetaria

Todos los montos se expresaron en pesos chilenos constantes, a precios de 2026, con el fin de eliminar el efecto de la inflación y permitir comparaciones interanuales. Para ello, los montos nominales de cada año se actualizaron a moneda de 2026 mediante el Índice de Precios al Consumidor (IPC) publicado por el Instituto Nacional de

Estadísticas (Instituto Nacional de Estadísticas, 2026).

Definición de variables

Se definieron las siguientes variables anuales:

- Presupuesto total de FONASA: monto anual ejecutado informado por DIPRES (Dirección de Presupuestos, 2026).
- Gasto en prestadores privados: suma del gasto anual en MLE y compra directa (Fondo Nacional de Salud, 2026).
- Gasto destinado al sistema público (gasto público efectivo en el sistema público): diferencia entre el presupuesto total de FONASA y el gasto en prestadores privados, utilizada como aproximación del componente ejecutado dentro de la provisión pública bajo la definición operativa del estudio.

Indicadores y cálculos

A partir de las variables anteriores se calcularon: la participación del gasto en privados sobre el presupuesto total (%); la variación interanual del presupuesto y del gasto en privados (diferencia entre el año t y el año $t-1$); la proporción del incremento anual del presupuesto destinada a privados, definida como el cambio anual del gasto en privados dividido por el cambio anual del presupuesto total (%); y la tasa de crecimiento anual del gasto en privados, estimada como el cambio porcentual del gasto en privados respecto del año previo.

Estrategia analítica

Se realizó un análisis descriptivo mediante la construcción de tablas y gráficos para examinar la evolución del presupuesto total de FONASA, del gasto en prestadores privados y de la distribución del incremento presupuestario entre gasto destinado al sistema público y compras privadas. No se efectuaron análisis inferenciales ni modelos multivariados, dado que el objetivo fue describir tendencias y proporciones en la asignación de recursos.

Consideraciones éticas

El estudio utilizó únicamente datos secundarios, agregados y de acceso público, sin uso de información individual identificable; por ello no requirió evaluación por comité de ética.

Alcances del análisis

La estimación de gasto transferido a prestadores privados se restringió a MLE y compra directa informadas por FONASA (Fondo Nacional de

Salud, 2026). Dado el carácter anual de las series, no se desagregó por tipo de prestación, especialidad o prestador. Asimismo, al concentrarse en flujos asociados a FONASA, los resultados deben interpretarse como una aproximación a la dinámica principal del financiamiento público sanitario en Chile durante el período estudiado.

RESULTADOS

Evolución del presupuesto de FONASA y del gasto transferido a prestadores privados (2019-2025)

La Tabla 1 presenta la evolución del presupuesto ejecutado de FONASA entre 2019 y 2025, expresado en pesos constantes (base 2026). Este presupuesto corresponde al financiamiento canalizado por el fondo público, incluyendo aporte fiscal y cotizaciones obligatorias, según la ejecución

presupuestaria reportada por DIPRES. En lo sucesivo, presupuesto FONASA refiere a la ejecución institucional reportada por DIPRES. En el período se observa un aumento real sostenido del presupuesto, con incrementos anuales de magnitud variable.

En paralelo, la misma tabla muestra el gasto transferido a prestadores privados, estimado como la suma de Modalidad de Libre Elección (MLE) y compra directa. En términos reales, este componente crece a un ritmo superior al presupuesto total, elevando el volumen absoluto de recursos transferidos hacia provisión privada.

En relación con la hipótesis central del estudio, la proporción del presupuesto destinada a compras a privados se mantuvo a lo largo del período (Tabla 1). El resultado principal es la persistencia de un nivel relevante de transferencias, acompañada de un aumento significativo en términos absolutos.

Tabla 1: Presupuesto ejecutado de FONASA y gasto transferido a prestadores privados (MLE + compra directa), Chile 2019-2025 (billones de pesos constantes, base 2026).

Año	Presupuesto FONASA	Gasto en privados (MLE + compra directa)	% del presupuesto a privados
2019	11,20	1,13	10,1
2020	12,93	1,09	8,4
2021	13,73	1,30	9,5
2022	14,09	1,41	10,0
2023	14,67	1,38	9,4
2024	15,09	1,65	10,9
2025	16,66	1,95	11,7

Fuente: Elaboración propia con base en la ejecución presupuestaria de FONASA reportada por DIPRES, expresada en pesos chilenos constantes a precios de 2026 mediante ajuste por IPC, y en series institucionales de FONASA para gasto en Modalidad de Libre Elección (MLE) y compra directa a prestadores privados, también expresadas en pesos constantes (base 2026).

Nota: El presupuesto de FONASA corresponde al financiamiento canalizado por el fondo público e incluye aporte fiscal y cotizaciones obligatorias, según la clasificación reportada en la ejecución presupuestaria. El gasto en privados se estimó como la suma de MLE y compra directa.

Distribución del incremento anual del presupuesto entre sistema público y compras privadas

La Tabla 2 resume la dinámica incremental del gasto: cuánto crece el presupuesto total cada año y qué parte de ese aumento se orienta a compras a prestadores privados. Los resultados muestran una alta variabilidad interanual. En algunos años, una fracción importante del incremento presupuestario fue absorbida por el gasto en privados; en otros, el crecimiento se concentró mayoritariamente en el componente ejecutado en el sistema público.

La Figura 1 sintetiza esta distribución del incremento presupuestario, mostrando de forma comparativa la proporción del aumento anual del presupuesto que permanece en el sistema público y la que se transfiere a prestadores privados. El patrón observado confirma que, aun cuando la participación anual de compras privadas sobre el presupuesto total se mantiene, la orientación del crecimiento puede cambiar de manera marcada entre años, alcanzando su punto más alto en el período en el año 2024 (Figura 1).

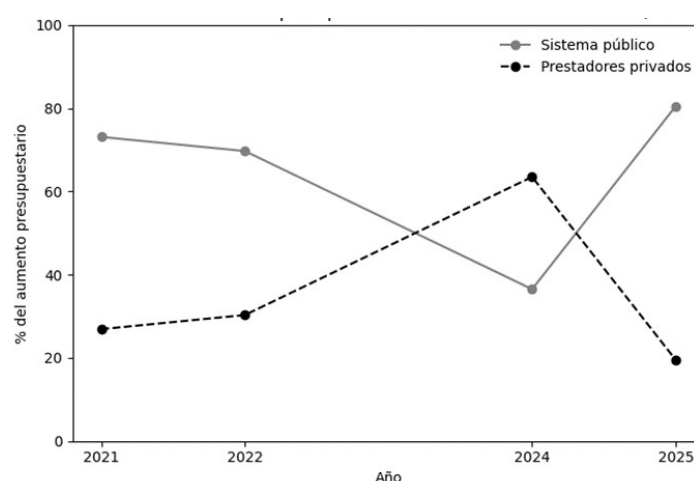
Tabla 2: Distribución del incremento anual del presupuesto de FONASA y del gasto transferido a prestadores privados (MLE + compra directa), Chile 2020-2025 (billones de pesos constantes, base 2026).

Año	Incremento presupuesto FONASA (Δ)	Incremento gasto en privados (Δ)	% del incremento a privados
2020	1,7300	-0,0457	-2,6
2021	0,8023	0,2156	26,9
2022	0,3666	0,1112	30,3
2023	0,5710	-0,0356	-6,2
2024	0,4196	0,2667	63,5
2025	1,5800	0,3075	19,5

Fuente: Elaboración propia con base en la ejecución presupuestaria de FONASA reportada por DIPRES y en series institucionales de FONASA para gasto en Modalidad de Libre Elección (MLE) y compra directa a prestadores privados; montos expresados en pesos chilenos constantes (base 2026), ajustados por IPC.

Nota: El presupuesto de FONASA corresponde a la ejecución institucional reportada por DIPRES e incluye aporte fiscal y cotizaciones obligatorias. El gasto en privados se estimó como MLE + compra directa. Valores negativos indican disminución real respecto del año previo.

Figura 1: Distribución del aumento del presupuesto FONASA entre sistema público y prestadores privados (%), 2021, 2022, 2024, 2025 y 2026.



Fuente: Elaboración propia con base en la ejecución presupuestaria anual de FONASA reportada por DIPRES y en series institucionales de FONASA de gasto anual en MLE y compra directa a prestadores privados; cifras expresadas en pesos constantes (base 2026).

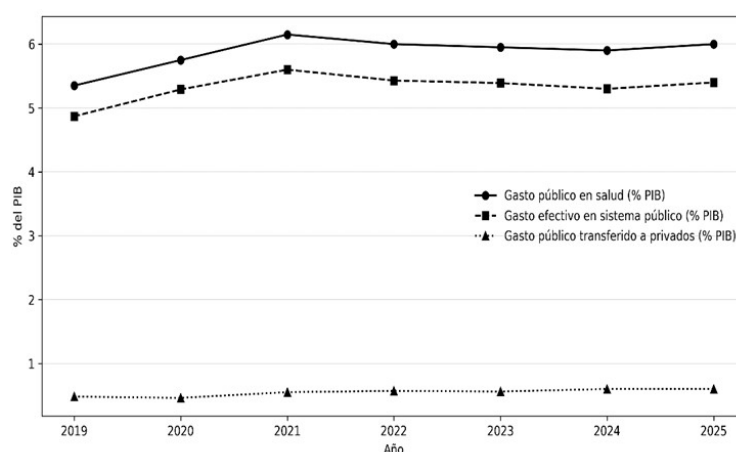
Nota: "Sistema público" corresponde a 100% menos la proporción del incremento anual destinada a prestadores privados. Se excluye 2023 porque el componente "privados" presenta variación negativa en términos reales.

Gasto público total, gasto efectivo en el sistema público y transferencias a privados como porcentaje del PIB

La Figura 2 muestra la evolución del gasto público en salud como porcentaje del PIB y su desagregación en dos componentes: gasto público efectivo en el sistema público, definido en este estudio como el gasto público total menos las transferencias estimadas a privados (MLE + compra directa), y gasto público transferido a prestadores privados.

En el período analizado, el gasto público total en salud aumenta en los años de mayor presión asistencial y luego se estabiliza en torno a niveles similares. La desagregación permite observar que la brecha entre el gasto total y el gasto efectivo se mantiene de manera persistente, reflejando una transferencia sostenida hacia prestadores privados. En términos del PIB, el componente transferido a privados presenta una leve alza hacia el final del período (Figura 2).

Figura 2: Gasto público en salud, gasto efectivo en el sistema público y gasto público transferido a prestadores privados como porcentaje del PIB, Chile, 2019-2026.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de OECD Health Statistics y Health at a Glance (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2024), la ejecución presupuestaria de FONASA reportada por DIPRES (Dirección de Presupuestos, 2026) y series institucionales de gasto anual en MLE y compra directa (Fondo Nacional de Salud, 2026).

Nota: La figura muestra la evolución del gasto público en salud como porcentaje del PIB y su desagregación entre gasto efectivo en el sistema público y gasto público transferido a prestadores privados (MLE + compra directa) entre 2019 y 2025. En este estudio, gasto efectivo se define como gasto público total menos transferencias estimadas a prestadores privados.

Síntesis de hallazgos

En conjunto, los resultados muestran un crecimiento real del presupuesto de FONASA entre 2019 y 2025 y un aumento aún mayor del gasto transferido a prestadores privados. Pese a ello, la participación porcentual de estas compras sobre el presupuesto total se mantiene en un rango relativamente estable. En cambio, la distribución del incremento anual es altamente variable: en algunos años, una parte sustantiva del aumento presupuestario se orientó a compras a privados (Figura 1). A nivel macro, la desagregación como porcentaje del PIB evidencia una brecha persistente entre el gasto público total y el gasto efectivo en el sistema público (definido en este estudio como gasto público total menos transferencias estimadas a privados), lo que es consistente con transferencias sostenidas hacia prestadores privados (Figura 2).

DISCUSIÓN

Este estudio aporta evidencia empírica sobre una pregunta que suele quedar desplazada por el debate de recursos: no solo cuánto crece el gasto público, sino cómo se orienta ese crecimiento y qué parte termina financiando provisión privada. La contribución principal no es constatar que existe compra a privados (algo conocido), sino mostrar que la expansión presupuestaria puede

operar, en años específicos, como un mecanismo de transferencia significativa hacia prestadores privados, aun cuando la participación porcentual anual de esas compras se mantenga en un rango acotado. En términos institucionales, este hallazgo es consistente con la caracterización de un sistema dual, donde el Estado cumple crecientemente el rol de financiador de prestaciones producidas por el mercado, sin que ello implique necesariamente un fortalecimiento proporcional de la capacidad pública (Bass del Campo, 2020; Manzano Méndez & Goyenechea Hidalgo, 2020).

La lectura de conjunto sugiere que esta orientación no puede interpretarse solo como una respuesta coyuntural. La pandemia explica parte del comportamiento del gasto, pero los resultados muestran que las compras a privados no aparecen únicamente como “válvula de emergencia”, sino como un componente estable del financiamiento. En otras palabras, el presupuesto crece, pero una fracción relevante del esfuerzo fiscal sigue encontrando salida por mecanismos de externalización. Esta dinámica se aproxima a lo que la literatura ha descrito como privatización funcional o subsidio a la demanda: el Estado sostiene el flujo de recursos y la demanda efectiva, mientras el mercado consolida su rol como proveedor (Laurell, 2017; Luzuriaga, 2016).

Las implicancias son políticas y técnicas. En términos de conducción del sistema, una

externalización recurrente tiende a desplazar la discusión desde el desarrollo de capacidades hacia la administración de brechas mediante contratación. Esto no equivale a afirmar que toda compra a privados sea injustificada; puede ser necesaria en escenarios puntuales. El problema aparece cuando se convierte en una vía estructural de expansión: el aumento del gasto adquiere un carácter compensatorio, orientado a resolver demanda a corto plazo, en vez de traducirse en inversión sostenida, organización productiva de red y planificación sanitaria de largo plazo (Parada-Lezcano & Bass del Campo, 2020).

En el plano técnico, los resultados también tensionan la expectativa de que la externalización sea, por sí misma, una vía eficiente para resolver problemas estructurales. La evidencia internacional ha mostrado que procesos de privatización y contratación externa no se asocian de manera consistente con mejoras en calidad o resultados, y pueden introducir incentivos a la selección de pacientes, a la priorización de objetivos financieros y a la reducción de costos con efectos sobre dotaciones y continuidad del cuidado (Goodair & Reeves, 2024). A ello se suman los costos de transacción y las dificultades de control contractual que se vuelven especialmente relevantes cuando la compra deja de ser excepcional y pasa a ocupar un lugar estructural en el funcionamiento del sistema (Repullo, 2006a; Repullo, 2006b).

Desde una perspectiva comparada, este patrón dialoga con una preocupación más amplia en América Latina: la distancia entre la “cobertura” proclamada en derechos y la disponibilidad efectiva de servicios, particularmente cuando las reformas desplazan el foco hacia subsidios a la demanda y dejan en segundo plano la expansión y adaptación de la red pública. En esa línea, se ha advertido que insistir en la vía del financiamiento indirecto puede ampliar la brecha entre cobertura legal y accesibilidad real, y reponer la necesidad de trabajar por el lado de la oferta (esto es, construir capacidad pública instalada y gobernanza efectiva) como condición para sostener universalidad con servicios reales (Repullo-Labrador et al., 2025).

Desde una perspectiva fiscal e institucional, la transferencia persistente de recursos públicos hacia prestadores privados comparte rasgos con otras formas de asociación público-privada: los riesgos tienden a socializarse mientras los beneficios se concentran en operadores privados, con desplazamiento potencial de inversión pública directa y mayor dependencia futura (Eurodad, 2018). Esta dimensión importa porque vuelve a

instalar la pregunta por el tipo de sistema que se reproduce cuando el Estado actúa, de manera sostenida, como asegurador financiero de la oferta privada.

En el plano político-institucional, los resultados tensionan la coherencia entre el discurso de fortalecimiento del sistema público y el uso de instrumentos que, en la práctica, consolidan la compra externa como vía recurrente de resolución. Este contraste se vuelve más visible cuando políticas presentadas como “universalizadoras” o “fortalecedoras” conviven con mecanismos de financiamiento que preservan subsidios cruzados y sostienen circuitos de provisión privada, con potencial de reproducir segmentación y desigualdad en la capacidad real de acceso. En el debate reciente sobre la APS-U se han formulado críticas precisamente en esa dirección: que ciertas modalidades de expansión pueden terminar reforzando dependencia del mercado bajo un lenguaje de reforma (Bass del Campo, 2025). En una línea similar, se ha señalado que el desplazamiento del Estado hacia un rol predominantemente financiador (con creciente centralidad de actores privados en la provisión) refuerza procesos de mercantilización y pérdida de control público sobre la producción de servicios (Gaffney et al., 2025).

Este estudio tiene limitaciones que deben ser consideradas. Primero, utiliza información anual agregada, lo que impide distinguir tipos específicos de prestaciones, niveles de complejidad o categorías de prestadores. Segundo, la estimación de transferencias a privados se restringe a MLE y compra directa, por lo que no captura otras modalidades posibles de financiamiento público asociado a provisión privada. Tercero, al concentrarse en flujos de FONASA, los resultados deben interpretarse como aproximación a la dinámica principal del financiamiento público, sin evaluar impacto directo en acceso, listas de espera o resultados sanitarios. Finalmente, el trabajo no incorpora comparaciones sistemáticas de costos y producción relativa entre provisión pública y privada, para valorar efectos distributivos y organizacionales de las distintas modalidades de financiamiento.

Con todo, el mensaje central es claro: el debate sobre financiamiento sanitario no puede reducirse a cuánto se gasta. La pregunta políticamente decisiva es hacia dónde se orienta el gasto y qué tipo de sistema se reproduce con ese flujo de recursos. La persistencia de transferencias a privados y la variabilidad en la distribución del incremento anual sugieren que el crecimiento presupuestario puede contribuir a sostener oferta privada sin traducirse

necesariamente en fortalecimiento proporcional de capacidades públicas. En consecuencia, una discusión sería sobre reforma y derecho a la salud requiere incorporar explícitamente el destino institucional del financiamiento, la gobernanza de las compras y la reorientación del gasto hacia inversión pública estructural que reduzca dependencia del mercado y amplíe la capacidad pública instalada para garantizar atención.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Este estudio muestra que el crecimiento del gasto público en salud en Chile entre 2019 y 2025 no se tradujo en un fortalecimiento proporcional de la provisión estatal. Una parte relevante del aumento presupuestario se canalizó hacia prestadores privados mediante mecanismos de compra de servicios, de modo que la expansión del financiamiento público coexistió con transferencias sostenidas hacia el sector privado. Leído en su conjunto, el aumento del gasto aparece menos como una estrategia de construcción de capacidades públicas y más como una forma de administrar brechas de producción a través del mercado.

Desde una perspectiva institucional, estos resultados permiten problematizar el sentido concreto del “fortalecimiento” cuando el crecimiento del financiamiento público opera, en parte, como soporte de la oferta privada. En esa lógica, el Estado asume costos y urgencias de la demanda, mientras la provisión mercantil consolida posiciones y capacidad de captura del gasto incremental. No se trata solo de eficiencia técnica, sino de una orientación estructural del financiamiento que tiende a reproducir dependencia, segmentación y asimetrías de poder en la organización del sistema.

Las implicancias distributivas de este patrón son relevantes. En un sistema donde una fracción persistente del gasto público se canaliza a compras privadas, los hogares siguen enfrentando barreras económicas y un peso significativo del gasto directo, lo que tensiona la promesa de protección financiera. En ese marco, discutir el financiamiento sanitario exige mirar simultáneamente la orientación del gasto público y sus efectos sobre quién asume los costos en la práctica, especialmente en contextos de segmentación y mercantilización.

Como agenda de investigación, se requiere profundizar en el contenido del gasto transferido a privados, distinguiendo prestaciones, niveles de complejidad y áreas clínicas, y evaluar sus efectos sobre acceso oportuno, listas de espera, protección financiera y resultados sanitarios.

Asimismo, resulta prioritario incorporar comparaciones sistemáticas de costos y producción entre provisión pública y privada, considerando no solo costos unitarios, sino también costos de transacción, capacidades de regulación y efectos organizacionales.

Desde el punto de vista de la política pública, los hallazgos tensionan la coherencia entre el discurso de fortalecimiento del sistema público y el uso de instrumentos que pueden consolidar una externalización permanente. En ese marco, fortalecer la Atención Primaria de Salud como base del sistema no debiera entenderse como consigna, sino como una decisión material: longitudinalidad, participación comunitaria, capacidad resolutoria, articulación de redes y protección financiera efectiva. Reorientar el crecimiento del gasto hacia inversión pública estructural (talento humano, infraestructura y organización productiva de la red) aparece como un eje estratégico para reducir dependencia del mercado, ampliar capacidad pública instalada y avanzar en la garantía del derecho a la salud.

Uso de herramientas de apoyo a la escritura: Se utilizó asistencia de herramientas de inteligencia artificial (OpenAI) para mejorar claridad y estilo del manuscrito. El análisis, interpretación y conclusiones son responsabilidad exclusiva del autor.

REFERENCIAS

- Aguilera Correa, I. (2024). Gasto de bolsillo en salud nacional: actualización con la IX EPF 2022. *Economía y Salud*, (1), 1–12.
- Bass del Campo, C. (2018). Atención primaria fuerte: historia, diagnóstico actual y propuestas para Chile. *Cuadernos Médico Sociales* (Chile), 58(3), 137–141.
- Bass del Campo, C. (2020). La crisis neoliberal del sistema de salud de Chile. En *Refundación de sistemas de salud en América Latina y el Caribe* (pp. 99–113). CLACSO.
- Bass del Campo, C. (2025). Universalización de atención primaria en Chile: una política lamentablemente regresiva. *Cuadernos Médico Sociales* (Chile), 65(1), 53–65. <https://doi.org/10.56116/cms.v65.n.1.2025.2209>
- Dirección de Presupuestos. (2013). *Sistema público de salud: situación actual y proyecciones fiscales 2013–2050*. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.
- Dirección de Presupuestos. (2026). *Ejecución presupuestaria del Fondo*

- Nacional de Salud, 2019–2025. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile. <https://www.dipres.gob.cl>
- Eurodad. (2018). Historia repetida: cómo fracasan las asociaciones público-privadas. Eurodad.
 - Fondo Nacional de Salud. (2026). Series de gasto institucional en modalidad de libre elección y compra de prestaciones. FONASA. <https://www.fonasa.cl>
 - Gaffney, A., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., & McCormick, D. (2025). Health care in the USA: money has become the mission. *The Lancet*, 406, 2588–2600. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01669-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01669-1)
 - Goodair, B., & Reeves, A. (2024). The effect of health-care privatisation on the quality of care. *The Lancet Public Health*, 9, e199–e206. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00047-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00047-0)
 - Instituto Nacional de Estadísticas. (2026). Índice de Precios al Consumidor (IPC). INE. <https://www.ine.gob.cl>
 - Laurell, A. C. (2017). La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(Suppl 2), e00043916. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043916>
 - Luzuriaga, M. J. (2016). Los procesos de privatización de los servicios de salud en cuatro países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile y Colombia (Tesis doctoral). Universidade Federal do Rio de Janeiro.
 - Manzano Méndez, D., & Goyenechea Hidalgo, M. (2020). Análisis del subsidio a la demanda para atención de salud y su relación con los holdings de empresas en Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(10), 1496–1503. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020001001496>
 - Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). Health statistics. OECD. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>
 - Organización Panamericana de la Salud. (2024). Informe sobre financiamiento y gasto en salud en América Latina y el Caribe. OPS.
 - Parada-Lezcano, M., & Bass del Campo, C. (2020). Servicio Nacional de Salud para garantizar el derecho a la salud. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)*, 60(3), 79–84.
 - Repullo, J. R. (2006a). Externalización, eficiencia y calidad (primera parte). *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 258–267.
 - Repullo, J. R. (2006b). Externalización, eficiencia y calidad (segunda parte). *Gaceta Sanitaria*, 20(4), 348–356.
 - Repullo-Labrador, J. R., Freire-Campo, J. M., & Marcos-Marcos, J. (2025). Sistemas de salud en Latinoamérica: reflexiones en la encrucijada del siglo XXI. *Gaceta Sanitaria*, 39, 102493. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2025.102493>

Servicios comunitarios de salud mental basados en derechos

Rights-based community mental health services

Rafael Sepúlveda¹

RESUMEN

Este artículo propone una lectura situada de los servicios comunitarios de salud mental basados en derechos en Chile. A partir de literatura especializada, experiencia programática y hallazgos recientes de la Evaluación Sectorial de Salud Mental elaborada por DIPRES, identifica principios para comprender qué vuelve comunitaria a una red, qué tensiones amenazan su sentido y con qué criterios conviene evaluarla. Se detiene en acceso, continuidad, tratamiento, rehabilitación, equipos, intersectorialidad territorial e información para la gestión. Sostiene que el desafío actual no es solo defender el modelo comunitario, sino darle condiciones materiales, institucionales y éticas para que realmente cuide.

Palabras clave: Salud Mental, Servicios de Salud Mental, Atención Comunitaria, Derechos Humanos, Desinstitucionalización.

ABSTRACT

This article offers a situated reading of rights-based community mental health services in Chile. Drawing on specialized literature, programmatic experience, and recent findings from the Sectoral Evaluation of Mental Health conducted by DIPRES, it identifies principles for understanding what makes a network genuinely community-based, which tensions threaten its meaning, and which criteria are useful to assess it. It focuses on access, continuity of care, treatment, rehabilitation, staffing, territorial intersectorality, and information systems for management. It argues that the current challenge is not only to defend the community model, but to provide it with the material, institutional, and ethical conditions required for it to genuinely care.

Keywords: Mental Health, Mental Health Services, Community Care, Human Rights, Deinstitutionalization.

INTRODUCCIÓN

En Chile, hablar de salud mental comunitaria se ha vuelto algo habitual. Quizás demasiado habitual. El lenguaje del modelo comunitario circula con relativa facilidad en planes, documentos técnicos, discursos de autoridad y conversaciones de equipos. Sin embargo, esa familiaridad no siempre equivale a claridad. Sabemos, con razón, que el hospital psiquiátrico no puede seguir siendo el eje del sistema, pero no siempre logramos explicar con igual precisión qué debería ocupar su lugar, cómo sostenerlo en el tiempo y con qué criterios distinguir una transformación real de una adhesión meramente declarativa al modelo.

Ese problema no es menor. En una red marcada por sobrecarga, fragmentación, presión por resultados, dificultades de coordinación y escasez de especialidad en distintos puntos del sistema, el riesgo de que lo

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

“comunitario” se vuelva una palabra prestigiosa pero imprecisa es alto. A veces se usa para nombrar un horizonte ético; otras, para designar un conjunto de dispositivos; otras, para diferenciarse del manicomio; y otras, sencillamente, para mostrar alineamiento con el lenguaje correcto de la política pública. El problema es que una red no se vuelve comunitaria por llamarse a sí misma de ese modo. Se vuelve comunitaria cuando organiza efectivamente el cuidado en torno a la vida de las personas, sus vínculos, sus trayectorias y sus territorios.

La reciente *Evaluación Sectorial de Salud Mental* elaborada por la Dirección de Presupuestos ayuda a situar esta discusión en un terreno menos abstracto. El informe muestra que, entre 2020 y 2023, la población objetivo de la oferta programática priorizada creció mucho más rápido que la población beneficiaria; que la cobertura de esa oferta alcanzó 27% en 2023; y que, dentro de la población beneficiaria, 13,5% correspondió a tratamiento y 10,3% a rehabilitación. El propio panel concluye que existe una brecha significativa entre la demanda potencial por tratamiento de trastornos mentales y la oferta programática disponible por parte del Estado, y sugiere avanzar hacia sistemas de monitoreo más robustos, orientados a política y no solo a programas (Dirección de Presupuestos, 2025). Ese diagnóstico no obliga a abandonar el horizonte comunitario. Obliga, más bien, a dejar de tratarlo como una consigna autosuficiente.

Este artículo se sitúa precisamente allí. No busca convertirse en un comentario del informe de DIPRES, ni reemplazar una reflexión clínico-política por una discusión tecnocrática sobre indicadores. Lo que propone es algo más acotado y, al mismo tiempo, más difícil: ofrecer una formulación inteligible para quienes trabajan en la red pública acerca de qué significa hoy sostener servicios comunitarios y basados en derechos, cuáles son sus tensiones más relevantes y con qué criterios conviene evaluarlos sin vaciar su sentido ético y político. El punto de partida es simple: una red comunitaria no se define por el nombre del dispositivo ni por la adhesión discursiva a un modelo, sino por su capacidad real de organizar responsabilidad territorial, continuidad de cuidados, trabajo intersectorial, protección de derechos y acompañamiento de proyectos de vida.

Cuando una red es realmente comunitaria

Una red de salud mental comienza a volverse comunitaria cuando deja de imaginar a las personas como una sucesión de consultas y empieza a

pensarlas como trayectorias situadas. Esto parece evidente, pero no lo es. En la práctica cotidiana, una parte importante del sufrimiento de los equipos proviene precisamente de la distancia entre la complejidad con que los problemas llegan a la red y la estrechez con que, muchas veces, la institución obliga a responderlos. Lo que llega no es solo un síntoma. Llegan historias marcadas por violencia, endeudamiento, precariedad habitacional, vínculos frágiles, consumo problemático, trayectorias escolares interrumpidas, deterioro funcional, experiencias de exclusión o desprotección. Cuando esa complejidad se reduce a una prestación, una interconsulta o una derivación, la clínica pierde mundo y la red pierde espesor.

Por eso la territorialidad no puede entenderse solo como una palabra atractiva ni como una simple referencia geográfica. Territorialidad quiere decir responsabilidad sobre una población concreta. Quiere decir saber a quién se atiende, en qué condiciones vive, con qué apoyos cuenta, qué riesgos se acumulan en su entorno y qué actores locales resultan relevantes para acompañar procesos de cuidado. Un equipo comunitario no es simplemente un equipo ubicado en una comuna. Es un equipo que organiza su trabajo desde una población a cargo, que conoce su territorio y que entiende que una parte de la calidad de su práctica depende de esa inscripción.

Algo similar ocurre con la desinstitucionalización. Su sentido no se agota en cerrar camas o en trasladar administrativamente prestaciones fuera del hospital psiquiátrico. La pregunta decisiva es otra: si el centro de gravedad del sistema sigue descansando en respuestas episódicas, aisladas y fuertemente especializadas, o si se logra construir una red capaz de sostener prevención, atención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social de manera articulada. Un sistema puede tener menos hospitalización y seguir siendo poco comunitario si las personas continúan circulando entre dispositivos fragmentados, si no existen retornos bien cuidados entre niveles o si las decisiones clínicas siguen pensándose de espaldas a la vida cotidiana (Desviat & Moreno, 2012; Ministerio de Salud, 2018).

La mirada biopsicosocial situada apunta justamente a corregir ese riesgo. Su valor no reside en oponerse retóricamente a lo biomédico, sino en recordar que el sufrimiento psíquico nunca llega solo. Llega encarnado en una historia, en relaciones sociales concretas, en condiciones materiales de vida, en trayectorias laborales, escolares y familiares, en experiencias de violencia o de soledad, en formas diferenciales de habitar el territorio. Una

red comunitaria no “agrega” lo social a la clínica como un complemento posterior. Lo incorpora desde el comienzo, porque entiende que allí también se juega el proceso terapéutico (Madariaga et al., 2016).

Por último, una red solo puede llamarse comunitaria si protege la continuidad. La continuidad de cuidados no es un eslogan amable. Es una práctica difícil y exigente. Supone que las personas no se extravíen entre APS, especialidad, urgencia, hospitalización, programas sociales y otros sectores. Supone responsables definidos, planes de transición, contrarreferencias útiles y una lógica clínica que acompañe retornos, recaídas, crisis y procesos de recuperación a lo largo del tiempo. Desde esta perspectiva, la participación deja de ser un gesto formal y se vuelve una condición de calidad. Sin usuarios, familias y comunidades que puedan participar de manera sustantiva en la definición de prioridades, riesgos aceptables y horizontes de recuperación, el modelo comunitario puede volverse paternalista incluso cuando habla en nombre de los derechos.

No hay cuidado comunitario sin materialidad

Uno de los problemas recurrentes en la conversación sobre salud mental comunitaria es que a veces se la presenta como si dependiera, sobre todo, de una buena convicción ética o de una doctrina correcta. Ambas importan. Pero no bastan. No hay salud mental comunitaria a puro heroísmo. Cuidar comunitariamente requiere equipos, tiempo, formación, dispositivos, coordinación y una organización del trabajo que no destruya aquello mismo que dice defender.

Esta constatación es importante porque obliga a sacar la discusión de un plano meramente normativo. No basta con declarar territorialidad, continuidad o derechos si la materialidad institucional vuelve casi imposible sostenerlos. Cuando la atención secundaria es escasa, cuando los tiempos están colonizados por la urgencia, cuando el trabajo intersectorial depende del esfuerzo extraordinario de algunas personas y cuando el seguimiento se hace a costa del agotamiento de los equipos, el modelo comunitario corre el riesgo de convertirse en una ética sin soporte. No desaparece como ideal, pero se precariza como práctica.

La *Evaluación Sectorial de Salud Mental* vuelve especialmente visibles estas tensiones al mostrar que la oferta pública ha crecido, pero que ese crecimiento no ha logrado cerrar la distancia entre población objetivo y población efectivamente beneficiaria. Allí aparece una verdad incómoda para

la red: no siempre el problema es la ausencia de discurso, sino la falta de materialidad institucional suficiente para sostenerlo. Cuando los equipos están sobrecargados, cuando la atención especializada se vuelve escasa, cuando el tiempo protegido para coordinación desaparece y cuando la respuesta posible se reduce a contener la urgencia inmediata, el modelo comunitario empieza a vaciarse desde dentro (Dirección de Presupuestos, 2025).

Esto obliga a poner en el centro un asunto a veces tratado lateralmente: la relación entre dotación, capacidades y carga asistencial por profesional. No se trata de fijar una cifra mágica aplicable a cualquier territorio. Se trata de preguntarse si la organización real del equipo permite hacer aquello que el modelo promete. ¿Existe tiempo para consultoría? ¿Hay espacio para trabajo extramural, para reuniones clínicas, para articulación con otros sectores, para seguimiento después de una crisis, para trabajo con familias y para rehabilitación? ¿La composición disciplinaria del equipo alcanza para responder a la complejidad de los problemas o termina empujando todo hacia una salida farmacológica o derivativa? Formular estas preguntas no significa abandonar la gestión. Significa exigir una gestión responsable de algo más que del flujo de prestaciones.

En este punto, la crítica al managerialismo no equivale a una nostalgia antiadministrativa. Gestionar es indispensable. El problema no es la gestión en sí misma, sino la forma que adopta cuando los dispositivos de control, trazabilidad y cumplimiento colonizan por completo el trabajo clínico. Allí los equipos dejan de habitar una red de cuidado y pasan a sobrevivir dentro de una red de exigencias. En ese marco, no solo se estrecha la práctica clínica; también se empobrece la imaginación institucional. La red empieza a volverse incapaz de pensar más allá de sus propios indicadores, y aquello que no cabe en la métrica —el vínculo, la confianza, la continuidad, la experiencia de cuidado, la densidad de una trayectoria— comienza a perder valor.

La intersectorialidad real de los casos complejos, el caso de la infancia y adolescencia

En este punto conviene hacer una corrección importante respecto de formulaciones demasiado restringidas de la intersectorialidad. En infancia y adolescencia, no basta con afirmar que la salud mental debe coordinarse con Educación. Esa articulación es importante, desde luego. Pero si se la convierte en imagen principal del trabajo

intersectorial, se corre el riesgo de escolarizar en exceso la comprensión del problema y de dejar fuera actores decisivos de la red real.

Los casos complejos de niños, niñas y adolescentes no se juegan solo entre box y escuela. Se juegan también en el sistema de protección especializada, en los dispositivos vinculados a justicia juvenil y de familia, en programas de tratamiento o rehabilitación por consumo problemático, en municipalidades, en residencias, en programas ambulatorios y en redes comunitarias de apoyo. Es decir, la intersectorialidad no es una cuestión decorativa de coordinación institucional; es una forma concreta de sostener trayectorias de cuidado allí donde ningún sector, por sí solo, tiene capacidad suficiente para responder.

Los lineamientos del *Sistema Intersectorial de Salud Integral* con énfasis en salud mental para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente ayudan a nombrar con mayor precisión esta arquitectura. Allí aparecen Salud, Justicia, Protección Especializada y SENDA no solo como actores centrales de diseño, sino también como partes de una red de mesogestión y microgestión que debe operar territorialmente. Esto es importante porque mueve la discusión desde la coordinación suprasectorial abstracta hacia la práctica local de seguimiento, derivación, contraderivación y corresponsabilidad cotidiana (Ministerio de Salud et al., 2023).

Dicho de otro modo, en infancia y adolescencia la intersectorialidad se juega, al menos, en cuatro circuitos locales: salud–educación, salud–protección especializada, salud–justicia juvenil/familia y salud–programas SENDA de prevención, tratamiento o rehabilitación. Si alguno de esos circuitos falla, la consecuencia no es solo una descoordinación administrativa. Muchas veces es la interrupción de una trayectoria, la agravación de una crisis o la expulsión del caso hacia otra institución.

La propia *Evaluación Sectorial de Salud Mental* ayuda a leer mejor esta dificultad. Por un lado, muestra que la intersectorialidad es un rasgo fuerte de la oferta. Por otro, recoge testimonios que describen la escasez de atención secundaria, especialmente grave en salud mental de niños y niñas, y la persistencia de una tensión donde “todo se resuelve” finalmente con especialidad, fármacos y psiquiatría. Allí aparece una paradoja central del campo: la red necesita más intersectorialidad, pero también necesita más capacidad sanitaria especializada; necesita más trabajo territorial, pero también mejores

respuestas clínicas; necesita más coordinación, pero no para distribuir casos, sino para sostenerlos (Dirección de Presupuestos, 2025).

Desde esta perspectiva, evaluar intersectorialidad no puede reducirse a contar convenios firmados o reuniones sostenidas. Lo que importa es algo más exigente: si existen planes compartidos por caso; si los tiempos de respuesta entre sectores son razonables; si hay contrarreferencias efectivas; si las mesas de caso funcionan con regularidad y capacidad resolutoria; si tras una crisis se protege la continuidad educativa o residencial; si hay articulación concreta con medidas de protección o con justicia juvenil; y si los programas financiados por SENDA forman parte real de la red cuando existe consumo problemático de sustancias. La calidad territorial de la red se expresa menos en la cantidad de actores convocados que en la posibilidad concreta de construir corresponsabilidad.

Derechos, cuidado y calidad

Hablar de servicios basados en derechos obliga a no trivializar la dimensión ética del cuidado. La dignidad, la autonomía, la participación, la no coerción y la inclusión no son adornos normativos del modelo. Son criterios de calidad. Un sistema puede expandir prestaciones y, sin embargo, producir experiencias humillantes, verticales o expulsivas. Puede incluso nombrarse comunitario mientras intensifica medicalización acrítica, desgaste de los equipos o trayectorias de abandono.

Por eso la evaluación de los servicios no puede limitarse a productividad o cumplimiento de metas administrativas. También debe preguntarse qué experiencia de cuidado produce la red. Cómo circula la información. Cuánto participan realmente usuarios y familias en las decisiones. Cómo se manejan las crisis. Qué lugar tiene la decisión compartida. Cuánta coerción, explícita o implícita, persiste en la atención. Y cuánto del trabajo institucional se orienta a sostener proyectos de vida, vínculos y pertenencia, en lugar de administrar riesgos de modo defensivo.

Esta dimensión es especialmente importante porque una parte relevante del sufrimiento de quienes trabajan en la red nace justamente de la distancia entre el ideal de cuidado y las condiciones reales en que ese cuidado debe sostenerse. Cuando la organización institucional reduce al mínimo los márgenes de acción ética, el malestar profesional deja de ser un asunto individual y pasa a convertirse en un problema político del sistema. En ese punto, la pregunta por la calidad de los

servicios y la pregunta por las condiciones de trabajo dejan de ser dos asuntos separados.

Cómo evaluar sin traicionar el modelo

Si el modelo comunitario quiere ser algo más que una orientación general, necesita criterios de evaluación que permitan observar si está logrando cuidar de la manera que promete. Es aquí donde la *Evaluación Sectorial de Salud Mental* de DIPRES puede ser útil, no como libreto del artículo, sino como evidencia reciente de que las brechas más relevantes no se resuelven con declaraciones generales. El informe muestra un desfase importante entre población objetivo y población beneficiaria, una cobertura insuficiente en tratamiento y rehabilitación, debilidades en recurso humano y la necesidad de contar con sistemas de información más robustos para evaluar la política en su conjunto (Dirección de Presupuestos, 2025).

Un primer criterio es el **acceso efectivo**. No basta con contar ingresos, primeras consultas o contactos. Lo relevante es cuántas personas acceden oportunamente, cuántas logran sostener su atención y qué parte de la oferta se orienta realmente a los problemas que requieren tratamiento continuo o rehabilitación. Cuando la cobertura global alcanza 27% y el propio panel identifica una brecha significativa entre la demanda potencial por tratamiento y la oferta disponible del Estado, el problema no es solo de eficiencia. Es también de garantía efectiva del derecho al cuidado.

Un segundo criterio es la relación entre **tratamiento, rehabilitación y continuidad**. La evaluación de DIPRES recuerda algo fundamental: no toda expansión de oferta significa fortalecimiento del cuidado. Si la mayor parte de la respuesta se concentra en prevención indicada y prevención secundaria, mientras tratamiento y rehabilitación permanecen rezagados, la red corre el riesgo de ser más visible en su superficie que resolutive en su núcleo. De allí que convenga observar no solo acceso inicial, sino también continuidad a 30 y 90 días, transiciones interniveles, seguimiento después de altas complejas y posibilidades reales de rehabilitación psicosocial. En esta materia, los datos del informe son elocuentes: dentro de la población beneficiaria de la oferta priorizada, 13,5% corresponde a tratamiento y 10,3% a rehabilitación (Dirección de Presupuestos, 2025).

Un tercer criterio concierne a **equipos suficientes y carga asistencial por profesional**. Evaluar un servicio comunitario implica preguntarse si sus equipos tienen capacidad real para hacer lo que se espera de ellos. La cantidad de profesionales

importa, pero no agota el problema. También importan la composición interdisciplinaria, la estabilidad, el tiempo protegido para coordinación y la carga asistencial por profesional. Sin una base suficiente de equipos, el discurso comunitario se vuelve frágil y la red tiende a replegarse hacia respuestas breves, reactivas y poco integradas.

Un cuarto criterio es la calidad del **triage clínico-social y de la circulación interniveles**. Una red basada en derechos necesita una puerta de entrada capaz de leer no solo síntomas, sino también vulnerabilidad social, deterioro funcional, riesgo, soporte familiar y contexto territorial. A la vez, necesita que la derivación no sea una forma de deshacerse del problema. Por eso importa observar tiempos de respuesta del segundo y tercer nivel, funcionamiento de la contrarreferencia, rechazo o devolución de casos y calidad de los planes de transición. Cuando las personas rebotan entre dispositivos, lo que fracasa no es solo la coordinación; fracasa la continuidad misma del cuidado.

Un quinto criterio es la **intersectorialidad territorial y la corresponsabilidad**. En infancia y adolescencia, evaluar intersectorialidad supone mirar si la red puede sostener continuidad entre salud, educación, protección especializada, justicia y SENDA. Esto incluye planes compartidos por caso, mecanismos de respuesta entre sectores, seguimiento de trayectorias críticas y trabajo conjunto frente a crisis, medidas de protección, consumo problemático o conflicto con la ley. La pregunta evaluativa no es si la intersectorialidad existe como diseño, sino si opera como práctica territorial sostenida.

Un sexto criterio es la existencia de **información útil para la política y no solo para programas aislados**. Aquí la evaluación de DIPRES es especialmente clara al recomendar sistemas de monitoreo más robustos y nominalizados. Este punto es decisivo. Sin información capaz de seguir trayectorias reales, la evaluación queda capturada por fragmentos: un programa mira cobertura, otro actividades, otro gasto, pero nadie logra reconstruir qué ocurre efectivamente con las personas a lo largo del tiempo. En salud mental comunitaria, esa ceguera institucional es particularmente costosa, porque impide ver discontinuidades, solapamientos, exclusiones y trayectorias de abandono.

Un séptimo criterio, finalmente, refiere al **financiamiento coherente con el modelo**. Un servicio no puede evaluarse al margen de sus condiciones materiales de posibilidad. DIPRES observa que el gasto por beneficiario en programas

de salud mental en APS es muy bajo y explícitamente señala que esa cifra difícilmente representa el costo real de una canasta integral de beneficios de salud mental a nivel comunitario. No se trata de volver economicista la discusión. Se trata de reconocer que el enfoque comunitario exige tiempo clínico, seguimiento, coordinación, trabajo territorial, formación de equipos y dispositivos de rehabilitación. Todo ello tiene costos. Un modelo que no dispone de recursos compatibles con su promesa termina erosionando su propia legitimidad.

En conjunto, estos criterios permiten salir de una falsa disyuntiva. No se trata de elegir entre una defensa puramente normativa del modelo comunitario y una evaluación reductiva basada en métricas de rendimiento. Se trata de construir una evaluación situada, capaz de mirar acceso, continuidad, derechos, equipos, rehabilitación, intersectorialidad e información como dimensiones inseparables de un mismo problema: la posibilidad real de cuidar.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

El principal desafío de la salud mental comunitaria en Chile ya no es su legitimación discursiva. Ese trabajo, en gran medida, ya fue realizado. El desafío actual es más concreto y, precisamente por eso, más difícil: construir condiciones institucionales, materiales y políticas para que la red pueda cuidar de un modo coherente con el lenguaje de derechos que la orienta.

La *Evaluación Sectorial de Salud Mental* elaborada por DIPRES ofrece una advertencia que conviene tomar en serio. Muestra una política con expansión programática, con fuerte presencia intersectorial y con adhesión declarada a enfoques de derechos, pero también con brechas persistentes en cobertura, tratamiento, rehabilitación, recurso humano y sistemas de información. Esa combinación no debiera llevarnos a una lectura cínica del modelo comunitario, ni a un retorno simplificador hacia respuestas puramente biomédicas. Debiera llevarnos, más bien, a una comprensión más sobria y más exigente del problema: los principios importan, pero sin dispositivos, equipos, coordinación y financiamiento adecuados, los principios por sí solos no alcanzan (Dirección de Presupuestos, 2025).

Una agenda situada de transformación podría ordenarse, al menos, en cuatro direcciones. La primera es fortalecer de manera decidida la capacidad de tratamiento y rehabilitación del sector

salud, especialmente allí donde la demanda social y clínica es mayor. La segunda es ampliar la intersectorialidad más allá de su formulación escolarizada, asumiendo que en infancia y adolescencia la red real incluye educación, protección especializada, justicia y SENDA, no solo en el nivel central, sino en la microgestión cotidiana de los casos. La tercera es avanzar hacia sistemas de información nominalizados e integrados, capaces de seguir trayectorias y no solo de sumar actividades. La cuarta es asegurar condiciones laborales, tiempos protegidos y recursos compatibles con el tipo de cuidado que el modelo comunitario exige.

En último término, la pregunta por los servicios comunitarios y basados en derechos no es solo una pregunta técnica. Es una pregunta por la forma en que el Estado decide hacerse responsable del sufrimiento psíquico, de la vulneración de derechos y de la vida cotidiana de quienes habitan sus territorios. Allí se juega también el sentido político del cuidado. Y quizás esa sea hoy la tarea más importante: no solo defender el modelo comunitario, sino hacerlo más real, más inteligible para quienes sostienen la red y más habitable para quienes dependen de ella.

REFERENCIAS

- Desviat, M., & Moreno, A. (2012). Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. En M. Desviat & A. Moreno (Eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 21–28). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Dirección de Presupuestos. (2025). *Evaluación sectorial de salud mental. Informe final*. Departamento de Evaluación, Transparencia y Productividad Fiscal.
- Madariaga, C., Sepúlveda, R., & Minoletti, A. (2016). *Salud mental y psiquiatría comunitaria: definición, elementos conceptuales y operativos* [Presentación de diplomado]. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan nacional de salud mental 2017–2025*.
- Ministerio de Salud. (2018). *Modelo de gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud*.
- Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, & Servicio Nacional

- para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2023). *Lineamientos técnicos para la implementación del Sistema Intersectorial de Salud Integral, con énfasis en salud mental, para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente.*
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Mental health atlas 2020.*
 - Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Centros de salud mental comunitarios: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos.*
 - Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2021). *Estrategia nacional de drogas 2021–2030.*

Bioética institucional: una explicación necesaria para el equipo sanitario

Institutional bioethics: a necessary explanation for the healthcare team

Dora Silva Martínez¹

RESUMEN

Este artículo, que pretende acercar la bioética al equipo sanitario, hacerla comprensible para incorporarla al buen trabajo colectivo, acorde a los valores éticos de la institución. Hace un breve repaso de ella desde sus inicios, su reconocimiento por organismos internacionales con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco 2005 y en forma más local, en la ley de Derechos y Deberes (Ley 20584), que incorpora y promueve la bioética con los comités al interior de las instituciones de salud, para velar por el cumplimiento de los derechos de los pacientes y promover una salud ética y de calidad.

Se pone de manifiesto que, en Chile y Latinoamérica – países de ingresos bajos –, la precariedad en los Sistemas de Salud plantea situaciones de conflicto bioético en el quehacer del profesional y equipo sanitario, dificultando el cumplimiento de una adecuada y humanizada atención en las instituciones de salud, planteándose la necesaria presencia de una Bioética Social que participe de la reflexión de los problemas de salud pública y de la adecuación de las políticas públicas a las necesidades de la sociedad.

Palabras clave: Bioética institucional, bioética social, salud pública.

ABSTRACT

This article aims to bring bioethics closer to healthcare teams, making it understandable so that it can be incorporated into effective collective work in accordance with the ethical values of the institution. It offers a brief overview of bioethics, from its beginnings and its recognition by international organizations through the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (UNESCO, 2005), to its more local development in the Law on Patients' Rights and Duties (Law 20.584). This law incorporates and promotes bioethics through committees within healthcare institutions to ensure the protection of patients' rights and to foster ethical, high-quality healthcare.

The article highlights that in Chile and Latin America—countries with lower income levels—the precariousness of healthcare systems creates bioethical conflicts in the daily practice of professionals and healthcare teams. These challenges hinder the provision of adequate, humanized care in health institutions and point to the need for Social Bioethics, actively engaging in the reflection on public health issues and the alignment of public policies with the needs of society.

Keywords: Institutional bioethics, Social bioethics, Public healthcare.

¹ Médica Gineco obstetra y Magister en Bioética Social y Salud Pública. Correspondencia a: dora.silva.martinez@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La motivación de este artículo es un intento por “democratizar” la bioética al interior de las instituciones de salud, en este caso, al interior del Hospital Van Buren (mi lugar de trabajo por 40 años), teniendo la expectativa de que su comprensión estimulará el trabajo de los equipos sanitarios mejorando su disposición y sus competencias para resolver los dilemas que se les presentan frecuentemente en su quehacer.

También les permitirá encontrarse, en la dinámica de su desempeño con sí mismos y los otros que comparten este espacio o Institución de salud y poder orientar sus esfuerzos en forma colectiva a mejorar el “clima Ético” y en ocasiones (muchas), exigir a la institución lo que establece su Misión para resolver los conflictos que se originan de la falta de coherencia de la institución con ella y los valores que expresa.

Esto es aplicable a cualquier institución de salud en Chile y en Latinoamérica y el Caribe ya que su situación de países de bajos ingresos, impacta en Sistemas de salud precarizados, y por lo tanto en las Instituciones.

En esto la Bioética Social se incorpora por sobre la Bioética Institucional y Clínica ya que la dimensión de ella en la salud de la colectividad es deliberar sobre decisiones sensibles involucradas en derechos políticos y sociales y sobre políticas públicas que normen prácticas sociales pertinentes a su ámbito de reflexión, (Kottow, 2012) en este caso la salud poblacional.

El Origen de la Bioética

Van Rensselaer Potter (1971), en los años 70 la definió como la ciencia de la supervivencia, con un fin moral: el bienestar de la tierra y todos los habitantes. Debía tener el papel de brújula que guiara las políticas públicas para conseguir el bien social. También la planteó dos importantes componentes: conocimiento biológico y valores humanos.

“La Bioética es el uso creativo del diálogo para formular, articular, y, en lo posible, resolver los dilemas que plantean la investigación y la intervención sobre la vida, la salud y el medio ambiente” (Lolas, 2006, p.19).

En 1979, Beauchamp y Childress (2009) con su libro “Principios de ética Biomédica” presentan la teoría de los principios, “Principlismo”, como un marco deliberativo para resolver dilemas éticos que puedan surgir en la práctica clínica

Estos principios son 4:

- Autonomía: Capacidad de darse normas uno mismo. El consentimiento informado en su máxima expresión.
- Beneficencia: Promover los legítimos intereses y el beneficio de otros.
- No Maleficencia: Abstenerse de realizar actos que puedan causar daños.
- Justicia: Principio formal: tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales.
Principio material: distribuir recursos sanitarios de acuerdo con necesidades personales.

Como veremos más adelante, el principlismo es superado por situaciones que involucran la bioética institucional (hospitalaria) y Social.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos

El 19 de octubre del 2005, la Conferencia General de la Unesco adoptó esta declaración para tratar “Las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales” (UNESCO, 2005).

En ella debemos destacar el artículo 14 que se refiere a “Responsabilidad Social y salud”.

1.- La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos que comparten todos los sectores de la sociedad.

2.- Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar:

- a) Acceso a atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano.
- b) Acceso a alimentación y agua adecuados.
- c) Mejora de condiciones de vida y medio ambiente.
- d) Supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo.
- e) Reducción de la pobreza y el analfabetismo.

Esto, que fue un gran logro y reconocimiento a la bioética, al asignarle los deberes al estado, se

ve afectado su éxito ya que hay estados que no se comprometen con los derechos y otros son débiles para asegurarlos (Kottow, 2012)

Esta declaración incorpora los diferentes Comités de Ética Asistencial, hospitalaria y de investigación, por ley, al ámbito oficial.

Ley 20.584, De Derechos Y Deberes

Regula los derechos y deberes de las personas con acciones vinculadas a su atención en salud, promulgada el 13 de abril del 2012 y publicada el 24 de abril del 2012 (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2012), en contexto de la reforma de la salud en Chile que planteó un cambio de visión, favoreciendo la medicina pública. El mensaje presente en el preámbulo de la ley señala que: “Que debe atender a valores y principios éticos de una reforma de salud basada en los derechos de los pacientes” (León 2012 p.1490).

Además de promover los Comités de ética, establece que tienen como objetivo principal velar por el cumplimiento de los derechos de los pacientes y promover una salud ética y de calidad. Pero al no considerar los deberes y derechos de los profesionales frente a la institución, ni de la institución frente a la población, plantea situaciones de conflicto bioético en el quehacer de los profesionales e integrantes en instituciones de salud en donde la realidad y la falta de definición de los derechos de los médicos, en donde las condiciones éticas de su trabajo impiden la adecuada atención, humanizada, con excelencia en los cuidados en donde pueden cumplirse los valores de servicio, solidaridad social y beneficencia (León, 2012).

Bioética en las instituciones de salud

“En la empresa sanitaria la prioridad es el paciente. Se debe buscar la eficiencia, pero no se puede, por este motivo, priorizar a la hora de tomar decisiones, el gasto económico” (Cortina, 2003)

Aunque los recursos sean escasos (son siempre escasos) siempre la atención y el cuidado del paciente tiene que ser la prioridad más elevada (Cortina, 2003)

La preocupación de la Bioética institucional en salud es que el gran crecimiento y desarrollo de la biotecnología, el problema de equidad y la distribución de recursos sanitarios, sumado a la incorporación de la ciudadanía en los movimientos que reivindican su derecho a la salud, requiere de una ética que articule y aplique valores morales.

Las instituciones de salud, como se planteó en la introducción debe explicitar a todos y todas las personas que participan en ella, la Misión de la

institución, ya que es el marco para el cuidado de la salud y de las decisiones bioéticas del equipo sanitario. Esto determina el “clima ético” en donde la institución desarrolla su responsabilidad con las personas y la sociedad. Es un proceso social.

En este ámbito se conjugan la ética profesional y la ética institucional. Existe el riesgo en que la institución se vuelva lo más importante a proteger, que el objetivo para el cual fue creada. “Una empresa expresa clima ético cuando todos los que trabajan en ella perciben que las decisiones se están tomando desde los valores que se expresaron en su misión.” (Cortina, 2003).

Bioética Social Pública

Desde comienzos de este siglo se viene manifestando la preocupación de eticistas, nacionales e internacionales, en especial de Latinoamérica, de la necesidad que la bioética se convierta en una herramienta que sea capaz de influir en las decisiones de políticas públicas, llenando en forma tardía, un espacio que requiere de su presencia, sumándose a la Sociología, participando en la reflexión y deliberación de los problemas de salud pública.

En esta reflexión es que se han sumado planteamientos como la ética de la protección, ya que en la Salud pública tanto los equipos sanitarios, como los destinatarios no son individuos sino instituciones y colectivos, por lo que “las autoridades sanitarias deben asumir algún nivel razonable y efectivo de resguardo de servicios para el cuidado de la salud, prevención de epidemias y de otros importantes programas de salud colectiva, incluyendo la promoción” (Schramm y Kottow, 2001, p.954)

La ética de protección, que permite el bien común, está sobre la autonomía personal, presentando el principalismo como insuficiente en este ámbito. “El principio de protección, que consideramos apropiado para integrar responsabilidad moral y efectividad pragmática, (es aquel que funciona) respetando ya sea la pluralidad de necesidades y valores de las sociedades actuales, como una forma justa y razonable de propiciar bienes sanitarios” (Schramm y Kottow, 2001, p.955)

REFLEXIONES FINALES

Si bien la motivación de esta comunicación era entregar información adecuada y cercana al equipo de salud que participa de una institución Sanitaria, en este caso hospitalaria, para relevar el sentido de la bioética institucional, necesariamente debe considerar la Bioética Social.

La Bioética Social debe hacerse extensiva al

campo de intervención de la esfera pública considerando que “muchos de los problemas ético-clínicos no sólo provienen de la relación profesional de salud–usuario/a, sino de otros factores importantes, como los problemas institucionales y éticos surgidos desde las políticas y el sistema de salud” (Pérez-Ayala, 2015 p.119)

Es necesario dar el paso desde una ética clínica a una social, que a través de su participación deliberativa, se integre adecuadamente en los Sistemas de salud junto a la exigencia y necesidades de la sociedad. Para este logro es importante un diálogo ciudadano, social, académico y profesional que se traslade a las esferas de gobierno responsable de las políticas sociales (Pérez-Ayala, 2015)

REFERENCIAS

- Beauchamp T.L. y Childress J.F. (2009) *Principles of Biomedical Ethics*. (6ª ed.) New York: Orxford University Press.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2012) *Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
- Cortina, A. (2003) *La ética de las organizaciones sanitarias* [conferencia]. Disponible en: https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/conferencia_adela_cortina.pdf
- Kottow, M. (2012). Vulnerabilidad entre derechos humanos y bioética. Relaciones tormentosas, conflictos insolutos. *Derecho PUCP*, (69), 25-44. DOI: <https://doi.org/10.18800/derechopucp.201202.001>
- León, F. J. (2012) Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud. Una mirada bioética. *Revista Médica de Chile*, 140(11), 1490-1494. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012001100017>
- Lolas-Stepke, F., Quezada-Sepúlveda, A. y Rodríguez, E. (2006). *Investigación en salud: dimensión ética*. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB), Universidad de Chile. DOI: <https://doi.org/10.34720/thx4-2q23>
- Pérez-Ayala, M. (2015) equidad en salud: tareas pendientes y oportunidades para una bioética latinoamericana. *Revista colombiana de bioética*, 7(1), 111-122. DOI: <https://doi.org/10.18270/rcb.v7i1.805>
- Potter, V. R. (1971) *Bioética: un puente hacia el futuro*. Englewood Cliffs, N.J. (Ed.) New Jersey: Prentice-Hall.
- Schramm, F. R. y Kottow, M. (2001) Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 949-956. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400029>
- UNESCO (2005) *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Disponible en: <https://www.unesco.org/es/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights>

Diversidad erótica y salud en Chile: invisibilidad, estigma y aprendizajes desde las comunidades BDSM/kink

Erotic diversity and sexual health in Chile: invisibility, stigma, and insights from BDSM/kink communities

Manuel Catalán Águila¹

RESUMEN

Este artículo analiza las tensiones entre diversidad sexual y atención sanitaria en Chile, en el marco de una investigación doctoral comparativa con España sobre las experiencias y el bienestar sexual de personas practicantes de BDSM/kink. A través de un diseño cuantitativo, transversal y exploratorio, se examinaron variables sociodemográficas, prácticas sexuales, vínculos comunitarios, experiencias de discriminación y satisfacción sexual. Los resultados evidencian una alta diversidad de identidades de género y orientaciones sexuales dentro de las comunidades BDSM/kink, junto con una elevada exposición a discriminación en contextos sanitarios, especialmente entre personas no binarias, queer y bisexuales. La pertenencia comunitaria se configuró como un factor protector psicosocial, mientras que la falta de formación profesional y los sesgos institucionales reforzaron el estigma y las barreras de acceso a la salud. Se concluye que la salud pública chilena requiere integrar marcos sexológicos críticos e interseccionales, fortaleciendo la formación en diversidad sexual y la creación de entornos clínicos inclusivos que reconozcan la diversidad erótica como parte del derecho a la salud y del bienestar sexual individual y colectivo.

Palabras clave: Salud sexual, Sexología, Diversidad de género, Minorías sexuales y de género, Discriminación percibida, Conducta sexual.

ABSTRACT

This article examines the tensions between sexual diversity and healthcare in Chile, within the framework of a comparative doctoral study with Spain on the experiences and sexual well-being of BDSM/kink practitioners. Using a quantitative, cross-sectional, and exploratory design, the study analyzed sociodemographic variables, sexual practices, community belonging, experiences of discrimination, and sexual satisfaction. Findings reveal a high diversity of gender identities and sexual orientations within BDSM/kink communities, alongside elevated exposure to discrimination in healthcare settings, particularly among non-binary, queer, and bisexual individuals. Community belonging emerged as a psychosocial protective factor, while the lack of professional training and institutional bias reinforced stigma and barriers to healthcare access. The study concludes that Chilean public health must incorporate critical and intersectional sexological frameworks, strengthening education on sexual diversity and developing inclusive clinical environments that recognize erotic diversity as part of the right to health and of both individual and collective sexual well-being.

Keywords: Sexual health, Sexology, Gender diversity, Sexual and gender minorities, Perceived discrimination, Sexual behavior.

¹ Médico. Máster en Sexología. PhD en Salud, Psicología y Psiquiatría con línea de investigación en Sexología. Correspondencia a: mcatalanaguila@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La salud pública, entendida desde un enfoque integral y de derechos, no puede desligarse de la sexualidad. Esta última, siendo una dimensión constitutiva del bienestar humano, abarca una amplia diversidad de identidades, prácticas, orientaciones, vínculos y experiencias que no siempre encuentran reconocimiento en los marcos institucionales, clínicos o normativos (Sprott & Randall, 2017; Williams et al., 2014). Una de las aristas menos comprendidas y más estigmatizadas dentro de esta diversidad es el conjunto de prácticas reunidas bajo las siglas BDSM (Bondage, Disciplina, Dominación, Sumisión, Sadismo y Masoquismo) y el término más amplio kink, que engloba formas de erotismo “no convencionales” o “alternativas”, caracterizadas por el intercambio de poder, los juegos de rol y la búsqueda deliberada de experiencias sensoriales o simbólicas no normativas (Coppens et al., 2019; Richters et al., 2008).

El BDSM/kink se define, por tanto, como un conjunto de prácticas eróticas basadas en el consentimiento informado, el consenso explícito y la comunicación constante, que permite explorar dimensiones psicológicas, relacionales y corporales del deseo (Dunkley & Brotto, 2018; Nichols, 2006). Desde la sexología contemporánea, se entiende como una forma estructurada de experimentación erótica, orientada a la (re)negociación del placer, el control y los límites personales y relacionales (Williams et al., 2014).

En la literatura internacional, estas prácticas han sido abordadas desde perspectivas médicas, psicológicas, sociológicas y sexológicas. Los estudios coinciden en que el BDSM/kink no implica disfunción ni patología, sino una expresión consensuada y legítima de la sexualidad humana (Dunkley & Brotto, 2018; Pascoal et al., 2015; Richters et al., 2008). Diversas investigaciones han demostrado que, desde un marco de consenso y comunicación, estas prácticas favorecen la autoexploración, la regulación emocional, la empatía y la conexión interpersonal (Graham et al., 2016; Waldura et al., 2016), así como una mayor satisfacción sexual y bienestar psicológico (Pascoal et al., 2015). Sin embargo, en los discursos sociales y clínicos, todavía persisten estigmas profundamente arraigados que asocian el BDSM con violencia, abuso, riesgo o patología (Bezreh et al., 2012; Hansen-Brown & Jefferson, 2022; Speciale & Khambatta, 2020).

En el caso chileno, esta invisibilización se agrava por la escasa incorporación de la diversidad

sexual y erótica en las políticas públicas, en la formación profesional en salud, y en los dispositivos de atención, así como en otros ámbitos no institucionales. Tal como fue documentado en la investigación doctoral que sustenta este artículo, muchas personas vinculadas al BDSM/kink en Chile reportaron barreras significativas para acceder a servicios de salud seguros, informados e inclusivos (Catalán Águila, 2025a). Estas barreras no solo limitan la atención preventiva o curativa, sino que refuerzan el estigma, la desconfianza y la marginalización (Catalán Águila, 2018; González et al., 2018).

Desde un punto de vista interseccional, dichas experiencias se entrelazan con otros ejes de opresión, como la identidad de género, la orientación sexual, la clase social, las neurodivergencias y las diversidades funcionales, entre otras, configurando múltiples capas de discriminación que afectan la salud integral de las personas (Speciale & Khambatta, 2020; Waldura et al., 2016).

El objetivo del artículo es reflexionar, desde una perspectiva situada y basada en evidencia, sobre las tensiones entre diversidades sexuales y atención sanitaria en el contexto chileno, tomando como referencia la experiencia de personas practicantes de BDSM/kink. Esta contribución se plantea como una devolución ética a las comunidades que dieron origen al estudio, presentando una síntesis reflexiva del trabajo de tesis doctoral y sus implicancias para la salud pública. Se privilegia una mirada crítica, no patologizante y comprometida con una sexología capaz de reconocer, acoger y aprender de las prácticas eróticas “no convencionales”, y de las diversidades y disidencias sexuales.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente artículo reflexivo deriva de una investigación doctoral que integró cuatro estudios cuantitativos, de carácter exploratorio y transversal, desarrollados entre 2020 y 2025 (Catalán Águila, 2025a). El objetivo general de dicha tesis fue explorar las experiencias y el bienestar sexual de personas practicantes de BDSM/kink en Chile y España, analizando sus características sociodemográficas, prácticas relacionales y sexuales, vínculos con la comunidad BDSM/kink, interacciones con el sistema sanitario, así como sus niveles de satisfacción sexual. A través de este análisis, la investigación buscó contribuir a una comprensión más profunda de la diversidad interna de la población BDSM/kink y de los desafíos sociales e institucionales que enfrenta.

La muestra total estuvo compuesta por 776 participantes (Chile: n=543; España: n=233), reclutados en línea mediante muestreo no probabilístico e intencionado, a través de redes sociales, comunidades digitales y foros especializados vinculados al BDSM y otras prácticas kink.

El cuestionario, autoadministrado y anónimo, se diseñó en formato digital e incluyó secciones sociodemográficas, antecedentes relacionales y sexuales, y variables específicas vinculadas a la práctica BDSM/kink. Además, incorporó una batería de instrumentos psicométricos validados, adaptados al contexto hispanohablante. Entre ellos, se utilizaron escalas de: satisfacción sexual, placer sexual, estrés percibido, síntomas de ansiedad y depresión, entre otras.

El instrumento también incluyó ítems sobre experiencias de discriminación en diferentes contextos sociales, interacción con profesionales de salud, nivel de apertura respecto a las prácticas BDSM/kink y percepción de apoyo comunitario, buscando garantizar la inclusión de identidades históricamente marginadas o subrepresentadas, tales como personas no binarias, queer, asexuales, poliamorosas y otras disidencias sexoafectivas.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de Almería (código: UALBIO2022/03), y se garantizó el cumplimiento de los principios de confidencialidad, consentimiento informado, anonimato y voluntariedad en todas las etapas del cuestionario.

El proyecto original incluyó análisis multivariados, correlaciones bivariadas y comparaciones intergrupales entre países e identidades, así como la exploración de interacciones entre variables psicosociales y de salud. No obstante, el presente artículo no presenta resultados estadísticos detallados, sino que propone una lectura transversal, situada y crítica de los principales hallazgos en el contexto chileno.

El enfoque metodológico se enmarca en la sexología crítica, la cual cuestiona los modelos normativos y tradicionales de salud sexual, promoviendo una perspectiva basada en los derechos sexuales, la interseccionalidad y la comunidad. Desde esta mirada, las prácticas BDSM/kink no se comprenden únicamente como conductas, sino como expresiones culturales, políticas y afectivas, configuradas por contextos de género, orientación sexual, clase, trayectoria biográfica y territorio. Este abordaje metodológico busca contribuir a una comprensión integral del vínculo entre diversidades sexuales, estigma social y salud pública, abriendo espacio a enfoques más inclusivos.

DISCUSIÓN

Las prácticas BDSM/kink, enmarcadas en el consentimiento explícito, el consenso informado y la comunicación continua, no representan por sí mismas un problema de salud. Sin embargo, el modo en que son interpretadas por las instituciones sanitarias y los discursos profesionales puede generar daño, exclusión y vulneración de derechos (Dunkley & Brotto, 2018; Nichols, 2006). Este estudio visibiliza cómo determinadas expresiones eróticas continúan siendo clasificadas o percibidas como patologías, pese a que constituyen formas legítimas y consensuadas de exploración sexual que se inscriben plenamente dentro del espectro de la diversidad sexual humana (Richters et al., 2008; Sprott & Randall, 2017).

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio fue la mayor exposición a discriminación reportada por personas no binarias, queer y bisexuales, especialmente en el ámbito sanitario. En estos contextos, el prejuicio profesional, la falta de formación en diversidad sexual y erótica, y la persistencia de marcos cisheteromononormativos (es decir, aquellos que asumen la identidad cisgénero, la heterosexualidad y la monogamia como norma) constituyen barreras estructurales para el acceso a atención respetuosa, inclusiva y libre de sesgos (Bezreh et al., 2012; Catalán Águila et al., 2025b; Jansen et al., 2024; Speciale & Khambatta, 2020; Sprott & Randall, 2017; Waldura et al., 2016).

Este patrón refuerza la importancia de comprender la discriminación no como una experiencia homogénea, sino como un fenómeno interseccional, en el que la identidad de género, la orientación sexual y el tipo de práctica sexual se entrecruzan, amplificando la probabilidad de exclusión social e institucional (Speciale & Khambatta, 2020). Tales experiencias tienen implicancias directas en la búsqueda de ayuda profesional, la adherencia a tratamientos y la salud integral, profundizando las barreras y desigualdades en el acceso al sistema de salud (Catalán Águila, 2018; González et al., 2018; Sprott & Randall, 2017).

En contraste, la pertenencia a comunidades BDSM/kink se evidenció como un factor protector psicosocial, al ofrecer redes de apoyo, validación emocional e identitaria, y herramientas concretas de autocuidado (Catalán Águila et al., 2025c; Graham et al., 2016). Estos espacios no solo actúan como redes de contención, sino también como espacios de producción ética, donde se enseña y se practica el consentimiento, la comunicación y el respeto por los límites personales,

principios que constituyen la base ética y política de estas comunidades (Dunkley & Brotto, 2018; Graham et al., 2016; Speciale & Khambatta, 2020; Sprott & Randall, 2017).

No obstante, esta misma pertenencia comunitaria puede conllevar una mayor visibilidad pública, lo que incrementa el riesgo de juicio moral, violencia simbólica o exclusión institucional. Así, la comunidad BDSM/kink se configura simultáneamente como un espacio de resistencia, cuidado y validación, pero también como un territorio de exposición y vulnerabilidad frente a los discursos normativos y patologizantes que aún predominan en el contexto chileno. Este doble filo (protección y exposición) refleja el delicado equilibrio que las personas que practican BDSM/kink deben sostener para conciliar autenticidad, bienestar y seguridad en contextos sociales y sanitarios que continúan marcados por el estigma y la incompreensión (Hansen-Brown & Jefferson, 2022; Waldura et al., 2016).

En este sentido, la discriminación no opera únicamente a nivel interpersonal, sino que se reproduce a través de las estructuras sanitarias y culturales. Participantes que habían revelado sus prácticas en contextos médicos reportaron con mayor frecuencia experiencias de trato discriminatorio o patologización, lo que refuerza el temor a la revelación y contribuye a la evitación del sistema de salud (Bezreh et al., 2012; Catalán Águila et al., 2025b; Hansen-Brown & Jefferson, 2022; Jansen et al., 2024; Nichols, 2006; Waldura et al., 2016). Este fenómeno, también documentado en otras poblaciones sexualmente diversas, constituye un problema de salud pública, ya que perpetúa el deterioro de la salud física y mental a largo plazo (Sprott & Randall, 2017).

En relación al bienestar sexual, el análisis mostró una asociación directa entre la diversidad de prácticas eróticas, la frecuencia de participación y mayores niveles de satisfacción sexual (Catalán Águila et al., 2025c). Estos resultados destacan la variedad conductual y la continuidad de las prácticas como predictores del bienestar erótico, y al mismo tiempo, cuestionan las visiones clínicas tradicionales que entienden la salud sexual desde parámetros normativos y reproductivos centrados en la frecuencia coital, la funcionalidad genital o la presencia de una pareja estable y única (Catalán Águila et al., 2025c; Coppens et al., 2019; Pascoal et al., 2015).

Desde esta perspectiva, el bienestar erótico puede comprenderse como una experiencia relacional, dinámica y situada, donde la experimentación consensuada, la comunicación explícita y la alineación con los propios deseos adquieren

un valor fundamental. La riqueza del repertorio erótico, lejos de representar una desviación o disfunción, emerge como un indicador de agencia sexual y autonomía, en línea con los enfoques contemporáneos de sexología positiva y de derechos sexuales, que abogan por una comprensión afirmativa, diversa y contextualizada del deseo humano (Dunkley & Brotto, 2018; Pascoal et al., 2015; Richters et al., 2008).

Desde un enfoque territorial y comparativo, el contraste entre Chile y España permitió identificar diferencias relevantes tanto en el perfil sociodemográfico como en los determinantes del bienestar sexual. En términos generales, las y los participantes españoles eran de mayor edad, presentaban niveles educativos más altos y reportaban un repertorio más amplio de prácticas BDSM/kink a lo largo de su vida. Sin embargo, las personas chilenas mostraron niveles significativamente más altos de satisfacción sexual global, lo cual podría estar vinculado a factores relacionales, generacionales y culturales específicos del contexto nacional (Catalán Águila, 2025a).

En ambos países, las comunidades BDSM/kink se caracterizaron por una alta diversidad en identidades de género y orientaciones sexuales, muy superior a la observada en las poblaciones generales. Esto confirma que los espacios kink funcionan como entornos relativamente seguros y flexibles para personas LGBTQIA+ y otras disidencias sexoafectivas, ofreciendo alternativas identitarias frente a los marcos tradicionales de sexualidad (Graham et al., 2016; Speciale & Khambatta, 2020).

En el contexto chileno, la menor visibilidad pública y la limitada presencia de espacios comunitarios formales sugieren condiciones más restrictivas para la expresión y el reconocimiento de estas prácticas. Los resultados apuntan a un entorno institucional más conservador y con escasos referentes sexológicos en la formación profesional, lo que puede dificultar la visibilización y abordaje de estas experiencias en contextos clínicos (Catalán Águila, 2018; González et al., 2018).

En España, aunque los estigmas hacia las prácticas BDSM/kink no desaparecen, la existencia de redes comunitarias consolidadas, una infraestructura social más visible y el reconocimiento académico y profesional de la sexología parecen favorecer una mayor apertura discursiva y validación pública de la diversidad erótica (Dunkley & Brotto, 2018). Estas diferencias reflejan cómo el deseo y su expresión están mediados por los marcos culturales, políticos, religiosos e institucionales de cada territorio.

Aun así, en ambos contextos persiste la necesidad de fortalecer la formación profesional en sexualidad humana, incorporar perspectivas inclusivas en las políticas públicas y promover la sensibilización institucional. Abordar la sexualidad desde una perspectiva de derechos, y no desde el control, la omisión o la patologización, es un desafío común, especialmente frente a la desinformación y los sesgos morales que aún atraviesan los sistemas de salud (Hansen-Brown & Jefferson, 2022; Sprott & Randall, 2017; Williams et al., 2014).

Las implicancias de estos hallazgos para la salud pública son profundas. En primer lugar, resulta imprescindible superar la mirada biomédica, paternalista, moralizante y patologizante que aún predomina en gran parte de la formación profesional en salud. La ausencia de contenidos específicos sobre prácticas eróticas no normativas, consentimiento, diversidad relacional y sexualidad disidente genera un vacío clínico que expone a las personas usuarias a intervenciones inadecuadas, juicios morales o derivaciones innecesarias (Bezreh et al., 2012; Catalán Águila, 2018; González et al., 2018; Jansen et al., 2024; Sprott & Randall, 2017; Williams et al., 2014). En este sentido, incorporar marcos sexológicos positivos, inclusivos y culturalmente pertinentes, junto con herramientas clínicas prácticas orientadas al acompañamiento no patologizante, debiese ser una prioridad institucional y ética en los sistemas de salud.

En segundo lugar, se hace evidente la necesidad de políticas públicas que reconozcan la diversidad erótica como un componente legítimo del derecho a la salud sexual y reproductiva, promoviendo entornos sanitarios seguros, informados y libres de discriminación. Esto requiere revisar protocolos, manuales clínicos y políticas internas que, bajo una aparente neutralidad técnica, terminan reproduciendo sesgos normativos y sistemáticos, y excluyendo experiencias no hegemónicas de placer y corporalidades. Una salud pública verdaderamente inclusiva debe reconocer que las diversidades sexuales no constituyen una excepción a la norma, sino parte intrínseca de la sexualidad.

En tercer lugar, es necesario revalorizar los aspectos positivos y transformadores de la diversidad sexual, no solo en el plano individual, sino también en el social, educativo y cultural. Las comunidades BDSM/kink, por ejemplo, aportan modelos de relación basados en el consentimiento explícito y la negociación, principios que podrían inspirar políticas y prácticas de educación sexual

más éticas, empáticas y relacionales. Reconocer estos aportes implica desplazar el foco desde la tolerancia hacia la inclusión activa de la pluralidad erótica como fuente de aprendizaje colectivo, bienestar y ciudadanía sexual.

Dentro de las limitaciones de este estudio, destaca su carácter cuantitativo y transversal, basado en muestras no probabilísticas y reclutamiento en línea, lo que restringe la representatividad y generalización de los hallazgos, pudiendo además implicar una sobrerrepresentación de ciertos perfiles e infrarrepresentación de grupos más marginalizados o menos conectados digitalmente. Si bien se identificaron asociaciones significativas entre variables, la naturaleza transversal del diseño impide establecer relaciones causales o dinámicas temporales. El uso de medidas autoinformadas puede introducir sesgos de discapacidad social, especialmente en temas sensibles como salud mental, identidad o comportamiento sexual. Algunas variables, como el apoyo comunitario o el grado de apertura, fueron evaluadas mediante adaptaciones de instrumentos no validados, lo que podría afectar su comparabilidad. Finalmente, los resultados deben interpretarse considerando los contextos socioculturales y políticos específicos de Chile y España, por lo que su transferencia a otras realidades debe hacerse con cautela.

Este artículo no pretende hablar en nombre de todas las personas practicantes de BDSM/kink en Chile ni agotar la complejidad de sus experiencias, sino más bien devolver, de manera ética y situada, parte del conocimiento co-construido con ellas. Se trata de una invitación a escuchar con mayor atención las historias, identidades y deseos que se viven, y a reconocer que la sexología y la salud pública deben seguir evolucionando junto con las experiencias que buscan comprender. En este sentido, se propone avanzar hacia una sexología crítica, interseccional y comprometida con los derechos humanos, capaz de integrar la diversidad erótica como un componente legítimo del bienestar y de inspirar políticas inclusivas y marcos educativos que afirmen el placer, el consentimiento y la pluralidad del deseo como fundamentos éticos de una salud verdaderamente integral.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

La diversidad sexual y erótica no puede seguir siendo tratada como un asunto periférico en el campo de la salud pública. Reconocer el derecho al placer, a la autonomía erótica y a la exploración del deseo no es un gesto de tolerancia, sino una

exigencia ética y política inscrita en el derecho humano a la salud. Este artículo buscó aportar una mirada situada y crítica sobre la experiencia de personas practicantes de BDSM/kink en Chile, visibilizando cómo las barreras institucionales, los vacíos clínicos y el estigma estructural configuran condiciones de exclusión y discriminación evitables.

A partir de los hallazgos analizados, se vuelve indispensable avanzar hacia una sexología pública, entendida como una aproximación a la salud sexual que trascienda el ámbito clínico privado e individual y se consolide como política pública, formación profesional obligatoria en salud y marco ético de reconocimiento. Esta sexología debe ser interseccional y comunitaria, capaz de dialogar con las prácticas reales de las personas en lugar de imponer modelos tradicionales, normativos o universalistas.

Los resultados subrayan la urgencia de incorporar formación específica sobre diversidad, consentimiento y prácticas sexuales no normativas en los programas de formación en salud. Promover competencias clínicas no patologizantes, comunicación centrada en la persona consultante y conciencia de los sesgos y juicios de valor implícitos permitiría avanzar hacia entornos sanitarios más seguros, afirmativos y basados en derechos. En última instancia, se trata de reconocer el BDSM/kink como una expresión legítima de la sexualidad humana, y no como un marcador de desviación, integrando esta comprensión en los contextos de salud pública y atención clínica.

El BDSM/kink, lejos de representar un riesgo en sí mismo, ofrece claves valiosas para una pedagogía del consentimiento, para pensar el autocuidado, los límites, la comunicación explícita y el respeto por las corporalidades propias y ajenas (Dunkley & Brotto, 2018). Reconocer estos aportes no implica romantizar las prácticas, sino validarlas como parte del espectro de la sexualidad humana y como fuentes de aprendizaje ético y relacional.

Desde una perspectiva transformadora, no basta con ajustar protocolos clínicos o impartir capacitaciones puntuales. Lo que está en juego es una reconfiguración estructural de las formas en que concebimos el deseo, el cuerpo, la intimidad y el cuidado. El desafío consiste en construir un sistema sanitario que no reproduzca estigmas, sino que habilite formas más justas, placenteras y diversas de vivir la salud sexual.

A pesar de las limitaciones del estudio, la integración de análisis empíricos con una perspectiva crítica e interseccional ofrece aportes sustantivos

para la práctica clínica, la educación sexual y la formulación de políticas inclusivas. A partir de estos hallazgos, resulta prioritario desarrollar investigaciones longitudinales y mixtas que permitan comprender la evolución de las identidades, los vínculos comunitarios y las experiencias de discriminación a lo largo del tiempo. Asimismo, es necesario diseñar y validar instrumentos culturalmente pertinentes para evaluar el estigma, el apoyo social y las formas de bienestar en comunidades kink, así como ampliar la mirada hacia dimensiones todavía poco exploradas, como el envejecimiento, la diversidad funcional, las neurodivergencias o las experiencias de personas racializadas dentro del BDSM/kink.

Finalmente, este artículo se inscribe en un compromiso ético de devolución hacia las comunidades que hicieron posible la investigación, reconociendo que producir conocimiento también implica redistribuirlo. Como horizonte, se propone una salud pública que no tema al deseo, que no castigue la diferencia, y que abrace la complejidad como un valor constitutivo. Solo a través de esta transformación será posible avanzar hacia una sexología verdaderamente pública, plural y basada en derechos, capaz de integrar las diversidades como parte esencial de la salud y del bienestar sexual colectivo.

REFERENCIAS

- Bezreh, T., Weinberg, T. S., & Edgar, T. (2012). BDSM disclosure and stigma management: Identifying opportunities for sex education. *American Journal of Sexuality Education*, 7(1), 37-61. <https://doi.org/10.1080/15546128.2012.650984>
- Catalán Águila, M. (2018). Principales barreras de acceso de servicios de salud para personas lesbianas, gay y bisexuales. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)*, 58(2), 43-47.
- Catalán Águila, M. (2025a). *BDSM/kink: Sociodemographic analysis of practitioners in Chile and Spain from a sexological perspective* [Tesis doctoral, Universidad de Almería].
- Catalán Águila, M., Fernández Agis, I., & Strizzi, J. M. (2025b). Experiences of discrimination among BDSM and kink practitioners. *The Journal of Sexual Medicine*, 22(11), 2099-2101. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdaf235>
- Catalán Águila, M., Fernández Agis, I., & Strizzi, J. M. (2025c). Give Me More, and More Variety: Sexual Satisfaction Among

- BDSM and Kink Practitioners in Chile. *The Journal of Sex Research*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/00224499.2025.2487197>
- Coppens, V., Ten Brink, S., Huys, W., Fransen, E., & Morrens, M. (2019). A survey on BDSM-related activities: BDSM experience correlates with age of first exposure, interest profile, and role identity. *The Journal of Sex Research*, 57(1), 129–136. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1558437>
 - Dunkley, C. R., & Brotto, L. A. (2018). Clinical considerations in treating BDSM practitioners: A review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(7), 701–712. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1451792>
 - González Díaz, F., Catalán Águila, M., & Pantoja de Prada, V. (2018). Evaluación con enfoque de salud de la situación de personas trans en Chile: una realidad invisibilizada. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)*, 58(2), 49–55.
 - Graham, B. C., Butler, S. E., McGraw, R., Cannes, S. M., & Smith, J. (2016). Member perspectives on the role of BDSM communities. *The Journal of Sex Research*, 53(8), 895–909. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1067758>
 - Hansen-Brown, A. A., & Jefferson, S. E. (2022). Perceptions of and stigma toward BDSM practitioners. *Current Psychology*, 42(23), 19721–19729. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03112-z>
 - Jansen, K. L., Fried, A. L., Goetz, C., & Kang, S. (2024). Mistrust and missed opportunities: BDSM practitioner experiences in healthcare. *The Journal of Sexual Medicine*, 21(11), 1047–1053. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae125>
 - Nichols, M. (2006). Psychotherapeutic issues with “kinky” clients. *Journal of Homosexuality*, 50(2-3), 281–300. https://doi.org/10.1300/j082v50n02_14
 - Pascoal, P. M., Cardoso, D., & Henriques, R. (2015). Sexual satisfaction and distress in sexual functioning in a sample of the BDSM community: A comparison study between BDSM and non-BDSM contexts. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(4), 1052–1061. <https://doi.org/10.1111/jsm.12835>
 - Richters, J., De Visser, R. O., Rissel, C. E., Grulich, A. E., & Smith, A. M. A. (2008). Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, “sadoomasochism” or dominance and submission (BDSM): Data from a national survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1660–1668. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00795.x>
 - Speciale, M., & Khambatta, D. (2020). Kinky & queer: Exploring the experiences of LGBTQ + individuals who practice BDSM. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 14(4), 341–361. <https://doi.org/10.1080/15538605.2020.1827476>
 - Sprott, R. A., & Randall, A. M. (2017). Health disparities among kinky sex practitioners. *Current Sexual Health Reports*, 9(3), 104–108. <https://doi.org/10.1007/s11930-017-0113-6>
 - Waldura, J. F., Arora, I., Randall, A. M., Farala, J. P., & Sprott, R. A. (2016). Fifty shades of stigma: Exploring the health care experiences of kink-oriented patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(12), 1918–1929. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.019>
 - Williams, D. J., Thomas, J. N., Prior, E. E., & Christensen, M. C. (2014). From “SSC” and “RACK” to the “4Cs”: Introducing a new framework for negotiating BDSM participation. *Electronic Journal of Human Sexuality*, 17(5), 1–10. <http://www.ejhs.org/volume17/BDSM.html>

La economía del riesgo: la crisis climática en la América de Trump

Líneas de trabajo que deberían seguir los profesionales de salud pública

Giovanni Ghirga¹

La crisis climática no es una variable externa que la política pueda limitarse a observar, sino un riesgo sistémico que ella puede alimentar o mitigar. En esta materia, la dirección que ha tomado la segunda administración Trump ha sido explícita: retroceso del multilateralismo climático, relanzamiento de los combustibles fósiles, debilitamiento de los instrumentos públicos que miden el riesgo y uso de la energía como palanca geopolítica. (The White House, 2025a; Reuters, 2026; U.S. Department of the Treasury, 2026) Este giro no se queda en la retórica. Se traduce en costos inmediatos para los sectores que viven del cálculo del riesgo, como los seguros y la salud, y en un agravamiento progresivo de las finanzas públicas.

El 20 de enero de 2025 una orden de la Casa Blanca inició el retiro del Acuerdo de París. (The White House, 2025a) En enero de 2026 la decisión se extendió al núcleo de la gobernanza climática, con la salida de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (CMNUCC, UNFCCC) y del dispositivo científico internacional asociado. (Reuters, 2026) En paralelo se anunció el retiro inmediato del Fondo Verde para el Clima, uno de los principales canales multilaterales de financiamiento climático. (U.S. Department of the Treasury, 2026) Estas decisiones reducen coordinación, estándares comunes, transparencia y capacidad de planificación colectiva precisamente cuando la crisis exige continuidad y previsión.

La pregunta central pasa a ser si es realista esperar, en este marco, una reducción del consumo de combustibles fósiles. El dato de base es que no existe ningún automatismo. En 2024 las emisiones globales de CO₂ vinculadas a la energía alcanzaron un nuevo máximo histórico, 37,8 Gt. (International Energy Agency, 2025) Esto significa que el crecimiento de las renovables, aunque relevante, todavía no está sustituyendo al fósil con la velocidad necesaria. Cuando una gran potencia decide proteger carbón, petróleo y gas mediante desregulación e incentivos implícitos la probabilidad de una caída rápida del consumo fósil disminuye, no aumenta. En otras palabras, sin políticas coherentes de salida los fósiles tienden a permanecer dominantes, también porque la infraestructura económica y financiera continúa premiándolos.

¿Será posible evitar el calentamiento global “al ritmo actual”? La respuesta está en el propio termómetro del sistema Tierra. Copernicus confirmó que 2024 fue el primer año calendario con una temperatura media global superior a 1,5 °C por encima del nivel preindustrial. (Copernicus Climate Change Service, 2025) Esto no equivale por sí solo a la superación definitiva del umbral del Acuerdo de París, que se define sobre promedios de varias décadas, pero indica que el margen residual es mínimo. Al ritmo actual, con emisiones aún en aumento y con políticas que desaceleran la reducción, el objetivo de estabilizar el calentamiento dentro de 1,5 °C se vuelve cada vez menos plausible. (International Energy Agency, 2025; Copernicus Climate Change Service, 2025)

En el plano económico el clima ya está entrando en el balance del riesgo. Los seguros suelen ser el primer sector en reaccionar porque transforman física y probabilidad en primas. En California, tras incendios devastadores y un deterioro de la solvencia percibida, el Departamento de Seguros aprobó para State Farm un aumento interino del 17% para pólizas de propietarios de vivienda, con vigencia desde el 1 de junio de 2025. (California Department of Insurance, 2025) En el mismo período AccuWeather estimó para los incendios de Los Ángeles daños y pérdidas económicas totales entre 250 y 275 mil millones de dólares.

¹ Scientific Committee Member of ISDE Italy (International Society of Doctors for the Environment), Basel, Switzerland. Correspondencia a: ghirgagiovanni@gmail.com

(AccuWeather, 2025) Cuando el riesgo deja de ser “tarificable” aparecen “desiertos de asegurabilidad”, es decir áreas donde las aseguradoras reducen coberturas o salen del mercado. El resultado no es solo un problema financiero individual sino un factor que puede desencadenar inestabilidad inmobiliaria y crediticia, con pesadas repercusiones sociales y sanitarias para la población.

La estrategia estadounidense parece entonces menos un plan para “afrontar” el problema y más una sustitución de objetivo, del abatimiento del riesgo a su externalización. El retiro de París y luego de la CMNUCC reduce la presión cooperativa sobre metas e instrumentos. (The White House, 2025; Reuters, 2026) La salida del Fondo Verde para el Clima debilita la adaptación en los países más vulnerables, que son también los de mayor fragilidad sanitaria. (U.S. Department of the Treasury, 2026) En paralelo, la decisión de apartarse de la Organización Mundial de la Salud señala una desconfianza más amplia hacia el multilateralismo también en el ámbito de la salud. (Tanne, 2025; The White House, 2025b) En síntesis la “nueva estrategia” es una combinación de repliegue internacional, reducción de salvaguardas y re-centralización del poder decisorio, con la energía fósil tratada como activo geopolítico y no como determinante de riesgo sanitario global geopolítica. (The White House, 2025a; Reuters, 2026; U.S. Department of the Treasury, 2026; Tanne, 2025)

En 2026 esta trayectoria se inserta en un posible nuevo “desorden climático” global, en el que la competencia geopolítica por los recursos energéticos y el aumento del consumo, tienden a prevalecer sobre la cooperación para reducir emisiones. La operación militar estadounidense en Venezuela, con el objetivo declarado de redefinir equilibrios regionales y flujos petroleros, señala el retorno de una lógica de poder centrada en el control de la energía. (Reuters, 2026) En paralelo, mientras la COP30 mostró fracturas e impasses en compromisos y transición desde los fósiles, (Reuters, 2025) Colombia, junto con los Países Bajos, promovió en Santa Marta una conferencia internacional dedicada a la salida de los combustibles fósiles, como intento político de mantener abierto un espacio alternativo de aceleración. (Climate Change News, 2025)

Aquí entra la paradoja de las “dos caras de la misma moneda”. El 20 de enero de 2025 Trump lanzó un endurecimiento drástico de la política migratoria, con medidas de emergencia y participación de las fuerzas armadas en el control fronterizo. (Reuters, 2025) Al mismo tiempo, las

decisiones que elevan emisiones y la intensidad de eventos extremos amplifican precisamente las condiciones que empujan a poblaciones a desplazarse, muchas veces sin alternativas. Este punto no es un argumento moral abstracto sino un nexo causal entre política energética y presión migratoria. Al respecto, es importante tener en cuenta que Estados Unidos además no es un actor neutral en la historia del problema, es responsable de cerca de una cuarta parte de las emisiones históricas acumuladas de CO₂ desde 1850. (Our World in Data, 2026; Associated Press, 2026) Aunque la migración siempre es multifactorial, el aumento de sequías, olas de calor, tormentas y pérdida de medios de vida vuelve más probables los desplazamientos forzados. En 2024 el número de personas en situación de desplazamiento interno alcanzó 83,4 millones a nivel global (Internal Displacement Monitoring Centre, 2025) y el monitoreo del IDMC muestra que una fracción relevante de los desplazamientos se relaciona con desastres. (International Organization for Migration, 2025) La misma CMNUCC que hoy se abandona nació también para reducir riesgos sistémicos de este tipo.

A nivel macroeconómico la inacción ya no puede describirse como una “elección de bajo costo”. El informe Planetary Solvency del Institute and Faculty of Actuaries y de la Universidad de Exeter, usando un enfoque risk-led, estima que sin una corrección de rumbo la economía global podría enfrentar una contracción del PIB del 50% entre 2070 y 2090. (Institute and Faculty of Actuaries & University of Exeter, 2025) Este dato ofrece una forma cuantitativa de decir a decisores y profesionales que el riesgo climático es riesgo financiero y riesgo sanitario a la vez. En el frente estadounidense un análisis de la Office of Management and Budget estimó que el costo fiscal de la inacción podría llegar a 2 billones de dólares anuales hacia fines de siglo, entre menores ingresos y mayores gastos ligados a desastres y programas federales. (Office of Management and Budget, 2022; Reuters, 2022)

¿Qué líneas de trabajo deberían seguir los profesionales de salud pública en este contexto? El punto de partida es reconocer, junto con la OMS, que el cambio climático es un “multiplicador de amenazas” para la salud porque agrava riesgos ya existentes y genera otros nuevos. (World Health Organization, 2023) En la práctica para los sistemas de salud esto implica al menos cuatro prioridades. Primero, integrar de manera rutinaria la vigilancia de calor extremo, calidad del aire y humo

de incendios, con umbrales operativos y planes para poblaciones vulnerables. Segundo, hacer resilientes las infraestructuras de atención, es decir electricidad, cadenas de frío, logística farmacéutica, continuidad de diálisis y oncología, y gestión de evacuaciones. Tercero, medir y comunicar el

costo sanitario de las políticas energéticas en términos de hospitalizaciones evitables, mortalidad atribuible y gasto, porque sin números el riesgo permanece invisible. Cuarto, proteger la independencia de los datos y de las instituciones científicas, porque sin medición no existe prevención.

Prioridades para los sistemas de salud, para la amenaza climática en América Latina

Integrar la vigilancia de calor extremo, calidad del aire y humo de incendios, con umbrales operativos y planes para poblaciones vulnerables.

Fortalecer la resiliencia de las infraestructuras de atención, electricidad, cadenas de frío, logística farmacéutica, continuidad de diálisis y oncología, y gestión de evacuaciones.

Medir y comunicar el costo sanitario de las políticas energéticas en términos de hospitalizaciones evitables, mortalidad atribuible y gasto,

Proteger la independencia de los datos y de las instituciones científicas.

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Las perspectivas que se abren con las últimas acciones internacionales de Estados Unidos no indican una aceleración creíble de la reducción de fósiles. Indican una trayectoria que dificulta cumplir metas climáticas, desplaza costos hacia seguros, salud y finanzas públicas y alimenta las condiciones que amplifican migraciones e inestabilidad. (The White House, 2025a; Reuters, 2026; U.S. Department of the Treasury, 2026; International Energy Agency, 2025; Copernicus Climate Change Service, 2025; Reuters, 2025; Institute and Faculty of Actuaries & University of Exeter, 2025) La salud pública, precisamente porque trabaja sobre el riesgo antes de que se transforme en enfermedad, debe leer esta fase no como un debate ideológico sino como prevención primaria a escala planetaria.

REFERENCIAS

- AccuWeather. (2025, 13 de enero). AccuWeather estimates more than \$250 billion in damages and economic loss from LA wildfires. <https://www.accuweather.com/en/weather-news/accuweather-estimates-more-than-250-billion-in-damages-and-economic-loss-from-la-wildfires/1733821>
- Associated Press. (2026, enero). Experts say Trump pullout from UN climate fighting will hurt world and leave US out of green surge (historical emissions nearly a quarter since 1850). <https://apnews.com/article/trump-climate-change-united-nations-treaty-16b3809ceccf94ff0c0671d3b0bbc8ae>
- California Department of Insurance. (2025). Commissioner Lara adopts judge's ruling on State Farm interim rate increase (17% homeowners). <https://www.insurance.ca.gov/0400-news/0100-press-releases/2025/release038-2025.cfm>
- Climate Change News. (2025, 21 de noviembre). Colombia seeks to speed up a "just" fossil fuel phase-out with first global conference (Santa Marta, April 2026). <https://www.climatechangenews.com/2025/11/21/colombia-seeks-to-speed-up-a-just-fossil-fuel-phase-out-with-first-global-conference/>
- Copernicus Climate Change Service. (2025, 10 de enero). Copernicus: 2024 is the first year to exceed 1.5°C above pre-industrial level. <https://climate.copernicus.eu/copernicus-2024-first-year-exceed-15deg-above-pre-industrial-level>
- Institute and Faculty of Actuaries, & University of Exeter. (2025, enero). Planetary Solvency: Finding Our Balance with Nature. <https://ccli.ubc.ca/resource/planetary-solvency-finding-our-balance-with-nature-global-risk-management-for-human-prosperity/>
- Internal Displacement Monitoring Centre. (2025). Global Report on Internal Displacement (GRID) 2025. <https://www.internal-displacement.org/global-report/grid2025/>
- International Energy Agency. (2025, marzo). Global Energy Review 2025: CO₂ Emissions. <https://www.iea.org/reports/global-energy-review-2025>

- International Organization for Migration. (2025, 13 de mayo). IDMC Report: Record 83 million people living in internal displacement worldwide. <https://www.iom.int/news/idmc-report-record-83-million-people-living-internal-displacement-worldwide>
- Office of Management and Budget. (2022, abril). Climate Risk Exposure: An Assessment of the Federal Government's Climate Risk. https://bidenwhitehouse.archives.gov/wp-content/uploads/2022/04/OMB_Climate_Risk_Exposure_2022.pdf
- Our World in Data. (2026). Who has contributed most to global CO₂ emissions? (historical cumulative shares). <https://ourworldindata.org/contributed-most-global-co2>
- Reuters. (2022, 4 de abril). Climate change could cost U.S. budget \$2 trillion a year by end of century, White House says. <https://www.reuters.com/world/us/exclusive-climate-change-could-cost-us-budget-2-trln-year-by-end-century-white-2022-04-04/>
- Reuters. (2025, 20 de enero). Trump launches sweeping immigration crackdown, tasking U.S. military with aiding border security. <https://www.reuters.com/world/us/trump-declare-national-emergency-border-trump-official-says-2025-01-20/>
- Reuters. (2025, 21 de noviembre). COP30 climate summit deadlocked as EU rejects draft deal. <https://www.reuters.com/sustainability/cop/cop30-draft-deal-drops-effort-new-fossil-fuel-transition-agreement-2025-11-21/>
- Reuters. (2026, 8 de enero). US withdrawal from UN climate treaty is “colossal own goal”, says UN climate chief. <https://www.reuters.com/sustainability/climate-energy/us-withdrawal-climate-treaty-is-colossal-own-goal-says-un-climate-chief-2026-01-08/>
- Reuters. (2026, 11 de enero). With Venezuela raid, US tells China to keep away from the Americas. <https://www.reuters.com/world/china/with-venezuela-raid-us-tells-china-keep-away-americas-2026-01-11/>
- Tanne, J. H. (2025). Trump moves to withdraw from WHO and end climate protections. *BMJ*, 388, r140. <https://doi.org/10.1136/bmj.r140>
- The White House. (2025a, 20 de enero). Putting America First in International Environmental Agreements. <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/01/putting-america-first-in-international-environmental-agreements/>
- The White House. (2025b, 20 de enero). Withdrawing the United States from the World Health Organization. <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/01/withdrawing-the-united-states-from-the-worldhealth-organization/>
- U.S. Department of the Treasury. (2026, 6 de enero). Treasury Announces the United States' Immediate Withdrawal from the Green Climate Fund. <https://home.treasury.gov/news/press-releases/sb0352>
- World Health Organization. (2023, 12 de octubre). Climate change and health [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>

De CIE-10 a CIE-11: Desafío territorial y oportunidad digital para el sistema de salud chileno

Sebastián Galleguillos León¹
Verónica Pérez Parra²

La longevidad es ahora una característica de la pasada edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Casi 30 años mantuvo su posición CIE-10 previo a su sucesión, lo cual rompe una tradición centenaria de renovación cada diez años (Organización Mundial de la Salud, 2019). Como no podía ser diferente con las nuevas generaciones, CIE-11 emerge en un contexto de pantallas, flujos globalizados de información y crisis planetaria. Frente a los nuevos retos en las dinámicas de salud-enfermedad, hay expectativas depositadas en este sistema. En el siguiente artículo se busca un objetivo doble: exponer novedades de CIE-11 para luego sostener la relevancia de su oportuna implementación en Chile.

REFORMA ESTRUCTURAL

Los sistemas taxonómicos de codificación buscan un lenguaje común para estructurar los datos sanitarios, siendo CIE probablemente el más importante dado su diseño y política mundial de implementación. La versión número 10 es la utilizada actualmente en Chile para codificación de mortalidad, egresos hospitalarios, sistemas de vigilancia epidemiológica, por nombrar algunos. Posterior a la pandemia del COVID-19, CIE-10 se declara como un sistema legado, es decir, no se continuará con su renovación al incluir o modificar diagnósticos.

Impulsada por la Organización Mundial de la Salud, en la 72a Asamblea Mundial de la Salud de 2019 se adopta su undécima revisión, con la recomendación de estados miembros, en donde se encuentra Chile, de su implementación a partir de enero del 2022. En este artículo nos centraremos en la incorporación de las características descritas en la Tabla 1 que rescatan el giro estructural en CIE-11.

Tabla 1

Característica	Descripción
Orientación a ecosistema digital	Diseñado para codificación digital
Postcoordinación y Extension Codes	Concatenación de especificadores
Linearización y Multiparentalidad de los diagnósticos	Trazabilidad de los diagnósticos, los cuales pueden tener más de un origen
Interoperabilidad digital	Integración por API a softwares. Traducción a sistemas de terminología estandarizada. (p. ej., SNOMED CT)

Fuente: *Elaboración propia.*

CIE-11 está diseñada para ser trabajada esencialmente en un entorno digital, la Barra de Búsqueda de la Herramienta de Codificación optimiza el hallazgo de diagnósticos utilizando lenguaje natural y reemplaza el uso de 2 de los 3 volúmenes en que se encuentran listados los diagnósticos para su revisión analógica en CIE 10. Luego, el código original del diagnóstico, o 'stem code', tiene la posibilidad de complejizarse vía

1 Médico General de Zona Hospital Familiar y Comunitario de Vilcún. Correspondencia a: sebastian.galleguillos.l@redsalud.gob.cl

2 Enfermera analista GRD. Hospital Carlos Van Buren

‘Postcoordinación’ al agregar ‘Extension codes’. Estos últimos, permiten indicar ubicación, presencia en la admisión, resistencia antimicrobiana, y más. Estas mejoras se reflejan en la codificación post-coordinada, ejemplificada en la Tabla 2.

Tabla 2: Comparación de codificación CIE-10 y CIE-11 para un caso clínico equivalente.

Aspecto comparado	CIE-10	CIE-11
Diagnóstico base	S82.20 – Fractura de la diáfisis de la tibia	NC92.2 – Fractura de la diáfisis de la tibia
Lateralidad	-	XK9K – Derecho
Tipo de fractura	-	XJ1Z6 – Fractura conminuta
Mecanismo	No integrable en un mismo código estructurado	PA6z – Caída no intencional desde altura, sin especificación
Código final	S82.20	NC92.2&XK9K&XJ1Z6&PA6z

Fuente: *Elaboración propia.*

Al igual que en versiones previas, los cambios en la organización y secuencialidad de los diagnósticos es un espejo de cómo la actualidad entiende los diferentes diagnósticos y desde donde se abordan. CIE-11 complejiza lo anterior implementando el concepto de multiparentalidad, en donde una entidad diagnóstica se puede entender desde varias áreas de clasificación. Un ejemplo es el grupo de ‘Enfermedades cerebrovasculares’ el cual en CIE-11 se explica desde ‘Enfermedades del sistema nervioso’, así como también desde ‘Enfermedades del sistema circulatorio’.

Su formato digital facilita su incorporación en entornos virtuales de forma nativa. Por ejemplo, la Interfaz de Programación de Aplicaciones (o API por su sigla en inglés) de CIE-11 simplifica la integración a sistemas informáticos en salud utilizados localmente. De igual forma, promueve la interoperabilidad entre distintos sistemas de codificación estandarizada de información clínica, facilitando la traducción de información entre sistemas orientados a nichos distintos, los cuales se encuentran ya integrados a las redes, a modo de ejemplo, SNOMED CT. Por último, una estructura digital facilita en gran medida la posibilidad de actualización y la difusión de cambios a diferencia de una estructura analógica.

MÁS QUE UNA SUCESIÓN

Este recambio generacional de CIE no se puede entender como una iteración ‘n+1’ sobre la versión n=10. Chute y Çelik (2021) ilustran esta idea señalando que el cambio va más allá de agregar filas y columnas a la ‘hoja de cálculo’ de la clasificación de enfermedades, o de un mero reordenamiento de estas. Por el contrario, mediante

el uso de herramientas informáticas, introduce un sistema completamente nuevo en su concepción que proyecta renovar todo el ciclo de los datos en salud. Desde una mayor eficiencia en su generación y procesamiento, una granularidad adaptable de acuerdo al uso y un perfil de archivo estandarizado que favorece la interdisciplina.

A modo de ejemplo, pensemos en un proyecto de vigilancia epidemiológica de afecciones traumáticas, para así continuar el ejemplo de la tabla 2. Un adecuado uso de CIE-11 en la codificación diagnóstica facilitaría conocer los grados de complejidad de las fracturas en una población y así estimar brechas para las coberturas en salud de las que demandan más recursos. Así mismo, conocer la frecuencia según lateralidad puede guiar la adquisición de insumos asimétricos como las placas de osteosíntesis. Finalmente, intentar determinar la causa inmediata de un evento traumático, es sustrato para acciones que limiten su reproducción. Este ejercicio ilustra como un proceso de codificación estructurado, como el que ya se hace diariamente en las unidades de GRD, potenciaría labores de gestión basada en datos en un centro de salud.

Proyectos afines ya están ocurriendo en Chile: actualmente el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente realiza gestión estratégica de Salud basada en datos, buscando mejorar resultados en los servicios de urgencia, pabellones y hospitalizaciones (Balmaceda, 2025). En este mismo artículo el autor remarca que el uso de datos estructurados facilita su interpretación para la generación de conocimiento, el cual se puede traducir en capacidades de mejora en salud tanto en gestión y planificación como en el proceso clínico mismo. En este contexto, CIE-11 es ciertamente un avance en la estructuración de los datos.

Las aplicaciones de la inteligencia artificial y la ciencia de datos prometen mejorar las condiciones de vida de un público cada vez más amplio, siendo el sector salud un gran potencial beneficiario dada la riqueza en sus registros con los que se puede trabajar. Sin embargo, mantener información de los diagnósticos de manera subcodificada frena proyectos de mejora en salud dados sus costes para incorporarlo a los modelos. Costes de capital humano en trabajos de revisión y codificación manual o costes medioambientales si esta labor la realizan Unidades de Procesamiento Gráfico en una aplicación de Machine Learning para extracción automatizada. Desde esta perspectiva, CIE-11 no solo es eficiente, sino también responsable.

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES EN CHILE

Entender CIE-11 como un instrumento sustancialmente distinto a su versión previa implica reconocer que su implementación demanda recursos adicionales y genera nuevas curvas de aprendizaje entre los actores involucrados. Lo anterior, se suma a otros desafíos nacionales: la heterogeneidad propia del largo territorio, especialmente a grados de conectividad; lo que se repite al considerar los sistemas analógicos y digitales que coexisten y varían de acuerdo al contexto clínico. Asimismo, áreas no clínicas, como sistemas de facturación, requerirán reorientar su funcionamiento actual. Finalmente, la evolución en la estructura de los datos también será un reto para su óptimo análisis, de forma de maximizar la utilidad de estos favoreciendo decisiones oportunas y basadas en evidencia.

Chile cuenta con particularidades que favorecen la transición a sistemas de modernización del estado como este: la insularidad metafórica resulta ventajosa para planes pilotos con objetivo de escala; organización como estado unitario que facilita la ejecución de políticas top-down al compararlo, por ejemplo, con un estado federal. Por último, conectividad vía internet de categoría mundial, alta alfabetización digital y sistemas de ficha electrónica ya adoptados en varias zonas del territorio. El jefe del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (J. Pacheco, comunicación personal, 9 octubre 2025) destaca que Chile ha orientado esfuerzos a una incorporación nacional. Se ha participado en traducciones, en propuestas de abreviaturas y se ha colaborado

con países de la región. Asimismo, bajo una lógica de implementación en cascada ya se han realizado estudios piloto con resultados favorables, Montecinos et al. (2025), por ejemplo, demostraron adecuada concordancia y comparabilidad de CIE-11, respecto a CIE-10 en Chile. Estos esfuerzos no pueden caer sobre suelo estéril, se requiere del compromiso de actores locales que favorezcan el proceso de implementación para su correcto desarrollo.

Se concluye que CIE-11 representa una oportunidad de mejora en el proceso de codificación diagnóstica al enriquecer la calidad y la granularidad de los datos, así como una orientación digital que facilita la utilización de esta información. Así, se requiere una implementación expedita de CIE-11 si se quiere conjugar su uso con las nuevas tecnologías de la información de forma responsable y eficiente con los recursos humanos y ambientales. La celeridad con que esto se implemente, dependerá en gran medida del trabajo de los profesionales a lo largo del territorio.

REFERENCIAS

- Chute, C. G., & Çelik, C. (2021). Overview of ICD-11 architecture and structure. *BMC medical informatics and decision making*, 21 (Suppl 6), 378. <https://rdcu.be/eRX2u>
- Balmaceda, N. (2025). La incorporación de la ciencia de datos en la salud: el rol del médico experto en ciencia de datos en el Hospital Santiago Oriente. *Revista Médica Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*, 3(1). <https://www.revmedhsorient.cl/index.php/hso/article/view/58>
- Montecinos, V., Pacheco, J., Guínez-Molinos, S., Piedra, D., & Fuentes, A. (2025). Codificación de mortalidad con CIE-11 en Chile: principales resultados y perspectivas para su implementación. *Rev Panam Salud Pública*, 49(e50). <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/66492/v49e502025.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *CIE-11. Guía de Referencia*. ICD-11. Retrieved October 27, 2025, from [https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%202014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%202014%20nov%202019).pdf)

Cuadernos Botánico Sociales

Editorial

Todos los fuegos el fuego

Yuri Carvajal Bañados
Mirtha Parada Valderrama¹

La tradición no es la adoración de las cenizas, sino la preservación del fuego.

Gustav Mahler.

Nuestro planeta es el único lugar conocido en donde existe fuego. Eso viene ocurriendo aquí desde hace unos 500 millones de años. Oxígeno atmosférico en una concentración alrededor del 20% y una masiva proliferación de carbohidratos gracias a la fotosíntesis, han hecho posible los ecosistemas y la vida actual.

Esta excepcionalidad vital ha producido y configurado nuestras formas de coexistencia.

Las irrupciones del fuego recientes son el signo de una profunda dislocación de estas reglas. Señal de la desnudez e intemperie en la cual vivimos. Los incendios del 2017, 2024 y 2026 en la zona central expresan una profunda alteración de las normas de vida bajo las cuales hemos desarrollado estados, gobiernos, salud pública, medicina, países. Se torna obvio que se trata de instituciones profundamente inadecuadas para abordar lo que realmente sucede y entregar comprensión y entendimiento a los habitantes de nuestro territorio.

Los fuegos que nos acosan no pueden seguir siendo considerados prometeicos. Es obvio que no somos su dueño ni que un semidiós lo robó para nosotros. El fuego no es propiedad privada, ni es parte de un delito, ni se resuelve con castigos. No está en el orden de la verticalidad, la jerarquía, pues no ha sido arrebatado al cielo.

En verdad, el fuego ocurre más como está inscrito en la tradición indoamericana (el desanizador de pájaros): un signo de amistad entre animales y vegetales, hermanados en un intercambio circular energético en el dar, recibir, devolver, al igual que esa desviación impredecible y espontánea de los átomos en su caída por el vacío, un clinamen.

Apaciguar los salvajismos estivales supone volver a inscribir el fuego en formas de reciprocidad. Reducir las magnitudes de energía asociadas a la vida de los humanos y propender a consumos austeros y en sintonía con los otros seres vivientes sin excepción. Hemos desplazado de manera extremadamente asimétrica nuestra coexistencia, acumulando gigantescas masas y flujos materiales del lado humano en desmedro del resto. Encerramos y criamos especies para el consumo, goce y derroche humano, trastornando las leyes básicas de la vida. La única excepción a este abuso parecen ser las bacterias.

Para evitar fuegos salvajes, es necesario cambiar el juego de encierro y domesticación que estamos ejerciendo. Sin amos ni imperios, no hay salvajes ni domesticados.

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

Necesitamos más bosques nativos, vitales para la vida, pues protegen los suelos contra la erosión, purifican el aire y proveen recursos esenciales. Hay que recrearlos y hacerlos proliferar. No podemos seguir creyendo que la suerte climática del planeta se juega en oficinas y reuniones. Los incendios nos recuerdan dolorosamente que cambio climático y antropoceno viven en lo abierto y cotidiano, en los ecosistemas y junto a vegetales y animales.

Por nuestra parte, los establecimientos de salud no sólo requieren reducir sus consumos, residuos (plásticos) emisiones, huellas de carbono y de agua, sino además recrear espacios de bosque nativo en su interior. Cada incremento de un ejemplar nativo en el espacio clínico equivale al menos a un paciente recuperado más prontamente, a un funcionario ambientalmente activo y a un ser vivo no humano, coexistiendo dentro del espacio clínico. Tal vez, sea una sana manera de adaptarse a la reducción de presupuesto fiscal.

El enfoque de Una Salud (One Health) y su aplicación al uso sustentable de las plantas medicinales en Chile

María Pilar Sánchez¹
Gonzalo Fuentes-Barros²
Sebastián Castro-Saavedra³
Nicolás Montalva⁴
Ana Caroline Avanco⁵
Camila Zoppi⁶
Antonia Díaz-Valdés⁷
Julio Torres⁸
Claudia Guerrero-Rodríguez⁹
Javier Echeverría¹⁰

RESUMEN

El enfoque de “Una Salud (One Health)” es un marco colaborativo que integra la salud de las personas, los animales, las plantas y el medio ambiente, reconociendo que están intrínsecamente conectados entre sí. Por su parte, las plantas medicinales son un claro ejemplo de la necesidad de trabajar con este enfoque, ya que su uso y gestión abarcan los cuatro pilares de Una Salud: la salud humana, animal, de las plantas y ambiental. Los fitoquímicos, como las saponinas del quillay (*Quillaja saponaria* Molina [Quillajaceae]) son un claro ejemplo, ya que se utilizan en modelos de crianza animal, reduciendo el uso de antibióticos y el riesgo de resistencia; en la salud ambiental, la producción de estas plantas debe ser sostenible, evitando la sobreexplotación que afecta la biodiversidad; y en la calidad y seguridad, el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura garantiza la inocuidad del producto, uniendo así la salud ambiental con la de quienes lo consumen. Este artículo propone analizar cómo el enfoque de Una Salud puede enriquecer la gestión de plantas medicinales en Chile, destacando tanto su potencial como las tensiones que enfrenta en materia de sustentabilidad, regulación y salud pública.

Palabras clave: Una Salud, Plantas medicinales, sustentabilidad, Medioambiente, Salud animal, Salud ambiental.

Enfoque de Una Salud

El concepto de Una Salud (One Health) comenzó a consolidarse a inicios de la década del 2000 y, desde entonces, ha sido promovido en ámbitos globales, regionales y nacionales (Kelly et al., 2017). En

1 Departamento de Biología, Facultad de Química y Biología, Universidad de Santiago de Chile.

2 SAPHYCHEM, Santiago, Chile. Programa de Doctorado en Políticas Públicas, Universidad Mayor, Santiago, Chile.

3 SAPHYCHEM, Santiago, Chile. Departamento de Ciencias del Ambiente, Facultad de Química y Biología, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.

4 Centro de Investigación en Sociedad y Salud, Facultad de Ciencias Sociales y Artes, Universidad Mayor, Santiago, Chile.

5 Programa de Doctorado en Políticas Públicas, Universidad Mayor, Santiago, Chile.

6 SAPHYCHEM, Santiago, Chile.

7 Centro de Investigación en Sociedad y Salud, Facultad de Ciencias Sociales y Artes, Universidad Mayor Chile. Facultad de Ciencias Sociales y Artes, Universidad Mayor Chile. Centro de Gerociencia para la Salud Cerebral y el Metabolismo, Santiago, Chile

8 Facultad de Ciencias Forestales y de la Conservación de la Naturaleza, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

9 SAPHYCHEM, Santiago, Chile.

10 Departamento de Ciencias del Ambiente, Facultad de Química y Biología, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.

Correspondencia a: javier.echeverria@usach.cl

2010, la alianza tripartita entre la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (Food and Agriculture Organization of the United Nations, FAO), Organización Mundial de Sanidad Animal (World Organisation for Animal Health, WOAH) y Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, WHO) impulsaron los primeros esfuerzos en este campo, aunque con un alcance aún acotado, principalmente orientado a las zoonosis y a crisis sanitarias, sin incorporar de manera integral las dimensiones sociales, comunitarias y de biodiversidad (Mwatondo et al., 2023).

La pandemia de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) puso de manifiesto la necesidad de contar con sistemas preventivos y de respuesta más integrales, lo que llevó al Panel de Expertos de Alto Nivel en Una Salud (One Health High-Level Expert Panel, OHLEP) a definir, en el año 2021, este enfoque como un marco unificador orientado a equilibrar y optimizar la salud de las personas, los animales y los ecosistemas mediante la cooperación multisectorial (Kock et al., 2020). En la actualidad, este marco se ha ampliado para incorporar desafíos como el acceso a agua potable, aire limpio y alimentos seguros, así como el cambio climático y la sostenibilidad, y se ha consolidado con la creación, en el año 2022, de la colaboración llamada el Cuatripartito, conformada por FAO, WHO, WOAH y Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (United Nations Environment Programme, PNUMA), que refuerza la gobernanza y la coordinación internacional en este ámbito (Mwatondo et al., 2023).

El enfoque de Una Salud se fundamenta en la premisa de que la salud humana, animal, vegetal y ambiental está intrínsecamente interconectada, de modo que cualquier alteración en uno de estos componentes puede producir efectos significativos en los demás. La emergencia de enfermedades infecciosas zoonóticas, la resistencia a los antimicrobianos, la seguridad alimentaria, el cambio climático y la contaminación ambiental constituyen desafíos que exigen una gestión desde esta perspectiva. Se trata, por tanto, de una estrategia de trabajo colaborativo y transdisciplinario orientada a abordar problemas complejos mediante la cooperación de diversas disciplinas, entre ellas la medicina humana y veterinaria, la ecología, la epidemiología, la agronomía, las ciencias forestales, la salud pública y ambiental, la educación, los tomadores de decisiones y los comunicadores del riesgo, entre otras.

El enfoque de Una Salud resulta esencial para enfrentar la emergencia de enfermedades en contextos de degradación ambiental, pobreza y fragilidad de los sistemas de salud (Danasekaran, 2024). Este marco integrador promueve la colaboración interdisciplinaria con el propósito de abordar los desafíos en la intersección entre la salud y la biodiversidad (Destoumieux-Garzón et al., 2018). La pandemia de COVID-19 evidenció la importancia de mantener este equilibrio, lo que impulsó un compromiso global que amplió su aplicación y transitó de un énfasis en el control de enfermedades zoonóticas a cuestiones más amplias vinculadas con la salud sistémica y la sostenibilidad (Mwatondo et al., 2023).

Salud Ambiental

El uso de productos naturales suele centrarse en extractos obtenidos con agua, alcohol y otros solventes, y existe una búsqueda constante de mecanismos más eficientes bajo los conceptos de la química verde (Espino et al., 2018), pero la evaluación de su impacto ambiental no debe limitarse únicamente a la ausencia de insumos, excipientes o componentes tóxicos, sino también a otros impactos en contextos de crisis climática y de pérdida de biodiversidad y comunidades. Para abordar la salud ambiental de manera responsable, es fundamental analizar y valorar todos los elementos que integran el sistema productivo. Estos elementos incluyen el origen de los insumos, excipientes y componentes, el ciclo de vida del producto, el consumo de recursos, el ecodiseño de envases y embalajes, el manejo adecuado y responsable de residuos y emisiones, principalmente las de fuentes de carbono, y el gasto de agua, asociado al proceso productivo. Sólo mediante un diagnóstico claro y una evaluación integral es posible identificar riesgos y promover prácticas que favorezcan la sostenibilidad y la sustentabilidad, así como la protección de la salud en todos sus contextos.

El modelo de explotación de especies endémicas ampliamente utilizadas, aplicado en la zona central de Chile, ha sido objeto de fuertes críticas (Donoso et al., 2015; Gangas et al., 2023; Martín & Briones, 1999). Ejemplos importantes incluyen especies como el quillay (*Quillaja saponaria*), apreciado por su elevado contenido de saponinas y por su uso en fitorremediación (Lazo et al., 2025), y la biomasa de boldo (*Peumus boldus* Molina [Monimiaceae]), valorada por sus alcaloides, polifenoles y sus propiedades antioxidantes, antiinflamatorias, sedantes y antimicrobianas, entre otras (Cassels et al., 2019; Polanco et al., 2024).

La zona central de Chile concentra la mayor parte de la población del país y enfrenta un clima complejo, marcado por los efectos del cambio climático, como las megasequías, lo que hace urgente abordar el desarrollo y la protección futura de estas formaciones vegetales (Schulz et al., 2011). A pesar de que las críticas al modelo de explotación de especies endémicas se han mantenido a lo largo de los años (Donoso et al., 2015; Martín & Briones, 1999), los estudios que analizan las problemáticas asociadas y proponen alternativas para una explotación sustentable son preocupantemente escasos (Mykhailenko et al., 2025).

Un caso icónico es el boldo, cuyo manejo se realiza casi exclusivamente mediante el método de monte bajo, determinado por su notable capacidad de rebrote y no por criterios fitoquímicos relacionados con sus propiedades medicinales (Donoso et al., 2015). Este modelo de gestión prioriza la cantidad por sobre la calidad de las hojas, orientándose a la producción masiva para abastecer la demanda como materia prima de bajo valor agregado (Cassels et al., 2019; Donoso et al., 2015).

A pesar de que la normativa silvícola establece que la intensidad de cosecha no debe superar el 35% del área basal, y fija un período mínimo de cinco años antes de permitir una nueva intervención en la misma superficie (Donoso et al., 2015), en la práctica las labores de aprovechamiento se concentran en las pocas especies forestales con valor de mercado (Poblete Hernández et al., 2023), lo que conduce a una utilización selectiva de la masa forestal. Esta situación genera el abandono del resto del recurso y plantea una seria limitación para un manejo integral del rodal, ya que sólo un reducido número de propietarios tiene la capacidad de gestionar la totalidad del rodal, asumiendo dichos costos.

En las cortas realizadas en cepas de poblaciones naturales previamente intervenidas, existe escasa evidencia científica y ecológica que respalde estas prácticas en términos técnicos y productivos. Esta falta de respaldo puede repercutir negativamente en la conservación de las poblaciones naturales y en la calidad del material cosechado (Donoso et al., 2015; Fuentes-Barros et al., 2023; Gangas et al., 2023). Ante este sustento limitado, se promueve actualmente un enfoque de aprovechamiento integral, que prioriza el aprovechamiento completo del árbol y evita limitarse únicamente a los principales componentes comerciales (Fuentes-Barros et al., 2023; Schlotterbeck et al., 2015).

Esta estrategia fomenta un modelo diversificado que podría disminuir el número de árboles

cosechados con fines medicinales, facilitando el uso de biomasa de descarte procedente del raleo y de las cosechas. Con este criterio nos obligaría a pensar bien cuál es la mejor alternativa para la obtención de biomasa con estándares químicos y médicos, considerando en esta ecuación aspectos positivos como la disminución del riesgo de incendios, junto con el fomento de la sustentabilidad del recurso forestal.

Resulta esencial respetar los límites de la capacidad de regeneración natural de cada especie, pues exceder este umbral convierte la actividad en una práctica insostenible que favorece procesos de deforestación y sobreexplotación, lo que afecta negativamente la biodiversidad, así como el equilibrio ecológico y funcional de estos ecosistemas (Fuentes-Barros et al., 2025). También es relevante analizar la normativa desde un enfoque ecosistémico y multisistémico, considerando las especies que enfrentan riesgos en su aprovechamiento y buscando mejores alternativas de calidad urgente (Fuentes-Barros et al., 2025).

En la zona central de Chile, los desafíos ambientales vinculados al aprovechamiento del quillay y el boldo trascienden la mera conservación de sus ecosistemas y afectan directamente la seguridad y la calidad de los productos obtenidos de estas especies. Esta relación integral refleja los pilares del enfoque de Una Salud, que enfatiza la seguridad y la calidad como elementos fundamentales para la sostenibilidad y el bienestar.

Seguridad y Calidad

En la elaboración de los Medicamentos Herbarios Tradicionales, la implementación de las buenas prácticas de manufactura (Good Manufacturing Practices, GMP) es fundamental para garantizar la calidad uniforme, la seguridad, la eficacia y la confiabilidad de los productos fitofarmacéuticos (Fuentes-Barros et al., 2025; Heinrich et al., 2022). Estas directrices deben aplicarse desde las etapas iniciales del proceso productivo, que comprenden el cultivo, la recolección (ya sea silvestre o cultivada), y la conservación de las plantas medicinales, garantizando la inocuidad y la eficacia del producto final. Si bien existe un documento elaborado por el MINSAL que aborda aspectos relacionados con el “Cultivo, Cosecha, Secado, Envasado, Dispensación y Uso de Medicamentos Herbarios Tradicionales”, esta información requiere profundización, especialmente en lo relativo a los estándares de control de calidad, con énfasis en las especies nativas. En muchos casos, aún se desconocen aspectos críticos

asociados a su composición química, estandarización y preparación, lo que limita su producción masiva y su adecuada incorporación en la práctica de la atención primaria de salud (Ministerio de Salud, 2021).

La presencia de contaminantes, como metales pesados y pesticidas, en especies medicinales, ya sean cultivadas o recolectadas de poblaciones silvestres, constituye una preocupación que vincula directamente la salud ambiental (contaminación del suelo y del agua) con la salud humana y animal (exposición a tóxicos mediante el consumo de la planta).

En este contexto, tanto en el cultivo como en la recolección de biomasa, debe considerarse el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Laboratorio (Good Laboratory Practices, GLP), orientadas a garantizar un control de calidad mediante datos reproducibles y representativos, asegurando la validez y la confiabilidad de los resultados.

No obstante, la falta de metodologías analíticas robustas para garantizar la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos fitoterapéuticos sigue siendo un desafío en Chile (Fuentes-Barros et al., 2025; Heinrich et al., 2022). Este aspecto constituye un problema central del enfoque de Una Salud, al estar directamente relacionado con la inocuidad y la fiabilidad de los tratamientos, lo que impacta tanto en la salud humana como en la de los animales que también los consumen y, finalmente, en la salud del ambiente. La presencia de contaminantes, como se mencionó anteriormente, representa un riesgo directo para la salud, en el marco de Una Salud.

En Chile, persisten importantes desafíos de fiscalización para controlar la venta de especies no autorizadas, lo que conlleva mayores riesgos para la salud (Fuentes-Barros et al., 2025).

Salud Humana y Animal

Los brotes de enfermedades continúan siendo un desafío relevante en la producción animal y acuícola, especialmente en los salmónidos. En Chile, el síndrome septicémico rickettsial (Salmonid Rickettsial Septicemia, SRS) es la enfermedad bacteriana más grave, responsable de más de la mitad de las muertes por infecciones durante la fase de engorda en agua de mar, y representa la principal causa del uso de antimicrobianos en la salmonicultura (Cañon-Jones et al., 2020). Ante esta creciente preocupación, la industria busca alternativas que complementen o reduzcan el uso de antibióticos en los sistemas intensivos. Los fitoquímicos, como las saponinas del quillay, han demostrado eficacia en la prevención y control de

enfermedades en otros modelos de producción animal (Cañon-Jones et al., 2020)

Los extractos de quillay muestran seguridad y eficacia *in vitro* frente a *P. salmonis*, dependiendo de la concentración y del grado de purificación de las saponinas, y constituyen una alternativa sostenible para reducir la mortalidad, el uso de antibióticos y la resistencia antimicrobiana en la acuicultura (Cañon-Jones et al., 2020). De la misma forma, las saponinas del quillay también tienen aplicaciones beneficiosas en la crianza de animales de corral. Por ejemplo, pueden ser útiles para combatir la coccidiosis, una infección intestinal común en aves de corral causada por parásitos protozoarios, que afecta significativamente su salud y rendimiento productivo (Bafundo et al., 2020). En este contexto, se ha demostrado el efecto anticoccidial de un producto derivado del quillay en dosis de 250 ppm o superiores de la combinación quillay/yucca (*Yucca schidigera* Roetz ex Ortgies [Asparagaceae]) en aves de corral, presentan una mayor ganancia de peso, menores lesiones intestinales y una reducción de aproximadamente un 50% en la cantidad de oocistos en las heces (Bafundo et al., 2020).

Además de sus aplicaciones en la producción animal, el quillay ha desempeñado un papel clave en el desarrollo de vacunas humanas de última generación, gracias a las propiedades adyuvantes de sus saponinas. En el año 1951, Espinet utilizó una preparación cruda de saponina de quillay para aumentar la potencia de las vacunas contra la fiebre aftosa (Morais et al., 2025). Luego, en 1974, se alcanzó un hito crucial cuando Dalsgaard aisló con éxito la saponina comercial Quil A® de la corteza del quillay, demostrando que su incorporación a las vacunas estimulaba la inmunidad tanto humoral como celular (Morais et al., 2025).

Sin embargo, las saponinas mostraban un fuerte efecto hemolítico, lo que provocaba reacciones adversas. Para superar este obstáculo, los esfuerzos de investigación se centraron en purificar una molécula específica de saponina que conservara su efecto adyuvante, pero con menor toxicidad (Morais et al., 2025).

Esta búsqueda condujo al desarrollo de nuevas formulaciones. Las saponinas de quillay se formularon en nanopartículas lipídicas, conocidas como complejos inmunoestimulantes (Immune stimulating complexes, ISCOMs), lo que permitió reducir la toxicidad hemolítica sin comprometer su efecto adyuvante. La tercera generación de esta tecnología es el adyuvante Matrix-M, que consiste en una mezcla de dos tipos de nanopartículas físicamente estables (Morais et al., 2025)

Actualmente, existen varios adyuvantes basados en saponinas aprobados para uso en humanos:

- AS01 y AS02 (desarrollados por GSK), presentes en vacunas como Shingrix™ y Mosquirix™.
- Matrix-M (Novavax), utilizado en vacunas autorizadas como Nuvaxovid™ (COVID-19) y R21/Matrix-M (malaria), y en desarrollo para otras enfermedades como la influenza (Morais et al., 2025).

Aunque el QS-21, una de las saponinas principales, puede causar hemólisis y efectos secundarios leves, su formulación en nanopartículas ha demostrado reducir dichos riesgos. Los efectos adversos más comunes son reacciones locales (dolor, enrojecimiento) o leves sistémicas (fiebre, síntomas gripales), con una incidencia comparable a la de otros adyuvantes (Morais et al., 2025).

Estos avances en el uso biomédico del quillay evidencian su aporte directo a la salud humana. Sin embargo, al mismo tiempo, plantean interrogantes sobre la sostenibilidad de su aprovechamiento, lo que genera este debate considerando la dimensión ambiental en todo su contexto: Una Salud.

Consideraciones finales

El enfoque de Una Salud es relevante para diagnosticar y formular respuestas, soluciones y políticas que influyen de manera significativa en el contexto de la crisis climática y de la pérdida de biodiversidad. Hemos identificado algunos aspectos claves que se deben tomar en cuenta en la gestión de dos especies medicinales nativas de nuestro país:

- **Integración de la sustentabilidad:** El enfoque de Una Salud no es sólo un concepto teórico, sino también una necesidad práctica para avanzar hacia la sostenibilidad. La gestión de recursos naturales como el boldo y el quillay evidencia que en Chile aún persisten importantes brechas en las prácticas de aprovechamiento, que pueden afectar tanto la salud ambiental (biodiversidad y regeneración de especies) como la salud humana, animal y vegetal (contaminación y calidad del producto). Esto subraya la urgencia de incorporar la salud ambiental como eje central en los modelos de negocio, en la investigación y en las políticas públicas.

- **Innovación y tradición:** La evidencia muestra un debate significativo entre el uso tradicional de las plantas medicinales, como la etnomedicina del boldo, y la innovación científica de vanguardia, ejemplificada por la aplicación de saponinas

de quillay y por las prácticas de uso sustentable de las especies medicinales. Actualmente existe una mayor conciencia y la ciencia se ha esforzado por superar limitaciones previas, potenciar la eficacia de los compuestos naturales y generar impactos de alcance global, al tiempo que valida y resignifica los saberes locales.

El enfoque de Una Salud permite revalorizar las plantas nativas, impactando en el bienestar cultural y en la salud general, reconectando a las comunidades con su patrimonio natural y promoviendo el cuidado del medio ambiente local para disponer de ellas.

- **El rol de las plantas nativas:** Especies como el boldo y el quillay no deben entenderse únicamente como recursos económicos, sino también como recursos estratégicos que vinculan la salud de los ecosistemas chilenos con la salud pública global. Su aprovechamiento sostenible requiere criterios ecológicos y técnicos sólidos, aún insuficientes en la práctica actual, lo que constituye un desafío crítico para su viabilidad a largo plazo. El rol en la conservación de la biodiversidad y estabilidad ecosistémica es relevante porque las plantas nativas están adaptadas al clima y suelo locales, formando la base de la cadena alimentaria y proporcionando hábitat y alimento a la fauna local (aves, insectos, mamíferos, etc.) entre otras características, y contribuyen a la resiliencia ambiental y servicios ecosistémicos fundamentales como la producción de oxígeno, la mantención de la calidad del suelo, la regulación del ciclo del agua y la reducción de la contaminación (fitorremediación).

Las plantas nativas han sido utilizadas en la medicina tradicional durante siglos y constituyen una fuente de investigación de nuevos compuestos bioactivos con propiedades medicinales (antibacterianas, antifúngicas, etc.), todos ellos con acción farmacoterapéutica. La conservación de estas especies es crucial para futuros hallazgos que contribuyen a la salud humana, animal y vegetal, así como a la salud ambiental.

Finalmente, muchas especies nativas son fuentes vitales de alimento para las comunidades locales y la fauna, contribuyendo a la temática relevante de la seguridad alimentaria y la nutrición.

- **Gobernanza y cooperación:** La evolución del enfoque de Una Salud, desde una colaboración tripartita centrada en las zoonosis hasta una colaboración cuatripartita que incorpora la dimensión de la salud de las plantas, refleja la creciente conciencia de que los problemas sanitarios complejos, como la resistencia antimicrobiana, solo pueden abordarse mediante gobernanza participativa y cooperación y colaboración intersectoriales.

El caso de las plantas medicinales y sus desafíos regulatorios en Chile, con una nueva Política de Medicina Complementaria y Prácticas de Bienestar de la Salud (octubre de 2024), avanza hacia una gestión y una visión integradas en los sistemas de salud en general (Ministerio de Salud, 2024).

REFERENCIAS

- Bafundo, K. W., Johnson, A. B., & Mathis, G. F. (2020). The effects of a combination of *Quillaja saponaria* and *Yucca schidigera* on *Eimeria* spp. in broiler chickens. *Avian Diseases*, 64(3), 300–304.
- Cañon-Jones, H., Cortés, H., Castillo-Ruiz, M., Schlotterbeck, T., & San Martín, R. (2020). *Quillaja saponaria* (Molina) extracts inhibits in vitro *Piscirickettsia salmonis* infections. *Animals*, 10(12), 2286.
- Cassels, B. K., Fuentes-Barros, G., & Castro-Saavedra, S. (2019). Boldo, its secondary metabolites and their derivatives. *Current Traditional Medicine*, 5(1), 31–65. <https://doi.org/10.2174/2215083804666181113112928>
- Danasekaran, R. (2024). One Health: A Holistic Approach to Tackling Global Health Issues. *Indian Journal of Community Medicine*, 49(2). https://journals.lww.com/ijcm/full-text/2024/49020/one_health_a_holistic_approach_to_tackling_global.5.aspx
- Destoumieux-Garzón, D., Mavingui, P., Boetsch, G., Boissier, J., Darriet, F., Duboz, P., Fritsch, C., Giraudoux, P., Le Roux, F., Morand, S., Paillard, C., Pontier, D., Sueur, C., & Voituren, Y. (2018). The One Health Concept: 10 Years Old and a Long Road Ahead. *Frontiers in Veterinary Science*, Volume 5-2018. <https://www.frontiersin.org/journals/veterinary-science/articles/10.3389/fvets.2018.00014>
- Donoso, S., Peña-Rojas, K., Durán, S., Pacheco, C., Galdames, E., & Espinoza, C. (2015). Influencia del raleo en el crecimiento, la condición hídrica y la respuesta fotosintética de *Peumus boldus*: pautas para la definición de su manejo silvicultural. *Bosque (Valdivia)*, 36(3), 457–466.
- Espino, M., Fernández, M. de los Á., Gomez, F. J. V., Boiteux, J., & Silva, M. F. (2018). Green analytical chemistry metrics: Towards a sustainable phenolics extraction from medicinal plants. *Microchemical Journal*, 141, 438–443. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.microc.2018.06.007>
- Fuentes-Barros, G., Castro-Saavedra, S., Montalva, N., & Echeverría, J. (2025). Integrando ciencia y tradición: desafíos en la regulación de plantas medicinales en Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, 65(2), 75–80.
- Fuentes-Barros, G., Echeverría, J., Mattar, C., Liberona, L., Giordano, A., Suárez-Rozas, C., Salas-Norambuena, J., González-Cooper, A., Cassels, B. K., & Castro-Saavedra, S. (2023). Phytochemical variation of wild and farmed populations of boldo (*Peumus boldus* Molina). *Journal of Applied Research on Medicinal and Aromatic Plants*, 35, 100502. <https://doi.org/10.1016/j.jarmap.2023.100502>
- Gangas, R., Donoso, S., Espinoza, C., Riquelme, A., Quintanilla, M., & Peña-Rojas, K. (2023). Evaluación en árboles de *Peumus boldus* después de 10 años desde la cosecha: Respuesta en un escenario de megasequía. *Bosque (Valdivia)*, 44(3), 535–546.
- Heinrich, M., Jalil, B., Abdel-Tawab, M., Echeverría, J., Kulić, Ž., McGaw, L. J., Pezzuto, J. M., Potterat, O., & Wang, J.-B. (2022). Best practice in the chemical characterisation of extracts used in pharmacological and toxicological research—the ConPhyMP—guidelines. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 953205.
- Kelly, T. R., Karesh, W. B., Johnson, C. K., Gilardi, K. V. K., Anthony, S. J., Goldstein, T., Olson, S. H., Machalaba, C., Mazet, J. A. K., & Consortium, P. (2017). One Health proof of concept: Bringing a transdisciplinary approach to surveillance for zoonotic viruses at the human-wild animal interface. *Preventive veterinary medicine*, 137, 112–118.
- Kock, R. A., Karesh, W. B., Veas, F., Velavan, T. P., Simons, D., Mboera, L. E. G., Dar, O., Arruda, L. B., & Zumla, A. (2020). 2019-nCoV in context: lessons learned? *The Lancet Planetary Health*, 4(3), e87–e88. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30035-8](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30035-8)
- Lazo, J., Tapia, J., & Guerra, F. P. (2025). Cadmium and Copper Stress Responses in Soapbark Tree (*Quillaja saponaria*): Effects on Growth, Metal Accumulation, Saponin Concentration, and Gene Expression. *Plants*, 14(5), 709.
- Martín, R. S., & Briones, R. (1999). Industrial uses and sustainable supply of *Quillaja saponaria* (Rosaceae) saponins. *Economic Botany*, 53(3), 302–311. <https://doi.org/10.1007/BF02866642>

- Ministerio de Salud. (2024). *Política de medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud* (Cavieres Yénive & Cerda Carmen, Eds.). https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/10/2024.11.18_POLITICA-MEDICINA-COMPLEMENTARIA_final.pdf
- Ministerio de Salud. (2021). *HUERTOS MEDICINALES O ALIMENTICIO – MEDICINALES: Orientaciones Técnicas sobre “Cultivo, Cosecha, Secado, Envasado, Dispensación y Uso de Medicamentos Herbarios Tradicionales”* (Cavieres Yénive & Cerda Carmen, Eds.). https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/07/20210728_OT-HUERTOS-MEDICINALES.pdf
- Morais, V., Suarez, N., & Silveira, F. (2025). Methods of saponin purification from *Quillaja* sp. for vaccine adjuvant production. *Frontiers in Natural Products*, 3, 1524624.
- Mwatondo, A., Rahman-Shepherd, A., Hollmann, L., Chiossi, S., Maina, J., Kurup, K. K., Hassan, O. A., Coates, B., Khan, M., Spencer, J., Mutono, N., Thumbi, S. M., Muturi, M., Mutunga, M., Arruda, L. B., Akhbari, M., Ettehad, D., Ntoumi, F., Scott, T. P., ... Dar, O. (2023). A global analysis of One Health Networks and the proliferation of One Health collaborations. *The Lancet*, 401(10376), 605–616. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01596-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01596-3)
- Mykhailenko, O., Jalil, B., McGaw, L. J., Echeverría, J., Takubessi, M., & Heinrich, M. (2025). Climate change and the sustainable use of medicinal plants: a call for “new” research strategies. *Frontiers in Pharmacology*, 15, 1496792.
- Poblete Hernández, P., Gysling Caselli, J., Álvarez González, V., Bañados, M., Carlos, J., Kahler González, C., Pardo, V., Soto Aguirre, D., & Baeza Rocha, D. (2023). *Anuario forestal 2023*.
- Polanco, V., Cerdá-Bernad, D., Quispe-Fuentes, I., Bernal, C., & López, J. (2024). Bioactive Content and Antioxidant Properties of Spray-Dried Microencapsulates of *Peumus boldus* M. Leaf Extracts. *Antioxidants*, 13(12), 1568.
- Schlotterbeck, T., Castillo–Ruiz, M., Cañon–Jones, H., & Martín, R. S. (2015). The use of leaves from young trees of *Quillaja saponaria* (Molina) plantations as a new source of saponins. *Economic Botany*, 69(3), 262–272.
- Schulz, J. J., Cayuela, L., Rey-Benayas, J. M., & Schröder, B. (2011). Factors influencing vegetation cover change in Mediterranean Central Chile (1975–2008). *Applied vegetation science*, 14(4), 571–582.

Homenaje a Francis Hallé. Célebre botánico Francés

Yuri Carvajal Bañados¹

El 31 de diciembre pasado ha muerto a los 87 años, Francis Hallé, investigador francés del mundo arborícola.

Hallé ha sido un verdadero filósofo de su tema. Amante en primer lugar del objeto de sus afanes y del saber sobre ese objeto. Pero además activista. Ha fundado una asociación para hacer renacer un bosque primario en Europa Occidental: <https://www.foretprimaire-francishalle.org/>.

Gracias a las ediciones del Jata y Gustavo Gili, tenemos en español versiones de algunas de sus obras. El 26 de noviembre pasado, climaterra había publicado una entrevista² en la cual desplegaba carisma e inquietudes.

Hallé estudió la arquitectura de los árboles y trabajando desde el dosel de la foresta, construyó una perspectiva distinta e intelectualmente generosa de los vegetales.

A su muerte, podemos decir que nos hereda su interés por la forma y en concreto, la arquitectura de árboles y plantas, es decir su consideración de la belleza y del abordaje cualitativo, la búsqueda de los patrones vegetales que difieren de la estructura animal, para entender a los seres vivos con una mirada amplia. También consideramos legado su capacidad de poner a los vegetales en el terreno de la acción, promoviendo y organizando el renacer de un bosque primario en Europa Occidental.

Su manifiesto expresa de manera condensada, una visión mayor de la ecología. La posibilidad de reparar un ecosistema en Europa occidental, rescatando los valores de los viejos árboles, de generaciones sucesivas de vegetales y la fauna propia, es un camino distinto de la ecología política como hoy se entiende.

La propuesta de Hallé, articulada en una organización, un manifiesto y una estrategia de trabajo, pone a Europa frente a un desafío ecológico sencillo y claro: 70 mil hectáreas para dar prioridad a la cuestión ecológica. Un símbolo de lo que puede ser un ecologismo propositivo. Frente a la posibilidad de que el último bosque europeo en Biatowieza, Polonia, sea destruido, una definición en Europa Occidental es clave.

Renacer un bosque primario en Europa es revertir una agresión sistemática hacia los bosques de miles de años, en la propia casa de los leñadores. Para nosotros, latinoamericanos, sería una señal para empezar a abandonar ese feo hábito destructor que nos trajo la conquista.

El abordaje botánico de Hallé no repara en destacar el valor estético de la ecología, muchas veces soslayado por prudencia o cálculo. Tampoco vacila en repensar la biología y abrir espacio a los vegetales.

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

2 <https://www.climaterra.org/post/francis-halle-la-atenci%C3%A9n-a-los-seres-vivos-debe-practicarse-el-asombro-es-un-arte-que-debe-perfec>

Estudioso de la forma, su pensamiento dialoga por supuesto con Thompson D'Arcy, Ponge, Calvino, Perec. Destaca la plasticidad de los vegetales, sus variantes de simetría y su desarrollo más bien en dos dimensiones, podríamos decir en la superficialidad, versus la voluminosidad animal.

Hallé enfatiza el valor que tiene la haploidía y la poliploidía en la existencia regular de los vegetales -muy en la tradición de Bárbara McClintock-, las formas evolutivas que se basan en mecanismos no weissmanianos de herencia. Puesto que la distinción entre células somáticas y células germinales preconizada por Weissman no se cumple en los vegetales, pues el meristema sigue teniendo posibilidades germinales. Esto supone una mayor versatilidad de los vegetales, un trato con la variabilidad genética distinta y una convivencia sabia con las mutaciones.

Hallé nos propone acercarnos a los vegetales reconociendo una alteridad profunda en ellos. Me gusta pensar en la comunidad de los vivientes y una diferencia menor con los vegetales, sin cerebro, sin centralismo, pero ahondando en el camino de la vida.

Su propuesta de bosque primario nos exige una renovación intelectual radical. Los paradigmas no están en oferta en las estanterías de los supermercados. Nunca sabemos bien dónde nacen, ni si acaso nuestros esfuerzos son los adecuados.

Estar a la altura de la herencia que nos deja Hallé, es poner árboles en nuestro ecosistema. sea casa, calle, hospital o consultorio. La acción precede al cambio de modo de pensamiento.

La semilla vegetal es un embrión. En eso también reside una diferencia.

Creando una comunidad Botánico Social, una alianza necesaria y que da frutos con semillas.

Reporte de participación en XIII Encuentro CTS – Chile

Mirtha Parada Valderrama¹

¿Cómo pueden ser inteligentes las plantas, si no tienen cerebro?

Tampoco tienen pulmones y sin embargo respiran. No tienen ojos, pero pueden ver la luz. No tienen tubo digestivo, pero se alimentan. Que la inteligencia necesita de un cerebro es lo que sale en el diccionario. Pero ¿quién lo ha escrito? Un ser humano, que ha definido la inteligencia a su imagen y semejanza.

Francis Hallé

En el congreso de la red de Estudios en Ciencia Tecnología y Sociedad (CTS – Chile), que este año se realizó en Concepción entre el 14 y 16 de enero, se presentó la trayectoria de los Cuadernos Botánico-Sociales, con la ponencia “Creando una comunidad Botánico Social, una alianza necesaria y que da frutos con semillas”.

La ponencia narró la historia y transformación desde Cuadernos Médico Sociales y su origen como un anexo transformado, que amplía su enfoque y alcance con una perspectiva interdisciplinaria, que incorpora botánica y ciencias sociales, para abordar temas complejos de salud pública.

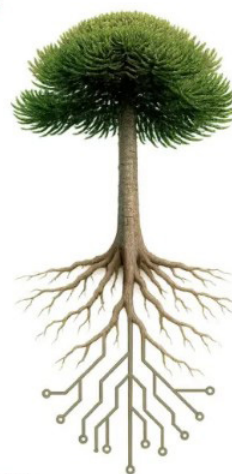
Los inicios en el año 2020 plantearon una alianza oxígeno-vegetal y médico social y propusieron un reencuentro con los vegetales que la práctica clínica ha tenido durante milenios. Una revalorización de las plantas en todas sus dimensiones.

Se enfatiza que el anexo CBS, ofrece un espacio esencial para integrar conocimientos sobre naturaleza, sociedad y salud, con un enfoque crítico, vital para enfrentar los retos ambientales y sociales actuales con soluciones efectivas.

El público asistente quedó interesado y complacido con el tema manifestando sus intenciones de colaborar con la revista.

Arqueología
del futuro y
epistemologías
del porvenir

XIII
Encuentro
CTS-Chile



Diálogos para un
mundo en transformación



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

Entre moléculas y plantas: trayectorias de formación médica y docencia en fitofarmacología clínica

Joaquín Salinas Valero¹

Durante mi formación como estudiante de medicina en el año 2016, la fitoterapia apareció de manera casi anecdótica. Una sola clase inserta en el curso de farmacología, intentaba condensar un universo que se extiende por millones de años de coevolución entre plantas y seres humanos. Recuerdo que se habló de interacciones, la clásica del pomelo y de algunos efectos adversos. Pero incluso en su brevedad, esa instancia dejó una inquietud difícil de silenciar: ¿cómo podía reducirse a una única sesión un campo que involucra miles de especies vegetales, millones de moléculas y una historia biológica compartida con nuestra propia fisiología?

Esa clase fue dictada por el farmacólogo Sandro Bustamante, quien más tarde se transformaría en uno de mis mentores. Con el tiempo, el espacio formal del aula se transformó en algo distinto: encuentros semanales donde revisábamos artículos científicos en fitofarmacología. No había estructura rígida, había conversación. Ese formato libre, crítico, profundamente reflexivo, permitió algo que rara vez ocurre en la formación médica tradicional: pensar, no memorizar, no repetir, sino cuestionar.

En esas conversaciones reforcé el entendimiento que las plantas no son recursos naturales, sino sistemas complejos, organismos que sintetizan moléculas con funciones específicas para su propia supervivencia. Moléculas que, por una compatibilidad biológica que aún estamos lejos de comprender completamente, también interactúan con nuestra fisiología. Más que contenidos, lo que se transmitía era una forma de pensar. Una filosofía de la fitofarmacología.

Lo que no estaba en el programa académico comenzó a desarrollarse fuera de él. Durante años, mi formación en fitoterapia fue esencialmente autodidacta: búsqueda sistemática de literatura en PubMed, lectura de textos de fitoterapia clínica, estudio de fisiología vegetal y de las moléculas secundarias que las plantas producen. Era un aprendizaje silencioso, paralelo, muchas veces invisible para el entorno académico. Sin embargo, este camino no estuvo exento de tensiones. En algunos espacios clínicos, particularmente durante mi paso por el Hospital José Joaquín Aguirre, la fitoterapia era vista con escepticismo. No como un campo en desarrollo, sino como un territorio ajeno a la medicina. La respuesta del entorno no siempre fue neutra. Hubo cuestionamientos, evaluaciones condicionadas por prejuicios y, en ocasiones, la sugerencia explícita de abandonar este interés y la carrera de medicina. Pero el conocimiento, como las raíces, encuentra caminos incluso en suelos adversos.

En 2019 nace Ecomedicinal como una necesidad de expresión. No solo de lo aprendido, sino de una forma distinta de comunicar la ciencia. Mi primera publicación planteaba una idea simple pero profunda: antes de la farmacología, incluso antes de reconocernos como especie, los seres humanos ya habíamos aprendido a seleccionar plantas útiles para nuestra supervivencia. Un proceso de ensayo y error que tomó miles de años y que configuró nuestra relación con el entorno vegetal. Ecomedicinal fue, en esencia, un intento de traducir la fitofarmacología en un lenguaje que integrara ciencia y sensibilidad. Una especie de “ciencia acuarela”, donde las moléculas no son solo estructuras químicas, sino expresiones de procesos biológicos complejos.

Lo que comenzó como una exploración personal tuvo una resonancia inesperada. La plataforma llamó la atención de la periodista Constanza Menares, del diario El Mercurio, y posteriormente del Colegio Médico de Chile. En el año 2020, fui invitado por Yuri Carvajal y Mirtha Parada a escribir en la sección Cuadernos

¹ Médico. Universidad de Chile. Master en Fitoterapia Clínica Universidad de Barcelona. Editor CBS.
Correspondencia a: jsalinas@ug.uchile.cl

Botánico Sociales. Ese gesto no solo significó un reconocimiento, sino también una validación: la fitoterapia podía, y debía, ser parte de la conversación médica.

El siguiente paso fue ordenar lo aprendido. El Máster en Fitoterapia Clínica de la Universidad de Barcelona permitió transformar una formación dispersa en un cuerpo estructurado de conocimiento. Comprender niveles de evidencia, indicaciones clínicas precisas, interacciones, estandarización de extractos. El aprendizaje más importante, sin embargo, fue otro: entender cuánto queda por aprender.

En 2025, el camino volvió a su origen, pero desde otro lugar. Esta vez como docente del módulo de fitoterapia clínica para estudiantes de medicina en la Universidad de O'Higgins. La estructura del curso partía desde una premisa fundamental: las plantas no producen moléculas "para nosotros". Las producen para sí mismas. Para defenderse, comunicarse, adaptarse. Desde esa comprensión, cercana a lo planteado por Stefano Mancuso, se abría la pregunta clínica: ¿qué ocurre cuando esas moléculas interactúan con la fisiología humana? El énfasis no estuvo en la idealización de lo "natural", sino en su complejidad. En entender que

las plantas no son inocuas, que poseen efectos, interacciones y contraindicaciones. Que requieren el mismo rigor que cualquier fármaco. La respuesta de los estudiantes fue significativa. Surgieron preguntas, interés por la etnomedicina, inquietud por integrar estos conocimientos en la práctica clínica. Tal vez porque, en el fondo, este conocimiento no es ajeno. Es parte de nuestra historia como especie.

Hoy, una proporción importante de pacientes utiliza plantas medicinales sin comunicarlo a sus médicos. No por desconfianza, sino porque perciben que ese conocimiento no tiene un lugar dentro de la medicina formal. Ahí radica uno de los principales riesgos: no la fitoterapia en sí, sino su invisibilización. Excluirla del currículo médico no elimina su uso, sólo impide su comprensión. Integrarla, en cambio, permite ampliar la terapéutica, evitar la polimedicación sintética y recuperar una dimensión histórica de la medicina: aquella que reconoce que, antes de los laboratorios, existieron los ecosistemas.

Porque en última instancia, la medicina no comienza en la síntesis química, comienza en las plantas.

Quintral (*Tristerix corymbosus*): floreciendo entre parasitismo, medicina tradicional y evidencia científica

Maité Rodríguez-Díaz¹

En los paisajes del centro y sur de Chile, el quintral (*Tristerix corymbosus*) o también conocido como muérdago chileno se manifiesta como una presencia tan visible como ambigua. Sus flores rojas, intensas y persistentes, contrastan con la percepción que muchas veces se tiene de esta especie: ¿es una especie invasiva, ornamental o medicinal? Ver Figura.

Esta planta es una de las tres especies diferentes de quintrales que habitan en Chile—*T. verticillatus*, *T. aphyllus*, y *T. corymbosus*— además de otras especies de plantas parásitas. *T. corymbosus* es la más común en nuestro país, siendo dentro del género *Tristerix*, la que se encuentra en zonas más australes. Habita naturalmente desde la Región de Coquimbo hasta Los Lagos, y ha sido introducida en el Archipiélago de Juan Fernández.

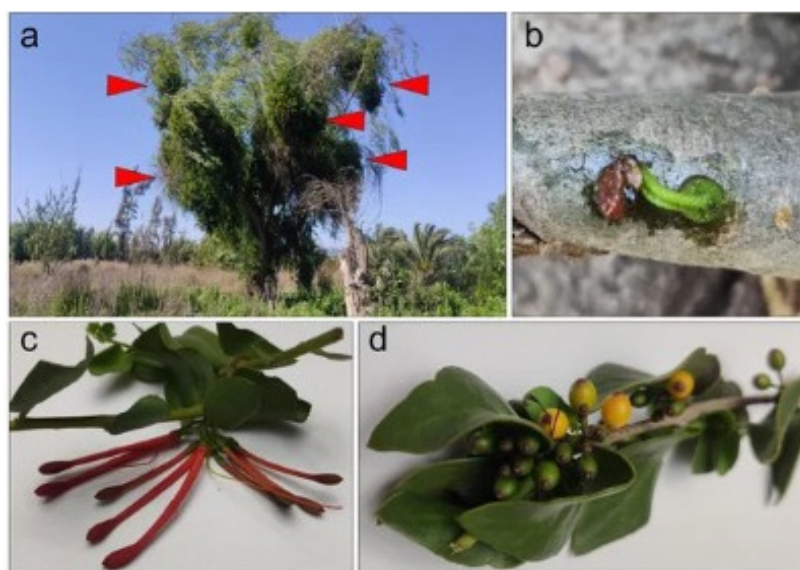


Figura: *T. corymbosus* en *Salix babylonica*. (a) *T. corymbosus* hospedado en *S. babylonica* forma un crecimiento masivo que a largo plazo mata a las tres especies. Las puntas de flecha rojas indican los sitios de crecimiento de *T. corymbosus* en su hospedador. (b) Durante la germinación, las semillas de *T. corymbosus* se adhieren a las ramas y comienzan a producir un haustorio que penetra los tejidos del árbol. (c) *T. corymbosus* produce inflorescencias rojas organizadas en corimbos, de enero a septiembre. (d) Detalle de frutos maduros y verdes de *T. corymbosus*. Fuente: Hidalgo y col. 2026

Ciertamente, se trata de una planta invasiva o dañina, capaz de debilitar a sus hospederos —particularmente especies introducidas como son los sauces y álamos— hasta comprometer su supervivencia. A su vez esta especie mantiene una relación parasitaria a largo plazo, menos invasiva, con varias especies nativas como el quillay, el litre y el maqui. En total es capaz de infectar a 23 especies nativas y 9 introducidas. Sus frutos son el manjar preferido del picaflor chico, siendo además polinizado casi exclusivamente por esta

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

ave singular. Sin embargo, esta mirada ecológica, centrada en el impacto, convive con otra profundamente arraigada en el folclor: la del quintral como planta medicinal.

Diversas tradiciones, especialmente en el mundo mapuche, reconocen en esta especie propiedades antiinflamatorias, cicatrizantes y digestivas. Esta coexistencia de significados —entre lo perjudicial y lo terapéutico— constituye un punto de partida para abordar la especie en investigaciones científicas, pero también para la reflexión desde la etnobotánica. En este contexto, el estudio publicado por Hidalgo y col. 2026 explora la composición química y la actividad antimicrobiana de extractos de quintral, buscando tender puentes entre conocimiento ancestral y evidencia experimental.

El análisis fitoquímico de extractos hidroalcohólicos obtenidos de hojas, flores y frutos revela una diversidad de metabolitos secundarios, entre los que destacan compuestos fenólicos, taninos, flavonoides, terpenos y esteroides. No obstante, son las hojas las que concentran la actividad antimicrobiana más significativa, lo que resulta especialmente relevante considerando su disponibilidad y uso tradicional. A partir de ellas, se aisló una fracción hidrosoluble con notable capacidad inhibitoria frente a distintos microorganismos, incluyendo bacterias Gram positivas como *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, además de levaduras como *Candida albicans*. De manera particularmente relevante, esta actividad se extiende a cepas clínicas resistentes y multirresistentes.

A diferencia de lo que podría esperarse, la fracción más activa no se caracteriza por una alta concentración de compuestos fenólicos, sino por la predominancia de moléculas lipídicas, tales como fosfolípidos, glicéridos y amidas de ácidos grasos. Estas sustancias, de naturaleza anfipática, parecen ejercer su acción mediante la alteración de la integridad de la membrana celular de los microorganismos, provocando su desestabilización. Este mecanismo, menos específico, pero potencialmente más robusto frente a la resistencia bacteriana, abre nuevas perspectivas en la búsqueda de agentes antimicrobianos de origen vegetal.

Sin embargo, más allá de los resultados experimentales, este tipo de estudios invita a problematizar el lugar del conocimiento tradicional en la producción científica contemporánea. La

validación de los usos medicinales del quintral puede interpretarse como un reconocimiento de saberes ancestrales, pero también plantea interrogantes sobre su eventual explotación. En este sentido, resulta fundamental avanzar hacia enfoques que no solo extraigan compuestos, sino que integren las dimensiones culturales, ecológicas y territoriales en las que estas plantas adquieren sentido.

Asimismo, el caso del quintral introduce una variable poco abordada en la fitoterapia: su condición de planta hemiparásita. Su desarrollo depende directamente de la especie hospedera, lo que podría influir en su perfil químico y, por ende, en su actividad biológica. Esta relación plantea desafíos importantes para la estandarización de extractos y sugiere la necesidad de considerar al organismo vegetal no como una entidad aislada, sino como parte de una red ecológica compleja.

En este escenario, el quintral emerge como un ejemplo de los desafíos que tiene la botánica contemporánea: ¿tiene más valor para los territorios lo nativo o lo introducido? Estos desafíos también provienen de tensiones entre lo científico y lo ancestral, aprovechando el recurso y apostando por el conocimiento. Reconocer estas tensiones no siempre implica resolverlas, sino más abordarlas de manera consciente, entendiendo que en ellas reside parte del valor de estudiar las plantas desde una perspectiva social y científica.

REFERENCIAS

- Hidalgo, A. A., Bucarey, S. A., Sepúlveda, B., Cumsille-Escandar, S., Charmell, A., Villagra, N. A., Barriga, A., Martínez-Contreras, C. F., Escobar, J., Martínez, J. L., & Rodríguez-Díaz, M. (2026). Phytochemical characterization and antimicrobial properties of a hydroalcoholic extract of *Tristerix corymbosus* (L.) Kuijt, a Chilean mistletoe species hosted on *Salix babylonica* (L.). *Antibiotics*, 15, artículo en prensa. <https://doi.org/10.3390/xxxxx>
- Ladera sur https://laderasur.com/articulo/el-quintral-un-parasito-de-gran-valor-cultural-y-medicinal/?srsltid=AfmBOoo-hMhZ7xVS4b4sJVdKmsX4vM1o_OjNG5mU2UeM6p1icWboSvVH

Lectura de verano, sin perder la ternura botánica

Maité Rodríguez-Díaz¹

LIBRO: PLANTAS MEDICINALES NATIVAS DE CHILE (EDITORIAL BOSQUE CHILENO)

He descubierto este verano un libro de edición nacional, de amena lectura. Plantas medicinales nativas de Chile se vuelve una invitación a recorrer nuestro país desde una sensibilidad distinta, donde la botánica deja de ser únicamente una disciplina y se transforma en una forma de observar y habitar el entorno. En la medida en que uno avanza en este libro, es fácil reconocerse en paisajes familiares, recuerdos de vacaciones solitarias o con amigos, caminatas en el matorral esclerófilo o en zonas altoandinas. Este paseo textual nos invita a comprender que muchas de estas especies, a veces invisibilizadas, sostienen una historia profunda de uso medicinal.

El libro presenta un equilibrio valioso entre divulgación y contenido técnico. Las descripciones de las especies incorporan elementos morfológicos y taxonómicos que permiten situarlas dentro de sus respectivas familias botánicas, al tiempo que introducen, de manera accesible, la relación entre sus usos tradicionales y la presencia de metabolitos secundarios como flavonoides, alcaloides o compuestos fenólicos. Este cruce entre botánica y fitoterapia resulta especialmente formativo, ya que abre la puerta a comprender las plantas más allá de su uso empírico.

Sin embargo, desde una mirada más crítica, el texto deja entrever —quizás sin profundizar del todo— una tensión relevante: la distancia entre el conocimiento tradicional y su validación científica. Si bien se mencionan usos ancestrales, en varios casos queda la sensación de que falta un mayor desarrollo respecto a estudios farmacológicos o clínicos que respalden dichas aplicaciones. Esto no desmerece el valor del saber etnobotánico, pero sí invita a reflexionar sobre la necesidad de avanzar hacia una integración más robusta entre tradición e investigación científica, especialmente en el contexto de la formación en salud.

Asimismo, la obra motiva una reflexión personal: ¿cuánto de este conocimiento realmente reconocemos en nuestra práctica cotidiana? A pesar de la riqueza florística de Chile y su alto grado de endemismo, muchas de estas plantas siguen siendo poco valoradas en espacios académicos y clínicos, lo que evidencia una deuda formativa y cultural.

Leído en clave de verano, el libro adquiere un carácter pausado y contemplativo, permitiendo no solo aprender, sino también cuestionar. En ese sentido, más que un compendio de plantas medicinales, se presenta como un punto de partida: una invitación a profundizar, a investigar y, sobre todo, a revalorizar el patrimonio biocultural que habita en la flora nativa de Chile.

¹ Doctora en Química Universidad de Chile. Jefa de carrera Química y Farmacia, Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile. Correspondencia a: maiter1974@gmail.com

Andrei Tchernitchin Varlamov (1942–2026): ciencia, medio ambiente y verdad forense para los DDHH en Chile

Andrei Tchernitchin Varlamov (1942–2026): science, environment, and
forensic truth in Chile

Yuri Carvajal Bañados¹
Gloria Ramírez Donoso²



RESUMEN

La trayectoria del Dr. Andrei Tchernitchin Varlamov representa una convergencia singular entre investigación biomédica, salud ambiental, acción gremial y compromiso con los derechos humanos. Este artículo analiza su legado desde una perspectiva académica y crítica, destacando su contribución en toxicología ambiental, su influencia en políticas públicas en Chile y su participación en el Panel Científico Forense del caso Pablo Neruda (2011–2026), donde la ciencia se constituyó en herramienta de verdad histórica.

ABSTRACT

The career of Dr. Andrei Tchernitchin Varlamov represents a unique convergence of biomedical research, environmental health, professional advocacy, and human rights engagement. This article critically examines his legacy, highlighting his contributions to environmental toxicology, his influence on public policy in Chile, and his role in the Forensic Scientific Panel on the Pablo Neruda case (2011–2026), where science became an instrument of historical truth.

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

² MD, M. Sc. Int. Health Mngmnt & Development Panel Científico Pablo Neruda, Chile

INTRODUCCIÓN

El Dr. Andrei Tchernitchin Varlamov (Santiago, 1942–2026) fue médico cirujano formado en la Universidad de Chile (1968), desarrollando una trayectoria académica que lo posicionó como uno de los pioneros de la toxicología ambiental en el país.

Su carrera representa una forma de ejercicio de la medicina que trasciende el ámbito clínico, integrando investigación fisiopatológica, determinantes ambientales de la salud y compromiso con la esfera pública.

La muerte de Andrei nos obliga a tratar con alguien que ya no está entre los vivos. Tarea más difícil que el ya complejo trato con los vivos.

De los miles de años de culto formal a los muertos podemos echar mano a la herencia y el legado. Desentrañar una vida como un mensaje del cual podríamos ser receptores. Intentar saber si nos indica, destaca o subraya algo. Escudriñar sus trabajos, su vida, su trayectoria para encontrar algo que aún no está en el patrimonio común.

Nos resistimos a cerrar su ataúd sin más y renunciamos a dejarlo totalmente cubierto por la tierra. Nos asiste la convicción de que en su vida se encontró con algo importante, supo reconocerlo y abordarlo, en su tiempo, con las ideas de su tiempo.

La herencia que exploramos es profesional y con un buen componente de ciencias biomédicas. Pero asimismo gremial.

Andrei se hizo parte plenamente de las cuestiones ambientales. Lo hizo con una sensibilidad endocrina, quiere decir, con capacidad para modular su respuesta a diferentes concentraciones, para entender de retroalimentaciones, receptores, mediadores, inhibiciones.

Andrei actuó en los grupos humanos, académicos, médicos, pero también comunidades, ONGs, con esa capacidad para retroalimentarse, para generar bucles, reconocer mediaciones, atenuar o exacerbar respuestas.

Logró ser reconocido como un médico ambientalista. Nadie lo confundiría con un Juan Grau o un Germán Corey. Tuvo un compromiso y presencia en el mundo colectivo de alta intensidad y esfuerzo. Usó las palabras directas. Se opuso a las fuerzas abusivas y totalitarias.

Logró que el Colegio Médico tuviera un Departamento de Medio Ambiente y dedicó gran energía a su desarrollo.

Andrei estudió los relaves, la sombra larga de

nuestra minería. Estuvo en Ventanas, Antofagasta y Arica, los sitios postindustriales contaminados. Fue parte crucial en la Ley de Polimetales.

Se desplazó por Chile y trató de hablar en el lenguaje de nuestro pueblo.

Nada de esto le fue sencillo ni nada de esto es sencillo.

Son las cuestiones que cada reunión de Departamento, que cada visita a una zona en apuros, que cada invitación a una norma, a una comisión o a un foro, nos suscitan también.

Andrei era un chileno ruso. Chejoviano, fisiológico, biosférico y mineralógico. Entre sus dos países hay un secreto vínculo, del que da cuenta una colonia tolstoyana y un libro poco leído: *Hombre y Hombre*.

No nos apuramos a desentrañar su herencia. Sabemos que es de largo aliento y de tranco sostenido. Tenemos que leerla y hacerla actual, hacerla propia, es decir traicionarla para hacerla más fiel.

Ciencia biomédica y producción científica

Tchernitchin alcanzó la jerarquía de Profesor Titular del Instituto de Ciencias Biomédicas (ICBM) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, liderando el Laboratorio de Endocrinología Experimental y Patología Ambiental.

Sus contribuciones científicas incluyeron:

La caracterización de mecanismos no genómicos de acción de hormonas esteroidales

La identificación de receptores estrogénicos en células inmunes

El estudio de la interacción entre contaminantes ambientales y respuestas endocrinas

Más de 30 publicaciones científicas en revistas nacionales e internacionales

Su trabajo contribuyó al desarrollo de la toxicología moderna en Chile, particularmente en el estudio de disruptores endocrinos y exposición crónica a contaminantes.

Salud ambiental y políticas públicas

El Dr. Tchernitchin fue un actor central en la investigación y denuncia de problemas ambientales en Chile, incluyendo:

- Contaminación por arsénico en el norte del país
- Episodios de contaminación industrial en Quintero–Puchuncaví
- Exposición a metales pesados en zonas como Arica

- Sus investigaciones contribuyeron a avances regulatorios, como:
- Eliminación del plomo en pinturas
- Fortalecimiento de normas de calidad del aire
- Generación de evidencia para políticas públicas ambientales

Asimismo, integró el Consejo Nacional de Desarrollo Sustentable, asesor de la Presidencia de la República.

Dimensión gremial y ética

En el ámbito gremial, fue:

- Fundador y presidente del Departamento de Medio Ambiente del Colegio Médico de Chile
- Referente nacional en la articulación entre salud y medio ambiente

Su trayectoria fue reconocida con:

- Premio Nacional de Derechos Humanos (2014)
- Orden Médica Chilena (2021)

Su acción se caracterizó por una defensa activa del derecho a vivir en un medio ambiente libre de contaminación, entendido como un derecho humano fundamental.

Ciencia forense y el caso Pablo Neruda

El Dr. Tchernitchin participó en el contexto de las investigaciones científicas sobre la muerte de Pablo Neruda, cuya causa ha sido objeto de revisión judicial y científica internacional.

En 2017, un panel de expertos descartó que la causa de muerte fuera caquexia cancerosa, abriendo nuevas hipótesis. Posteriormente, en 2023, análisis científicos identificaron la presencia de *Clostridium botulinum*, sugiriendo intervención externa.

En este marco, y según antecedentes documentales y participación en el proceso, el Dr. Tchernitchin integró instancias científicas asociadas al análisis toxicológico y fisiopatológico del caso, contribuyendo a:

- Evaluación de agentes tóxicos potenciales
- Interpretación de hallazgos biológicos complejos
- Defensa de estándares científicos internacionales

Su rol se inscribe en la intersección entre medicina, ciencia forense y derechos humanos, donde la evidencia biomédica adquiere un valor central en procesos judiciales e históricos. En particular, la incorporación de tecnologías de secuenciación de nueva generación (NGS) ha abierto una dimensión inédita en el análisis forense. La eventual publicación de estos resultados —una vez autorizada por los tribunales chilenos—, en colaboración con la McMaster University Ancient DNA Centre y la University of Copenhagen Faculty of Health and Medical Sciences Forensic Genetics Department, podría constituir un hito en la consolidación de la microbiología genética forense como campo emergente dentro de la medicina.

DISCUSIÓN

La trayectoria de Tchernitchin permite comprender la medicina como una disciplina expandida, donde:

- La salud está determinada por factores ambientales
- La ciencia participa en la construcción de políticas públicas
- El conocimiento biomédico puede contribuir a procesos de verdad histórica

Su trabajo ilustra una práctica científica situada, en la que la investigación no es neutral, sino vinculada a contextos sociales y políticos.

CONCLUSIÓN

El legado del Dr. Andrei Tchernitchin Varlamov trasciende la toxicología y la salud ambiental. Se proyecta como un referente en la integración de ciencia, ética y derechos humanos.

Su trayectoria plantea un desafío contemporáneo: sostener una medicina capaz de intervenir en los determinantes estructurales de la salud y contribuir, desde el rigor científico, a la justicia sanitaria y la memoria histórica.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento

Sin financiamiento externo.

REFERENCIAS

- Antecedentes periciales caso Neruda y panel internacional. (s.f.).
- Carvajal, J., et al. (2023). Presence of *Clostridium botulinum* in Pablo Neruda remains: Informe pericial internacional.
- Colegio Médico de Chile. (s.f.). Departamento de Medio Ambiente: Historia y desarrollo institucional.
- Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico (FALMED). (2026). Declaración pública.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. (s.f.). Andrés Tchernitchin Varlamov.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2014). Premio Nacional de Derechos Humanos 2014: Andrés Tchernitchin.
- McMaster University Ancient DNA Centre & University of Copenhagen. (2017–2023). Forensic reports on Pablo Neruda case.
- Orrego, C., Ramírez, G., & Panel Científico Internacional. (2011–2024). Antecedentes periciales en investigación muerte de Pablo Neruda: Documentos periciales presentados ante tribunales chilenos.
- Superintendencia del Medio Ambiente (Chile). (s.f.). Informes sobre contaminación en Quintero–Puchuncaví.
- Tchernitchin, A. N., Gaete, L., Bustamante, R., et al. (2010). Chronic exposure to arsenic and endocrine disruption. *Environmental Toxicology and Pharmacology*, 29(2), 117–123. <https://doi.org/10.1016/j.etap.2009.11.003>
- Tchernitchin, A. N., Mena, M. A., & Villagra, J. (2003). Environmental endocrine disruptors and their effects on human health. *Revista Médica de Chile*, 131(9), 1059–1067.
- Universidad de Chile. (2026). El Instituto de Ciencias Biomédicas despide al Dr. Andrei Tchernitchin Varlamov.
- Universidad de Chile. (2026). U. de Chile despide al Dr. Andrei Tchernitchin Varlamov.
- Universidad de Chile, Facultad de Medicina. (2026). U. de Chile despide al Dr. Andrei Tchernitchin.
- World Health Organization. (2016). Preventing disease through healthy environments. WHO.



Filosofía Natural: pensar filosóficamente la vida

Entrevista a Camilo Rojas

Camilo Rojas Rojo, nacido en Santiago en 1983, estudió Psicología en la UDP, egresando el 2007 para continuar sus estudios de Magister en Filosofía el 2008 (UCV), mismo año en que comienza la docencia en Psicología en la U. Arcis de Valparaíso y entra al equipo de la extinguida revista de filosofía Paralaje. Con una tesis sobre la locura abordada desde Diderot, Foucault y Chesterton, egresó el año 2011. El año siguiente entró como académico a la UNAB de Concepción-Talcahuano. En esos años publica *Ética al zancudo* (2013) y *Salir, Apuntes en torno a una ética de la naturaleza* (2014) con la editorial La Pollera y bajo el pseudónimo de Ramiro Gómez, además de algunos artículos académicos. Luego se traslada a Talca, donde trabaja en la casa de estudios de esa ciudad. Luego se traslada a Valdivia y más tarde a Temuco, continuando sus labores de docencia en diferentes universidades. Posteriormente, ingresa a un doctorado en Filosofía (U. de Chile), de donde egresa el año 2022 con una tesis sobre Filosofía natural, que retoma las grandes preguntas de la Filosofía biológica considerando los aportes de la historia de la Filosofía y las últimas investigaciones científicas, lo que le permite desarrollar una mirada crítica coherente sobre la evolución biológica, el origen de la vida y las cualidades de los organismos, trabajo que luego es publicado como libro bajo el título *Diversificación biológica* (2024) por Ediciones A pie. Actualmente reside en Valparaíso, continúa sus investigaciones y la docencia en Psicología, labor que no ha dejado desde el 2008, además de actividades editoriales como miembro de Montoneras Ediciones y Ediciones A pie.

Esta entrevista innovadora busca recuperar parte de sus reflexiones sobre la cuestión del pensamiento y la filosofía para nuestros problemas en el mundo natural. En particular, pensar filosóficamente la vida. Esa inquietud, que imagino asedia a salubristas también, nos llevó a subir la quebrada de Elías, para hacer esta entrevista el 30 de enero del 2026.

Su libro sobre la *Diversificación biológica* (2024) está organizado en tres partes, que son compactas

y autocontenidas, pero hiladas en torno a la cuestión de la vida. Se trata de una filosofía natural de estirpe biológica y centrada en preguntarse por qué la vida.

Esta conversación ha sido mucho más extensa que lo que transcribimos, pero esta versión puede ayudar a la lectura de su libro, a conocer la obra de este pensador y además a promover una aproximación filosófica a las cuestiones de lo bio, como la bioética.

De los tres problemas abordados en el libro, la cuestión de la influencia de la Luna en el origen de la vida, es la de mayor especulación filosófica. Al proponer esta cuestión de entrada en su libro, puede impacientar la lectura. Al respetar ese orden en la conversación y no teniendo a la vista el libro, pido al lector que no se impaciente.

Creo que su reflexión es muy consistente y convincente. Sin embargo, me parece que psicorganismo y diversificación biológica son las piezas mayores de su trabajo, pero la luz contenida en cada una de las tres partes, requiere el paso por ellas con la debida parsimonia y apertura.

Espero que el lector disfrute esta versión resumida, como lo he hecho.

Filosofía Natural

CMS: Camilo, buenas tardes. ¿Cómo llegaste a la filosofía natural?

CR: Siempre he estado interesado por la naturaleza, en un amplio sentido, desde la filosofía. Y también desde la admiración por la naturaleza silvestre. He podido sistematizar este interés en mis estudios en psicología y filosofía, con algunos viajes naturalistas y otras varias salidas a acampar.

Es cierto que la filosofía natural hoy es escasa, es una tendencia que comenzó hace tres siglos, con Newton, con las ciencias modernas asumiendo la autoridad respecto a áreas que antes habían sido propias de la filosofía natural. En el caso de la física, y especialmente de la química, las ciencias modernas han venido resolviendo muchas preguntas que antes la filosofía ni llegaba a realizarse. Sin embargo, aunque haya muchísimos avances explicativos y de intervención, en las ciencias sigue habiendo

muchas preguntas filosóficas, en tanto no son posibles de abordar científicamente, y por lo tanto propias de una especulación que requiere un marco de coherencia más amplio, más filosófico. Esto se ve con mayor fuerza en la biología, y ni hablar de la psicología. En este marco, en el siglo XX surge la filosofía de la ciencia, que en su mayoría son científicos que se hacen preguntas filosóficas, sin hacerse cargo realmente del peso histórico de los conceptos en la historia de la filosofía.

Entonces, lo que veo hace tiempo es la necesaria relación entre biología, psicología y filosofía. Creo que es necesaria una perspectiva integradora que busque una coherencia general, que a fin de cuentas es una filosofía de la naturaleza.

Todo es filosofía hasta el momento en que se pueden ir cristalizando ciertos conceptos y se puede ir generando un lenguaje que permite llamarles ciencias, algo precioso para la historia de la humanidad. Pero en ese esfuerzo de cristalización se pierde la capacidad de ir abriendo los temas desde afuera, para entenderlos mejor, desde una verdadera perspectiva crítica.

CMS: ¿Tú llegas a tu tesis más bien adulto, no eres el chico que termina filosofía y hace su tesis, tienes un camino recorrido, ¿no?, cuando llegas a esta tesis de filosofía natural. Eso me gustaría que hablaras. Segundo, que claro, en esta tríada de biología, filosofía, psicología, a mí se me ocurren dos figuras que son Aristóteles y Piaget. Y tú hiciste una tesis de filosofía natural, que no es un área de la filosofía que en Chile tenga un gran cuerpo, ¿no? Si tú dices ¿quiénes han hecho tesis sobre Heidegger? ¿Quiénes han hecho sobre Nietzsche? Pero si tú preguntas, ¿quiénes han hecho tesis sobre filosofía natural? Creo que es un grupo muy reducido, ¿qué hay en Chile o qué ha existido en Chile de filosofía natural?

CR: Claro, entré al doctorado en la U. de Chile el año 2016 con un proyecto de tesis ya pensado, teniendo más de 30 años. Llevaba algunos años trabajando el tema, tenía la idea principal, que aún sostengo, pero me faltaba mucha bibliografía por recorrer. Estaba leyendo a Lamarck y a Darwin, resaltando una idea presente en estos dos autores fundamentales, que es la de

cierta positividad que aporta el ser vivo individual, cierta proactividad, cierto esfuerzo, que implica experiencias y la posibilidad de innovar.

Es muy importante entender que vivimos en ecosistemas, que formamos parte de sistemas simbióticos, sociales y varios otros más grandes, esto es real, y permite entender mucho mejor la complejidad de los seres vivos y su historia. Sin embargo, estas perspectivas, si bien son verdaderas, corren el riesgo de desplazar la importancia que tiene también cada organismo individual en su esfuerzo persistente, corre el riesgo de rebajar al organismo a un simple producto de su genética y su entorno, que es justamente lo que hace la biología contemporánea. La positividad, el esfuerzo, que es como el *conatus* spinoziano, que se aplica por lo general al ser humano, Lamarck y Darwin la estaban pensando aplicado a todos los seres vivos. Entonces, estando de acuerdo con ellos, y en contra de la biología contemporánea, yo agrego que esa positividad no sólo es necesaria, sino también la principal característica de lo viviente, y fuente fundamental de su creatividad, onto y filogenética. Desde esta perspectiva, se entiende que incluso las bacterias se esfuerzan y tienen experiencias. Y eso que para nosotros puede ser insondable, o que nos puede parecer muy pequeño, ínfimo, o carente de valor, me sigue pareciendo algo fundamental, de primera importancia.

Por ahí va uno de los temas centrales de mi trabajo, sobre el funcionamiento de la evolución biológica, que es impresionantemente diverso, es decir, no es posible reducir los cambios evolutivos sólo a cambios ambientales y mutaciones genéticas, hay mucho más, y acá aparece una herramienta comprensiva fundamental, que es justamente un punto de encuentro entre psicología y biología, el famoso efecto Baldwin, que permite entender cómo los grupos sociales de seres vivos pueden generar tendencias evolutivas que al final guían lo estrictamente genético. Aquí se abren muchas formas de evolucionar. Por eso, otro tema importante de mi trabajo es la argumentación de por qué “diversificación” es un concepto mucho más apropiado que “evolución”.

Otro tema de primera importancia que me salió al paso es el del origen de la vida. La biología, los biólogos, se van dando cuenta, después de Darwin, de que esto nos conduce a que tiene

que haber un momento de surgimiento de la vida en el planeta. Un paso de lo simple e inerte a la extraordinaria complejidad del más simple de los seres vivos. Esta pregunta, que muchos consideran imposible de resolver, me quitó el sueño varios años, y entre los estudios clásicos e investigaciones recientes me ha parecido encontrar una respuesta general satisfactoria.

Ciclos y el rol de la Luna

Justo en ese tiempo viví un año frente a un estuario, con importantes fluctuaciones de marea, y yo tenía una canoa pesada, por lo que estuve estudiando la lógica de las mareas. Eso me condujo a la historia de las investigaciones sobre la luna, y ahí me encuentro con esta relación histórica entre una luna que se va alejando y una tierra que va históricamente girando más lento sobre su eje. Esto empezó a estudiarse a fines de los años 60, principios de los 70, con los retrorreflectores que pusieron los norteamericanos y rusos en la luna y que les permite con láser desde la tierra ir midiendo todo el tiempo. Hoy se considera que el alejamiento promedio anual de la luna es de 3,8 centímetros. En todo caso, ya se sabía desde antes que la luna iba aumentando su velocidad, de esto se dio cuenta Halley, el amigo de Newton, pero recién en la segunda década de este siglo este aumento de la velocidad se asocia al alejamiento.

Entonces, ¿a qué distancia habrá estado la luna de la tierra en tiempos pretéritos, cómo habrá sido el comportamiento del sistema en esos tiempos, y qué implicancias habrá tenido eso en la superficie terrestre? Necesariamente, la luna debió estar mucho más cerca de la tierra, y la tierra debió girar sobre su eje mucho más rápido que ahora, o sea los días y noches eran mucho más cortos, y el efecto gravitatorio lunar era más intenso, lo que implica mareas más fuertes y otros factores climáticos asociados, todo ordenado rítmicamente.

Entonces, en ese contexto debió haber un ambiente con ritmos intensos y más acelerados que hoy, lo que nos permite vislumbrar una evidente fuente de ordenamiento de la materia prebiótica, que es justamente la pieza que falta para hacer aceptable cualquier hipótesis sobre el origen de la vida. Puedo decir que desde el estudio racional de las diversas evidencias,

aquí tenemos una explicación aceptable que permite concebir como posible un origen de la vida en la tierra, siendo que antes resultaba imposible concebir dicho origen. Es algo que se aceptaba científicamente, pero cuya improbabilidad lo hacía inconcebible.

Esa es la idea: que tenemos razones para no descartar que la luna haya aportado al ordenamiento de la materia prebiótica para llegar a los seres vivos. Esto significa que el lugar de la gran fortuna ya no estaría en el milagro químico que habría dado la vida en una tierra ya formada, sino en el milagro astronómico que significó el surgimiento de un sistema como el tierra-luna a una distancia idónea del sol. Esto, a su vez, significa dos cosas: que la vida es mucho más improbable en el universo de lo que se piensa hoy, y que el surgimiento de vida en este planeta fue mucho más probable de lo que se piensa hoy.

Psicorganismos

Aristóteles es clave en filosofía natural y ahí está esa unión entre organismo y psiquismo. En el libro conocido como *Acerca del alma*, cuyo título es *Peri Psychēs*, es decir, *Acerca de la psique*, es un libro que une biología y psicología. Para Aristóteles todos los seres vivos tenemos psique. La psique de las plantas es diferente a la de los animales, pero es psique también. Curiosamente, este libro tan importante se estudia muy poco en el contexto académico, universitario. He trabajado como profesor en muchas universidades del país y nunca he encontrado que en alguna asignatura se revise bien. En historia de la psicología a veces aparece comentado, pero muy brevemente, sin ninguna profundidad. Entonces ahí hay algo fundamental que tenemos pendiente. Y después están los estudios descriptivos, científicos, etnozoológicos, del comportamiento, de la reproducción, el movimiento de los animales, que constituyen, junto con *Acerca de la psique*, un tercio de la obra de Aristóteles.

Las clasificaciones y descripciones que hace con los animales son valiosas y entretenidas. Por ejemplo, Aristóteles sabía que las ballenas y los delfines son mamíferos. Un conocimiento que se perdió mucho tiempo, al menos en Europa. Hay muchas cosas así en Aristóteles. Pero sobre todo en el texto está la comprensión

de que el ser vivo tiene que tener-ser algo que lo mueva, que no es meramente físico, sino psíquico. El caso es que han pasado veinticuatro siglos desde entonces, y se han descubierto muchas cosas, quedando algunos conceptos aristotélicos definitivamente atrás. Por ejemplo, el de la entelequia. Ahora se usa como un insulto. Como algo que es imaginario. Pero responde a un problema biológico fundamental, y que hasta cierto punto creo que hoy ha sido resuelto desde la genética. Pero son conceptos que pueden abrir otras preguntas también.

Es muy importante la historia de los conceptos, porque hay muchos, como “teleología”, como “metafísica”, que debido a que han sido utilizados principalmente por religiones y misticismos, los estudios filosóficos y científicos tienden a despreciarlos de antemano, sin considerar que más allá de los usos discutibles que han tenido, refieren a temas que son relevantes.

El concepto “metafísica” es el título de uno de los libros más importantes de Aristóteles, y no importa que no haya sido Aristóteles quien tituló su libro de esa forma, ya que fue un par de siglos después Andrónico de Rodas, lo que importa es que desde entonces se ha entendido la metafísica como aquello que va más allá de lo físico, como las teorías abstractas, o como cualquier imagen mental que podamos crear: eso no está físicamente en el mundo, necesita que existan neuronas, necesita lo físico, pero el fenómeno mismo de la imagen mental no es físico, es metafísico, así como la idea de una mesa o de un círculo perfecto. Algo parecido pasa con el concepto de teleología, que a primera vista evoca un orden dado por alguna entidad divina. Es despreciado por muchas investigaciones filosóficas y científicas, pero lo cierto es que es un concepto totalmente necesario para explicar el comportamiento biológico. Así lo nota Kant en su tercera crítica, la *Crítica del juicio*, de 1790, ese libro notable en el que aborda temas de estética y ante todo de biología. Ahí mantiene su fenomenología, planteada casi una década antes, a saber, que conocemos los fenómenos, no las cosas mismas, sino lo que nuestra estructura racional nos permite conocer; y lo que sostiene es que, aunque no podemos saber si existe la teleología en las cosas mismas, la única forma que tenemos de entender la naturaleza coherentemente es mediante la aplicación

de la idea de teleología: hay, indudablemente, sistemas acorde a fines. Y esto siempre ha estado presente en la biología, aunque desde las bases teóricas actuales se niegue. Después, el primer texto de los cibernéticos, del año 1942, de Norbert Wiener con el mexicano Arturo Rosenblueth, lleva por título *Comportamiento, propósito y teleología*. Porque se puede pensar la teleología de forma parcelada, parcial, no absoluta. De modo similar lo hace Jacques Monod en su libro *El azar y la necesidad*, de 1970, donde para sacarse los prejuicios prefiere llamarle “teleonomía”. Pero es lo mismo.

Diversificación biológica

CMS: ¿Qué pasaría si estuvieran aquí Lamarck y Darwin sentados con nosotros?

CR: Tendríamos que despejar primero algunos problemas importantes. Sobre todo con Darwin. Tiene un primo que es el famoso Francis Galton, un pre-sociólogo con varias investigaciones interesantes, pero que tiene una mirada fascista respecto a las etnias humanas. Yo creo que influyó malamente a Darwin, de ahí vienen algunos comentarios racistas, lo que hoy constituye un problema científico y político. O sea, estaba equivocado, estaban equivocados. La filosofía, la antropología, la educación, la psicología lo han demostrado, y también han demostrado las trampas con las que europeos y norteamericanos quisieron ponerse en el centro de la historia y autoproclamarse raza superior. Creo que lo primero sería resolver esto, porque es un problema muy grande, es demasiado grande, aunque no tenga que ver directamente con sus descubrimientos más importantes... aunque igual se relaciona. En *Sobre el origen de las especies* Darwin es claro, aunque muchas veces se refiere a especies superiores e inferiores, es claro en indicar que esa superioridad e inferioridad no refieren a un valor absoluto. Más bien, tiene que ver con una posición en un esquema. Sostiene que los seres que estamos vivos es porque hemos tenido la capacidad, todos, cada uno a su manera, de adaptarse a sus ambientes y de poder buscar estrategias para vivir y reproducirnos en ellos.

En esto también se apoya mi argumentación respecto a que “evolución” no es la palabra más

precisa, sino “diversificación”. Y bueno, después de aclarar ese punto, por supuesto que le preguntaría muchas cosas. Sobre la inteligencia de las plantas, por ejemplo, que es un tema que él planteó de forma parcial en sus últimas investigaciones. Creo que en este punto, que después siguen desarrollando Robert Darwin, luego Maurice Maeterlinck, y el día de hoy, con tecnologías más sensibles, autores como Stefano Mancuso, digo, creo que en este punto hay una entrada muy interesante para abrir nuestra mirada al estudio de la experiencia de otros seres vivos muy diferentes a nosotros. Y creo que Darwin, teniendo a mano las investigaciones posteriores y contemporáneas, se atrevería a ser más enfático con muchos temas.

Y también le preguntaría qué piensa sobre el origen de la vida a propósito de los datos que tenemos hoy sobre la historia de la Luna. Creo que apoyaría la idea de que la Luna tuvo mucho que ver.

Y con respecto a Lamarck, no se me ocurre nada ahora... Los trabajos de Lamarck son tan pioneros, que son más esquemáticos en sus especulaciones sobre la historia natural. El texto clave de Lamarck, *Filosofía zoológica*, publicado en 1809, justo medio siglo antes que el clave de Darwin, es muy especulativo, genera muchas categorías para ordenar los seres vivos. Y eso es lo inmenso que logra hacer, esa apertura mental de entender los cambios morfológicos históricamente. Es el primero que intenta sistematizar esta idea. Quizá le preguntaría cómo llegó a ella, si se apoyó en ideas anteriores o fue un verdadero eureka arquímideo.

En Lamarck no hay un trabajo pormenorizado de ejemplificaciones, como lo hay en Darwin, aunque es cierto que alcanzó sus ideas desde un estudio pormenorizado, particularmente con invertebrados. Esa fue la experiencia que le abrió el pensamiento, y aunque no la detallara como Darwin, le permitió aplicar la historia a la diversificación de las especies, al cambio, al aumento de complejidad. Y eso me parece a mí que es un ejercicio netamente filosófico. Y para explicarlo se ve movido a plantear una forma de vitalismo. Pero no tiene esa minuciosidad de Darwin. Son trabajos muy diferentes, tienen diferentes gracias, digamos, aunque ambos tienen mucho de filosófico. Porque Darwin me parece que es también filósofo en muchos

sentidos. Se encuentra con preguntas filosóficas, intenta resolverlas, y muchas veces las deja abiertas. El problema del origen de la vida también lo dejó abierto. Pero el caso de Lamarck me parece que es más puramente filosófico, porque es más especulativo. De hecho, una vez postulé a un congreso de filosofía moderna con la propuesta de revisar a Lamarck como filósofo. Lamentablemente no fue aceptado.

Empatía

Me he dedicado toda mi vida laboral a hacer clases de psicología en diversas universidades del país. Son casi veinte años como profesor joker, o taxi, como se le llama en el rubro. Es decir, he tenido que hacer muchas asignaturas diferentes, y de este modo he ido ampliando mi investigación en psicología; cada vez me voy encontrando con cosas nuevas y siempre estoy dialogando también con estudiantes, y en ese contexto un concepto que siempre aparece es el de empatía, concepto bien discutido, y por buenas razones, pues evidentemente no existe la empatía absoluta. Nadie puede ponerse en el lugar de otro, saber lo que siente otro. Sin embargo, podemos avanzar en intentar comprendernos. Podemos tener una intención de empatía, que es poner atención a lo que el otro quiera manifestar, una disposición receptiva, que se sostiene en cierta curiosidad. En el caso de la psicología humana, esto se dirige hacia otros humanos. Pero también podemos pensarlo en la relación con otros animales. En el caso de los animales domésticos, principalmente perros y gatos que viven en casas humanas, ya mucha gente sabe cuándo su perro tiene hambre, cuando algo le pasa, porque tiene un comportamiento diferente. Hay un ejercicio de empatía de parte de mucha, muchísima gente. Ahora, como esos animales están acostumbrados a sus contextos humanos, es mucho más fácil que pueda haber intención de empatía y también comunicación. Entonces, me he interesado por buscar esa empatía en contextos naturales, con animales silvestres. Trato de imitar su comportamiento observándolos, y ver cómo reaccionan, mostrándome receptivo, atento a ellos, con evidente curiosidad. Y en muchos casos los animales han respondido con semejante

curiosidad, que vendría a ser un interés que supera la reacción más común de los animales silvestres con los humanos, la huida. Algunos ejemplos: quizá el más replicado es con los jotes que pasan volando cerca. Si voy por una playa y pasa un jote, dirijo mi tronco y cabeza en su misma dirección, extendiendo los brazos y abro las manos, y me mantengo en su dirección. Entonces, si él se da media curva, yo me doy la media curva con él. Y lo más común es que se devuelvan y den una o dos vueltas más, o que se queden un buen rato dando vueltas, observando. Indudablemente es curiosidad. Así lo he hecho en varias situaciones diferentes, muchas veces con resultados semejantes, llegando a pasar preciosos minutos muy cerca de un pajuil silvestre, de una pareja de monos aulladores, de un lémur del bambú, de dos huemules, de un chungungo, de cormoranes, etc. Creo que hay pocas experiencias tan entretenidas, interesantes y emotivas como compartir con un animal silvestre de esta forma, y creo que esa curiosidad evidente en ellos nos habla de la complejidad de sus mentes.

Y luego están los vegetales, los hongos, las bacterias y arqueas. Ahí creo que hay campos interesantísimos de investigación que están abiertos, que se han abierto en los últimos tiempos. Los estudios sobre las plantas que mencionábamos recién. Y ahí está la discusión: ¿es correcto hablar, como lo hace Mancuso, de que las plantas pueden ver aunque no tengan ojos? ¿Es metáfora o es correspondencia? Aquí entra en disputa el concepto mismo. Y acá está el argumento de Gustav Fechner, filósofo y psicólogo, para defender el alma de las plantas: si los peces respiran sin pulmones, ¿por qué no podemos pensar en mentes sin neuronas?

Creo que investigar en torno a esta empatía biológica es preguntarse por las dimensiones de las relaciones, que evidentemente van mucho más allá de la rivalidad. Valga recordar acá el extraordinario libro *El apoyo mutuo*, de Piotr Kropotkin. En definitiva, me parece que si logramos superar esta crisis ético-política-ecológica tan grave que estamos viviendo a nivel global, cosa que creo que sí ocurrirá, la dirección de las investigaciones en este amplio campo común que comparten la filosofía, psicología y biología, avanzará por zonas muy interesantes y potentes.

Homenaje a la Dra. Gilda Gnecco

Lamentamos el fallecimiento de la Dra. Gilda Gnecco Tassara, médica pediatra, salubrista y Profesora Adjunta de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, recordada por su profundo compromiso con la salud pública, la ética y la defensa de los derechos humanos.

Fue directora del Centro de Atención Integral Ismael Valdés Valdés entre 1967 y 1973, referente de la medicina social y comunitaria, que recientemente celebró ochenta años de su creación y donde se desarrollaron numerosos e innovadores programas que más adelante serían un referente para el modelos de salud familiar y comunitario, del Sistema Público de Salud chileno. En ese centro asistencial se lograron destacados impactos en desnutrición, mortalidad infantil y mortalidad materna. Fue removida de sus funciones, al igual que de su labor docente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, por razones políticas tras el Golpe de Estado. En ese contexto fue sometida a un extenso y rebuscado sumario, que fue parte de su relato cuando fue entrevistado por la Universidad de Chile, como parte del gran número de exonerados de ese período.

Luego de su expulsión, desarrolló una destacada labor en defensa de los derechos humanos, entre otros a los niños que la recuerdan como su pediatra, niños víctimas de la dictadura, la Vicaría de la Solidaridad y un Centro de Atención, CIS (Centro de Atención Integral), donde creó un programa de salud que permitió otorgar trabajo a numerosas trabajadoras y trabajadores de la salud que habían sido despedidos del sistema público.

Ya con la vuelta a la democracia, volvió a su papel de gestora, siendo directora y docente de los Diplomas de Gestión de Calidad en Salud y Gestión de Calidad para la Gestión del Cuidado, del Ministerio de Salud, adelantándose a lo que sería la preocupación de la gestión sanitaria de la década siguiente. Además, participó como académica en diversos cursos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

La Dra. Gnecco deja un legado de vocación pública, compromiso ético y una huella profunda en la formación de generaciones de profesionales de la salud, que perdurará en quienes la conocieron y aprendieron de su ejemplo.

Los Cuadernos Médico Sociales se suman a las sentidas condolencias y la recuerdan también como una de sus autores destacadas en materias de medicina integral y calidad, haciendo una síntesis de esos conceptos que siguen marcando ruta frente a los desafíos del sector salud y reafirmamos nuestro compromiso con los principios que guiaron su vida y su trabajo.

Colegio Médico de Chile A.G.

Semblanza (In Memoriam) Dr. Giorgio Solimano Cantuarias (1936-2026)

En su discurso para agradecer su nombramiento como Profesor Emérito de la Universidad de Chile, Giorgio Solimano resumió su trayectoria señalando: “La historia y el quehacer político es inseparable de mi historia académica y personal. No es la historia de un político tradicional, sino la de un profesional cuyo trabajo tuvo profundas e inevitables consecuencias políticas”.

Formado como médico y pediatra en la Universidad de Chile, Giorgio Solimano se involucró tempranamente en la investigación nutricional y en el diseño de políticas y programas de salud, manteniéndose siempre estrechamente vinculado a la realidad de un Chile que interpelaba a la academia por respuestas a las necesidades de su población.

Al concluir su formación como médico y pediatra, Giorgio se vincula a la cátedra de pediatría del profesor Julio Meneghello, reconocida por su liderazgo en pediatría clínica y social, en la que los intereses del Dr. Solimano encuentran un adecuado cauce para su desarrollo. Así, él empieza a hacer docencia con estudiantes de diferentes carreras de la salud, a nivel hospitalario y en el consultorio Lo Valledor Norte, establecimiento al que llegó como integrante de un equipo del Departamento de Acción Social de la Universidad de Chile y en el que, más tarde, llegaría a ser su director.

En el contexto de una dinámica de creciente efervescencia social, en 1971 Giorgio Solimano se integró al gobierno del Presidente Salvador Allende haciéndose cargo del Departamento de Nutrición del Servicio Nacional de Salud para implementar la política del medio litro de leche, que hasta hoy es una política de salud internacionalmente valorada como una expresión de la contribución que el sector salud puede hacer a fortalecer la justicia social.

El golpe de Estado de 1973 significó para el Dr. Solimano prisión, brutal tortura y exilio. El periodo como prisionero en Tejas Verdes era un tema del que Giorgio rara vez hablaba. La pluma de Ariel Dorfman, en el cuento *Asesoría*, describe la interacción de Giorgio con su torturador en una dialéctica de humanidad y brutalidad, develando que en quien, al naturalizar la tortura como trabajo, se deshumaniza a sí mismo, la humanidad igual se las arregla para colarse por las rendijas de esa mente enferma haciendo emerger la vida paralela y disociada que el torturador tiene en su familia, transformándose así en una tabla de salvación que permite al médico torturado poder seguir resistiendo.

Giorgio vivió su exilio en Estados Unidos, donde llegó invitado a incorporarse al Departamento de Nutrición del Massachusetts Institute of Technology (MIT) y, posteriormente, fue académico de la Universidad de Columbia en Nueva York por 12 años, llegando a ser profesor titular. Durante todos esos años, nunca se desvinculó de Chile, “nunca olvidé ni desconocí mis raíces”, como él señala en su libro “Los riesgos de la verdad”. Adicionalmente a sus labores académicas, Giorgio fue muy activo en el trabajo en derechos humanos y en los esfuerzos para recuperar la democracia en Chile.

El Dr. Solimano regresó a Chile en 1988, logrando crear la Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS) en un esfuerzo orientado al desarrollo de estudios y propuestas de políticas para la etapa de recuperación democrática que se hacía inminente, lo que abrió espacios para jóvenes salubristas entusiasmados y entusiasmadas por contribuir al proceso de cambios que se abrían al reinstalar la democracia en el país.

En el primer gobierno del Presidente Patricio Aylwin, el Dr. Solimano participa como Jefe de la División de Planificación y Presupuestos del Ministerio y, posteriormente, se vincula a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile como académico ad honorem, para llegar a ser su director en 1999.

La llegada de Giorgio Solimano a la dirección de la Escuela significó un proceso de profunda renovación de esta, lo que se tradujo en una modernización de su estructura organizacional, la llegada de nuevos académicos y académicas, el reposicionamiento de la institución en los ámbitos de docencia, investigación y re-vinculación con la sociedad. En el plano internacional, Giorgio incorporó a la Escuela de Salud Pública a la Alianza Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (Alaesp) y también fue parte de las instituciones formadoras de la Alianza Latinoamericana de Salud Global (Alasag), ejerciendo la presidencia en ambas instancias. Las palabras de la Dra. Lorena Rodríguez, actual directora de la Escuela de Salud Pública, en el funeral de Giorgio, resumen esta enorme contribución: “reconocer al doctor Solimano es reconocer la historia de la Escuela de Salud Pública, pero también la historia de la salud pública en Chile y Latinoamérica”.

En la misma ceremonia, el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Dr. Miguel O’Ryan, al destacar la coherencia entre la trayectoria vital, política y académica del Dr. Solimano, señaló “su legado es un legado unificador, que conecta pasado, presente y futuro de la salud pública”.

La visión del Prof. O’Ryan refleja adecuadamente la vocación formadora que Giorgio transmitió a través de su vida y que siempre lo impulsó, por una parte, a generar espacios para acoger y apoyar a jóvenes profesionales de la salud y, por otra, a articular a estos con académicos y académicas de trayectoria, logrando grandes sinergias

intergeneracionales en torno a valores compartidos de bienestar y justicia social para la población. Esto es especialmente valorado por la generación a la que pertenezco, que inicialmente debió formarse en salud pública a pulso, pues se quedó sin referentes de generaciones mayores debido a la irrupción de la dictadura.

En un último gesto que reafirma la característica recién señalada, en su último libro “Los riesgos de la verdad”, antes mencionado, en vez de un escrito autobiográfico tradicional, el Dr. Giorgio Solimano optó por un texto que recoge una trayectoria académica vinculada a las realidades sociales y políticas, con la guía de un compromiso con la equidad, los derechos humanos y la justicia social, y que, pensando en el futuro, como él mismo explica en la presentación del texto, incluye las visiones de “un grupos de colegas, hombres y mujeres, con quienes he vivido complejas experiencias de gobierno y lustros en instituciones académicas de excelencia en Chile y en el extranjero, muy especialmente en la Universidad de Chile”.

El Dr. Solimano fue, en primer lugar, un gran ser humano, generoso, generador de diálogos en la diversidad, muy amigo de sus amigos, y que, como académico, siempre entendió que la excelencia no es sólo la expresión del juicio de pares, sino que también exige la vinculación con una realidad social que demanda, de quienes han hecho una opción por dedicarse a la academia, el mejor esfuerzo en la búsqueda de soluciones que contribuyan al bienestar de toda la población, especialmente de los pobres y postergados.

Su partida nos deja un valioso legado que nos seguirá animando para seguir en la huella que él imprimió en la búsqueda de una mejor sociedad, sustentada en los valores de la equidad, la solidaridad y la justicia social.

Dr. Óscar Arteaga Herrera

Homenaje al Dr. Andrei Tchernitchin

La trayectoria del Dr. Andrei Tchernitchin Varlamov (1942–2026) constituye un referente singular en la integración entre investigación biomédica, salud ambiental, acción gremial y compromiso con los derechos humanos en Chile. Médico cirujano formado en la Universidad de Chile, desarrolló una destacada carrera académica como Profesor Titular del Instituto de Ciencias Biomédicas (ICBM), liderando investigaciones pioneras en toxicología y endocrinología ambiental.

Su producción científica contribuyó significativamente al estudio de los disruptores endocrinos y los efectos de la exposición crónica a contaminantes, incluyendo la caracterización de mecanismos no genómicos de acción hormonal y la interacción entre agentes ambientales y sistemas biológicos. Estos aportes permitieron ampliar la comprensión de los determinantes ambientales de la salud, posicionando su trabajo en la base de la toxicología moderna en Chile.

Más allá del ámbito académico, Tchernitchin desempeñó un rol clave en la visibilización de problemáticas ambientales críticas, tales como la contaminación por arsénico en el norte del país, los episodios industriales en Quintero–Puchuncaví y la exposición a metales pesados en Arica. Su labor contribuyó a la generación de evidencia científica para la formulación de políticas públicas, incluyendo avances regulatorios en calidad del aire y eliminación de sustancias tóxicas. Asimismo, su participación en el Consejo Nacional de Desarrollo Sustentable reflejó su incidencia en la toma de decisiones a nivel estatal.

En el ámbito gremial, fue fundador del Departamento de Medio Ambiente del Colegio Médico de Chile, promoviendo una visión ampliada del rol del médico como actor en la defensa del derecho a vivir en un medio ambiente libre de contaminación. Su trayectoria fue reconocida con el Premio Nacional de Derechos Humanos (2014) y la Orden Médica Chilena (2021).

Una dimensión particularmente relevante de su legado fue su participación en el análisis científico de la muerte de Pablo Neruda, en el contexto de investigaciones forenses internacionales desarrolladas entre 2011 y 2026. Su contribución en el análisis toxicológico y fisiopatológico, junto con la incorporación de tecnologías avanzadas como la secuenciación de nueva generación (NGS), posiciona este trabajo en la intersección entre medicina, ciencia forense y derechos humanos. Este enfoque abre nuevas perspectivas para la microbiología genética forense como campo emergente.

En conjunto, la trayectoria del Dr. Tchernitchin evidencia una práctica médica expandida, donde la ciencia no solo produce conocimiento, sino que incide en la justicia sanitaria, la regulación ambiental y la construcción de verdad histórica. Su legado plantea un desafío contemporáneo: consolidar una medicina comprometida con los determinantes estructurales de la salud y con el bien común.

Dra. Gloria Ramirez Donoso

Bitácora del II. Simposio “Identidad y Pertenencia Sociocultural” Chiloé, noviembre 2025

Resumen: El II. Simposio “Identidad y Pertenencia Sociocultural” sesionó en noviembre de 2025 en el archipiélago de Chiloé, recreando un espacio de presentación, debate y difusión para artistas y creadores de obras y proyectos originales, empresas y actividades sociales, culturales y de derechos humanos en Chiloé, Chile continental y América Latina. El evento combinó conferencias de novedosas e interesantes perspectivas con sesiones de intensa discusión entre participantes de diverso origen y formas de expresión y escenificó actos audiovisuales y de arte musical (danza, cantos y poesía).

Con renovada creatividad, el III. Simposio se realizará en noviembre 2026.

El archipiélago de Chiloé, tierra insular, de gente amable e innovadora en labores comunes¹, invitó nuevamente a una *minga*² de voluntades y experiencias y abrió espacios de convivencia para este evento. El segundo simposio en Chiloé “Identidad y Pertenencia Sociocultural” tuvo lugar a fines de noviembre de 2025 con participantes activos de Chiloé, Chile continental, México y Europa.

Claves de contenido: En nuestro entorno observamos iniciativas de personas, instituciones y grupos sociales que enfrentan y resuelven problemas desde una propia perspectiva. Dichos proyectos se desarrollan en forma aislada y a menudo a contracorriente. Sin embargo, la inventiva y perseverancia de sus gestores conducen a un arraigamiento progresivo de tales ideas y propósitos en el hábitat local y conforman condiciones de cambio en la percepción social y cultural de Identidad y Pertenencia, dimensiones de anclaje que nos definen como personas activas en nuestro ambiente vital.

El simposio crea un foro de debate para innovadores y artistas en un ámbito de interacción de potencialidades emergentes. En las sesiones, los exponentes comparten en público conocimientos y reflexiones surgidas de su experiencia de creación y trabajo para expresar lo que significa ser “expertos en la propia situación”. El público auditor puede cuestionar y profundizar su saber y capacidad de acción y desarrolla así un diálogo abierto y crítico entre ambos³.

Con el objeto de proteger la autonomía e independencia intrínseca a las tareas que nos competen, el evento “Identidad y Pertenencia Sociocultural” se desarrolla “a pulso”, contando con la participación y el apoyo de instituciones culturales y sociales, agentes de cambio e intelectuales de la región y alrededores.

1 Agradecemos la lectura crítica de Juan Maass, Sergio Mansilla y Katrin Schümann-Riquelme

2 La minga: El concepto minga es quechua y se encuentra presente en toda la cultura andina. Significa solicitar ayuda en labores comunes. Es una arraigada costumbre de los habitantes del archipiélago de Chiloé, representativa del espíritu pionero, que ha sobrevivido hasta nuestros días. Consiste en que los vecinos se reúnen para compartir un determinado trabajo cuando éste es demasiado grande para ser hecho por una sola persona o un solo grupo familiar (siembras, cosechas, destronques, tejido de frazadas, traslado de una casa por tierra o por mar, etc)

3 Riquelme, H., Trujillo, C. Fernández, N. (2025) «Bitácora del Simposio „Identidad y Pertenencia Sociocultural” Chiloé, noviembre 2024», Cuadernos Médico Sociales, 65(1), pp. 121–123. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/2277>

Múltiples instituciones nos han apoyado en el largo trayecto para dar cuerpo a esta iniciativa⁴. Nuestro reconocimiento sea expresado también a participantes, coordinadores y expositores con alto grado de solidaridad y esfuerzo personal.

Atmósfera y desarrollo: El segundo encuentro se desarrolló en el microclima de Castro, Chiloé, en una atmósfera con tres aspectos relevantes que fueron ambiente y tónica del simposio:

- Discusiones y actividades múltiples en todo ámbito social, pues en enero 2026 se cumplían doscientos años de la incorporación de Chiloé a la República de Chile, dejando de ser territorio español de ultramar (colonia, desde la perspectiva americana) como lo fue desde 1567. Aunque había muchas actividades en conmemoración del segundo centenario, existía la percepción de que no se ponía suficiente atención en los problemas de fondo de Chiloé.

- La “primera vuelta” del plebiscito presidencial y de ambas cámaras, apenas dos semanas antes. Temas centrales de las recientes elecciones fueron seguridad ciudadana, inmigración y organización económica y social.

- Una primavera con poco sol que parecía muy distante del verano inminente, que “aguachaba los ánimos”, que anunciaba, quizás, menos turismo y una situación socioeconómica de inseguridad.

Excursión a isla Quehui: salimos temprano desde Castro, con una nueva donación de libros para una biblioteca comunitaria que se está formando en Quehui al alero de la Biblioteca de Castro. En el auto, hacia el puerto de embarque, lucía radiante el paisaje de verdor matizado con suaves altibajos a ambos lados de la ruta, casas de vivos colores y viveros de hortalizas. Tras una hora de travesía en lancha bajo un fuerte sol, arribamos al puerto de acceso a la escuela “Los Ángeles” de Quehui, montada en una colina. El

recinto escolar lleva más de 8 décadas desafiando viento, lluvia y terremotos – remozado con dedicación en sus funciones – y cuenta con una biblioteca de prolija presentación para la comunidad educativa. En el salón de actos multiuso, nos esperaba una ronda de sillas pequeñas. Más tarde, cuarenta niños de seis a doce años oyeron y comentaron cuentos tradicionales y la historia de “*La Tenquita de Cantarrana*” de N. Tongol, en una jornada de promoción lectora. Visitamos la biblioteca escolar con textos y material audiovisual de literatura fantástica, comics, de ciencias, infantil, de aventuras. Las paredes, con cielo raso alto y de vetusta construcción, mostraban las coloridas portadas de cada libro en toda su extensión.

Recorrimos la isla de 700 habitantes, tiene tres iglesias de alerce centenarias; en el patio de una de ellas visitamos un cementerio mirando al mar, había sepulcros conteniendo difuntos del siglo antepasado con flores del reciente primero de noviembre y casas diseñadas y amobladas en miniatura; en la mampara de una de ellas, encontramos a una mujer ya mayor que viene todos los días a visitar su hijo ausente.

Las **conferencias y ceremonias artísticas**, oficiadas en la nave de la biblioteca de Castro con amplios ventanales hacia el mar interno, son descritas aquí en detalle:

- El profesor, historiador y director del Museo Municipal de Castro, Felipe Montiel V., realizó la conferencia magistral⁵ “*Chiloé en la historia (1826 – 1980)*”, relatando las múltiples vicisitudes en el devenir de esta región, marginada desde su anexión al Estado de Chile hasta la irrupción de la industria salmonera, en los 80 del siglo XX, cuyos habitantes, sin mayor alternativa que la migración por necesidad, han desarrollado presencia activa en la Patagonia y en diversas áreas productivas de Chile continental.

- Diez danzantes muy jóvenes de la escuela rural de Quilquico pusieron en escena la pieza “*Ecos de La Ñuke Mapu*”⁶; dieron vida a textos e imágenes de un poeta chilote⁷ – profundo conocedor de la historia y cultura williche – y acordes musicales

4 Entre ellas, en particular, el Centro Cultural de Castro y la Biblioteca Municipal “Martina Barrientos Barbero”, que con creatividad y entusiasmo superaron obstáculos logísticos y de coordinación.

5 Ver Felipe Montiel V. (2010): *Chiloé, Historias de Viajeros*, Municipalidad de Castro, Castro, Chiloé.

6 La *Ñuke Mapu* “‘Madre Tierra’ en Idioma castellano, para el pueblo mapuche, «es la Tierra en un sentido más profundo»; es decir, no se refiere al suelo, la tierra geológica o al planeta Tierra, sino que abarca un concepto más amplio de la naturaleza dentro de la cosmología mapuche”. (Wikipedia).

7 Héctor Leiva D. (2023): *Poesicrónicas desde el corazón williche*. Editorial Zorro Azul, Chiloé.

con cantos de pájaros lugareños, instrumentos ancestrales y coros con voces en llanto⁸. Vestidos con atavíos rituales y con el uso de palines (artefactos tradicionales también llamados “chuecas”) el elenco artístico representó una obra ansiosa de amplias praderas en el reducido escenario de la biblioteca de Castro, rodeado por el público asistente. En cantos, danza y poesía, concentrados como en un acto sacro, los actores dieron forma y contenido a la saga centenaria de expoliación invasora en el territorio williche y la persistente recreación de identidad cultural indígena⁹.

- Con la necesaria distancia estética y fuerte ironía dio curso Sergio Mansilla T. en “1826: una herida en la memoria identitaria de Chiloé” a documentadas reflexiones sobre los juicios emitidos por dos ‘intelectuales orgánicos’ del estado chileno en el siglo XIX, de un Chile en formación. Caracterizaciones del habitante insular y su presunto “primitivismo” contrario al “progreso”, tal como se le entendía entonces. Según ellos predominaba en los chilotes un atavismo crónico, derivado del monarquismo, enemigo de lo ‘chileno’. En realidad, los juicios de estos intelectuales¹⁰ son expresiones de una visión que ha persistido desde 1826 y que se materializa en un extrañamiento mutuo entre los habitantes de Chiloé y Chile a todo lo largo de la historia común de ambos territorios¹¹.

- En la sesión audiovisual “Gilberto Provoste: Un fotógrafo para el Bicentenario de Chiloé”, presentada por Claudio Pino O., confluyeron las biografías de dos afuerinos entrelazadas por la experiencia de vivir Chiloé y su gente:

a) la vida y obra de Provoste, representante de comercio, conocedor de personajes y espacios

inéditos en el archipiélago, que descubrió la fotografía como razón de existencia y documentó por décadas terremotos, labores de lancha, bautismos, actos sociales. En fin, todas las instancias de la vida chilota¹²: “*La fotografía es el modo más silencioso de construir memoria*”.

b) la experta y empática mirada de Claudio Pino, destacado fotógrafo que comparte la fascinación por las personas, el espacio natural y el existir día a día en el archipiélago. En 1986 documentó él con su arte las peripecias de la última Regata Chilota, desde Puerto Montt, bordeando la zona de Chiloé, hasta la Laguna San Rafael (más de 800 km de distancia)¹³.

- La presentación escénica “*Un pajarito contra el frío, patrimonio oral y educación desde Chiloé*”, cuya protagonista es una avecita silvestre (Mimus thenca)¹⁴, relató sus peripecias en el cuento infantil “La Tenquita de Cantarranas”¹⁵. Es la historia de una avecita que, con su patita quemada por la escarcha, enfrenta conflictos y rigores naturales en su entorno (agua y fuego, viento y neblina, etc.) para proteger sus polluelos. A partir de un cuento folklórico de 1910, hace Tangol una alegoría del *espíritu de supervivencia* de una tenquita en medio de adversidades que enfrenta con valentía y constancia, creando lazos de solidaridad entre las aves del bosque frente a peligros dizque insuperables. Esta “*novela para niños*” (Tangol) fue publicada en 1955, y ahora, (redescubierta y) reimpresa, es difundida tanto entre escuelas del archipiélago como en ferias literarias de Chile continental.

- **Complemento artístico:** la presentación de “*Senda chilota – cuatro décadas en la cultura tradicional*” dio la nota final del encuentro, ya que, paralelo al evento y para satisfacción de nuestra vena musical

8 Compositor: Neddiel Muñoz Millalonco.

9 YouTube documenta el “Encuentro escolar de danzas tradicionales y populares en Puerto Montt”, realizado en octubre del 2025. La segunda parte (a partir de 4:44”) muestra en directo “*Ecos de La Ñuke Mapu*”: <https://youtu.be/FHkZsUxrIIo?si=-9ktSudWfgcn7TDy> – para ésta y las siguientes referencias en internet, se recomienda copiar la clave de acceso para acceder al video o texto.

10 En base a textos de Benjamín Vicuña Mackenna (1880) y Alfredo Weber S. (1903).

11 Work in progress, véase: Sergio Mansilla T. (2009): *Mutaciones culturales de Chiloé: los mitos y las leyendas en la modernidad neoliberal isleña*. En: Convergencia. Revista de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma del Estado de México.

12 Gliberto Provoste Angulo. Un fotógrafo para el Bicentenario, 1909 -1995 – Editado por Claudio Pino O. y Conjunto de Proyección Folklórica y Cultural Cerro Verde (2025), Ograma Impresores, Santiago de Chile.

13 Claudio Pino O. (2021): *Veleras de Chiloé*. Ograma Impresores, Santiago de Chile.

14 Ave cantora común de Chile, habita desde la Región de Atacama hasta la Región de Los Lagos. Destaca por su típica postura erguida y su repertorio de distintivos cantos que en ocasiones se asemejan al de otras aves. Durante el período reproductivo es sumamente territorial, pudiendo atacar a otras aves e incluso personas que se acerquen al nido. <https://www.redobservadores.cl/aves/tenca-chilena/>

15 Nicasio Tangol (1955 – 2025): *La Tenquita de Cantarranas*, novela para niños [Edición de texto: Carla González M., Ignacio Ibañez E./Ilustraciones Camila Tangol G.] Castro, Chiloé

se realizó el XI *Encuentro folklórico “Chile en la Isla”*, Castro 2025¹⁶ coordinado por “Senda Chilota”, conjunto folklórico que desde más de cuarenta años promueve la cultura tradicional de música y danza en el sur de Chile.

Acorde a que la expresión Simposio condensa en griego encuentro, discusión y banquete, *Senda Chilota* culminó el ciclo de actividades del simposio con una sesión de intercambio y reflexiones con los asistentes.

Con lluvia torrencial, truenos y relámpagos y la chimenea de la biblioteca a todo dar, ambiente propicio a relatos y confidencias, sus integrantes, además de presentar piezas de su repertorio de folklore insular, relataron su experiencia durante ya tres generaciones: Surgida en una época de escaso o nulo interés por la cultura popular. *Senda chilota*, inicia actividades en el año 1983 con la recopilación, difusión y proyección del patrimonio cultural inmaterial del pueblo chilote y cuenta hoy con reconocimiento y aprecio en Chiloé y Chile continental.

Un conversatorio y cuatro bloques temáticos tuvieron efecto en sesiones de reunión y trabajo¹⁷:

1) “*Literatura en y desde Chiloé: poéticas para el siglo XXI*” (coord.: S. Mansilla) en abierta plática, desarrolló un ámbito de discusión y mutuo conocimiento acerca de la interacción del escritor (poeta) y el lector en el proceso de creatividad literaria [Munita, F.: 2025]

2) “*Lenguas, cosmovisión y educación intercultural*” (coord.: H. Antipani¹⁸ – I. Ibáñez) destacó el valor de las lenguas originarias y su presencia en la cotidianidad de lenguaje chileno-hispano para desarrollar vínculos de necesario reconocimiento y comprensión en nuestro entorno cultural. Se presentó “Los préstamos mapuches en el español de Chiloé a la luz de los diccionarios” [F. Bahamondes; S. Chávez: 2025]

3) “*Entorno botánico y buen vivir – Cultura popular en salud y enfermedad*” (coord.: A. Leighton – S.

Urrea) desarrolló: a) la ponencia “Envejecimiento activo y saludable: desde la estrategia local a la estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (EICEP) [L. Berr. J. Maass: 2025] b) la exposición de imágenes y textos “Patrimonio alimentario del Archipiélago de Chiloé. Alimentos prehispánicos y tradicionales” [Comunidad Slow Food, La Melga, Chiloé, 2025] c) la proyección del documental “Kuyitu: para convivir en reciprocidad” (J. Ibacache) d) el conversatorio “Entorno botánico y cultural de Chiloé. Los alimentos y las aguas del territorio, su valor y las amenazas a la salud familiar y comunitaria” [S. Naranjo et al: 2024] e) charla y conversatorio (conexión en línea con Ciudad de México) sobre “El cuerpo y la naturaleza: una conversación sobre plantas que sanan” (P. Hersch-Martínez, Ciudad de México) .

4) “*Procesos de diáspora: senderos de extrañezas y re-encuentros*” (coord.: J. Maass – H. Riquelme) dio espacio para la presentación de estudios en: a) “Narrativas de Guerra, Persecución y Exilio” (J. Walter, 2024] b) “Atmósfera y la experiencia del Golpe de Estado [1973] en Concepción, Chile” [A. Antonio et al.: 2021] c) “Discriminación social y racial en la migración desde Chiloé a la Patagonia” [L. Mancilla, 2012] d) “La visión del sur de Gabriela Mistral” [J. Vergara: 2025] d) “Charles Darwin y la exploración del Beagle: legado y huella en Chile Continental y la Isla de Chiloé” [N. Fernández: 2025] e) “Latinoamericanos en Europa. Experiencia de desarraigo y proceso de identidad psicocultural” [H. Riquelme: 2000]

5) “*Derechos humanos en tiempos de crisis*¹⁹ . Reflexiones en torno a vulneraciones y respuestas esperanzadoras En los escenarios globales y locales” (conexión en línea – coord.: E. Hevia/Berlín [E. Hevia: 2025], Alemania y O. Muñoz/Castro, Chile) presentó y discutió: a) “Reparación simbólica territorial de la violencia femicida” [A. Velazco: 2023] b) “Niñeces como presente: participación, derechos humanos y esperanza en tiempos de crisis”

16 Participaron: Taller de Danza y Folklor Filipense, Achao; Agrupación Lakitas Matriasaya, Valparaíso; Agrupación Raquel Barros, Santiago, Conjunto Llauquil, Quellón; conjunto Chalam, Santiago y “Conjunto Senda chilota”, Castro

17 Una documentación sobre la labor de los exponentes [artículos, libros, entrevistas en YouTube, etc.] está en “Ítems complementarios de la Bitácora 2025” en versión PDF, solicitar en: transhumante51@t-online.de

18 Promotor cultural de Williche, profesor itinerante para niños y comunidades en el amplio distrito en Quellón. “Premio Regional de Cultura Region de Los Lagos 2025”.

19 Crisis: clima o punto de inflexión en el desarrollo de un conflicto peligroso, expresa una situación de caos e incertidumbre, definido en latín como crisis, en griego es κρίσις, asociado a verbo κρίνειν, que también implica separar o distinguir. Una reflexión particular merece la idea de oportunidad durante una crisis, porque la palabra implica capacidad de discernir y actuar ante un escenario de cambio profundo (Riquelme, 2021).

[C. Núñez: 2025] c) “Discursos de defensa de los Derechos Humanos del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), en el contexto de revuelta popular de 2019” [M. Astorga: 2025]

El Simposio “Identidad y Pertenencia Sociocultural” sesionó por segunda vez en noviembre de 2025 en Chiloé²⁰. Combinó conferencias de novedosas e interesantes perspectivas con sesiones de intensa discusión entre participantes de diverso origen y formas de expresión y abrió un espacio

para presentaciones audiovisuales y de arte musical (danza, cantos y poesía). Con renovada creatividad, el tercer simposio se realizará entre el martes 17 y el sábado 21 de noviembre 2026.

Castro – Chiloé, Essex. Hamburgo, febrero de 2026

Horacio Riquelme²¹

Ignacio Ibáñez²²

Nelson Fernández²³

20 Programa y resúmenes de ponencias del II Simposio, así como informaciones sobre el futuro encuentro a disposición en: transhumante51@t-online.de

21 Hamburgo, Alemania.

22 Castro – Chiloé, Chile.

23 Essex, Inglaterra.

Revista de Libros y Revistas

INDICADORES PARA EVALUAR DESEMPEÑO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. REVISTA SISTEMA DE SALUD Y BIENESTAR COLECTIVO N°8 ENERO – ABRIL 2026. APROB

Esta semana apareció la Revista No 8 Sistemas de salud y bienestar colectivo de APROB. Esta incluye el artículo de Rafael Urriola y Julio Sarmiento que se resume aquí y que aborda la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, y en particular de la Atención Primaria de Salud (APS) en Chile, desde una perspectiva centrada en el bienestar de la población. El punto de partida es el reconocimiento de que los sistemas sanitarios enfrentan crecientes demandas, recursos limitados y una alta proporción del PIB destinada a su financiamiento, lo que exige priorizar, mejorar la gestión y evaluar de manera más precisa su desempeño. En este contexto, la OMS y la OPS han desarrollado múltiples marcos conceptuales que han evolucionado hacia una comprensión holística de la calidad en salud.

Tradicionalmente, la universalidad se ha entendido como acceso, protección financiera y completitud de prestaciones. Sin embargo, este artículo amplía esta visión incorporando la cobertura efectiva de la carga de enfermedad, la satisfacción usuaria, los derechos garantizados por ley y, de forma cada vez más sistemática, un concepto multidimensional de calidad. En Chile, la reforma sanitaria de 2005 vinculó la calidad principalmente a la acreditación y certificación de prestadores, pero actualmente la OMS define la calidad de la atención sanitaria más bien como la capacidad de los servicios para aumentar la probabilidad de obtener resultados de salud.

El bienestar, por su parte, se entiende como un estado integral de salud física, mental y emocional, determinado por la interacción de factores sociales, psicológicos y biológicos. En términos de medición, el bienestar se vincula tanto con el aumento de la esperanza de vida como con la calidad de los años ganados, lo que depende de la eficiencia del sistema en provisión de atención, apoyo financiero y soporte social. Desde esta perspectiva, indican los autores, un sistema de salud orientado al máximo bienestar debe ser universal, ofrecer servicios de calidad, garantizar derechos, proteger financieramente a la población y lograr altos niveles de satisfacción usuaria.

El objetivo central del trabajo es desarrollar y demostrar la aplicabilidad de un marco evaluativo de la APS chilena basado en el bienestar. Para ello, se propone la construcción inductiva de un tablero de indicadores que reorganiza métricas ya existentes en cinco dimensiones clave: universalidad, derechos garantizados, protección financiera, satisfacción usuaria y calidad. El valor principal de esta propuesta radica en su anclaje en la realidad operativa de la APS y en su capacidad para evaluar no solo insumos o actividades, sino su contribución efectiva al bienestar de la población.

El artículo describe la APS en Chile como un “perímetro incremental” de prestaciones, que se ha expandido con el tiempo desde la atención ambulatoria básica hacia intervenciones quirúrgicas ambulatorias y el abordaje integral de la salud a lo largo del ciclo de vida. La APS cumple un rol central en la ejecución de numerosas Garantías Explícitas en Salud (GES), especialmente en enfermedades crónicas, salud mental, salud infantil, salud de la mujer, enfermedades transmisibles y salud bucal. Su financiamiento proviene principalmente del Plan de Salud Familiar, complementado por programas de reforzamiento.

No obstante, el sistema enfrenta importantes limitaciones. La cobertura formal no se traduce plenamente en cobertura real: se estima que solo alrededor del 50% de la población utiliza efectivamente la APS, y cerca del 10% vive a más de cinco kilómetros de un consultorio, lo que dificulta el acceso y la continuidad del cuidado. Aunque la APS es gratuita y la protección financiera ha mejorado con decisiones recientes de Fonasa, persisten gastos de bolsillo relevantes, especialmente en medicamentos y atenciones no oportunas, que empujan a los usuarios a recurrir al sector privado.

En términos de satisfacción usuaria, los datos disponibles muestran una valoración relativamente alta del programa GES, superior a la percepción general del sistema público de salud. Sin embargo, no existe una encuesta nacional homogénea que permita evaluar de forma integral la satisfacción con la APS. En

cuanto a calidad, el artículo utiliza como indicador proxy las hospitalizaciones evitables, que representan una proporción significativa de egresos hospitalarios, días-cama y gasto sanitario, evidenciando fallas en la efectividad y oportunidad de la atención primaria.

Los resultados del tablero de bienestar, contruidos con datos de 2021 o cercanos, muestran brechas relevantes en varias dimensiones: universalidad ($\approx 50\%$), derechos garantizados efectivos ($\approx 55,8\%$) y protección financiera ($\approx 68\%$), contrastando con niveles más altos de satisfacción usuaria ($\approx 81\%$) y un indicador proxy de calidad cercano al 89%. Este patrón revela una paradoja: quienes logran acceder a la APS y a las prestaciones GES experimentan una atención relativamente satisfactoria y de buena calidad, pero una parte importante de la población queda excluida o subatendida.

El texto concluye que la baja cobertura real de la APS es el principal cuello de botella estructural del sistema, afectando negativamente al resto de las dimensiones y generando un círculo vicioso de menor prevención, mayor gasto de bolsillo y sobrecarga hospitalaria evitable. El artículo subraya la urgencia de fortalecer la gobernanza, la transparencia y el uso estratégico de indicadores, en línea con las recomendaciones de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad. Finalmente, se destaca la oportunidad que representaría la eventual participación de Chile en el proyecto PaRIS de la OCDE, que permitiría integrar resultados y experiencias reportadas por los pacientes (PROMs y PREMs) y avanzar hacia una evaluación de la APS verdaderamente centrada en el bienestar de las personas.

Rafael Urriola

MARCOS CUETO, STEVEN PAUL PALMER (2025), MEDICINA Y SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA LATINA: UNA HISTORIA, FONDO DE CULTURA ECONÓMICA

(Ganador del Premio George Rosen otorgado por la Sociedad de Historia de la Medicina de los Estados Unidos y corresponde a una versión traducida y actualizada por Adriana Soldi de: Marcos Cueto y Steven Palmer, Medicine and Public Health in Latin America: A History, New York, Cambridge University Press, 2015.)

Martin Cueto es un destacado historiador peruano, reconocido por sus aportes a la historia de la medicina y la salud en América Latina. En este caso, ha escrito junto Steven Palmer, historiador canadiense, un texto que recoge la rica producción sobre historia de la salud latinoamericana de las últimas décadas y revisa la larga evolución de la salud pública del continente sudamericano desde antes de la llegada de la conquista hasta los tiempos actuales. En este trayecto, se enfoca en los procesos de negociación entre diversos grupos sanadores y el Estado u organizaciones de salud extranjeras. Así, proponen que, “si bien el pluralismo médico que caracterizó a América Latina durante el siglo XIX se inclinó hacia una hegemonía biomédica moderna, la diversidad y convivencia de prácticas de sanación son elementos del campo de la salud en la región y resultan de interacciones entre diversas ideas sobre la vida, el cuerpo y la enfermedad.” Por esta razón, su conclusión es que la medicina del continente corresponde a un mosaico de propuestas que se articulan de manera espontánea en las prácticas de sanación que recorren distintos rincones del territorio.

El libro está dividido en cinco capítulos, organizados temática y cronológicamente: El primero, “Medicina indígena, salud oficial y pluralismo médico”, explora la práctica de la Medicina previa al contacto europeo hasta la construcción de los estados poscoloniales en el siglo XIX. El segundo, analiza el papel de los médicos y las comunidades médicas en la construcción de la nación. El tercero, “La construcción de la salud nacional e internacional”, se enfoca en el papel de las agencias internacionales de salud en la región durante el siglo XX, en especial el papel representado por la filantropía médica de la Fundación Rockefeller. El cuarto capítulo, “Innovación médica en el siglo XX”, se enfoca en los programas de investigación médica desarrollados en Latinoamérica después de la Segunda Guerra Mundial y, el último capítulo, “Cuidados primarios de salud, respuesta neoliberal y salud global en Latinoamérica”, desarrolla una reciente línea de investigación en el campo de historia de la salud. Este capítulo se enfoca en los sistemas de salud de las últimas décadas en la región, así como también el combate de enfermedades tales como el SIDA o el cólera. Los autores plantean que la neoliberalización de la salud ha generado grandes desigualdades no solo en términos de salud sino, también, en otros indicadores sociales, y que sobreponerse a dichas desigualdades es una de los mayores desafíos sociales en el futuro de la salud en Latinoamérica.

(Recogido en parte de: Patricia Palma, Reseñas, Historia (Santiago), Vol.48 No.1 Santiago, <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-71942015000100018>)

NATALIE SAMPSON, LINDSAY TALLON, NATASHA DEJARNETT, 2025 (EDICIÓN DESTACADA) ENVIRONMENTAL HEALTH: FOUNDATIONS FOR PUBLIC HEALTH. SPRINGER PUBLISHING

Este libro se ha convertido en una referencia importante dentro de la salud pública contemporánea, particularmente por su enfoque en factores ambientales como determinantes cruciales de la salud. Según listados de novedades, su relevancia creció en 2025 debido a la creciente atención sobre justicia ambiental, contaminación emergente (como PFAS) y desigualdades estructurales.

La obra combina fundamentos de salud ambiental, estudios de caso, análisis de políticas y una integración explícita de cómo determinantes sociales como el racismo ambiental influyen en los patrones de enfermedad y en la carga de riesgo en comunidades vulnerables. Incluye además materiales complementarios como recursos pedagógicos y podcasts vinculados a los contenidos. [bookauthority.org]

El texto reúne diversas voces y perspectivas para analizar los problemas de salud pública más acuciantes de la actualidad. Cada capítulo examina cómo el racismo estructural y la discriminación han moldeado las inequidades en salud ambiental que persisten en la actualidad. Los lectores pueden profundizar para analizar cómo se puede lograr la salud y la justicia ambiental en nuestras comunidades, lugares de trabajo, hogares y otros entornos construidos y sociales, así como en nuestros sistemas de salud. Basándose en innumerables estudios de caso históricos y contemporáneos.

(Reseña de la página Web del sitio: Springer Publishing)

GABRIELA ELISA MORALES, (2025), DECOLONIZING MEDICINE: INDIGENOUS POLITICS AND THE PRACTICE OF CARE IN BOLIVIA, STANFORD UNIVERSITY PRESS

El libro «Descolonizando la Medicina», examina cómo la medicina y la atención en salud se viven, negocian y transforman en contextos donde coexisten sistemas biomédicos y saberes indígenas. La autora, analiza la práctica médica en Bolivia desde una perspectiva crítica, mostrando cómo los cuidados y políticas de salud se inscriben en relaciones históricas de poder, colonialidad y resistencia. Así, revisa los esfuerzos del Estado boliviano para descolonizar los servicios de salud durante la administración de Evo Morales, en el marco de reformas radicales; anticipándose a los recientes llamados de profesionales de la salud global a «descolonizar la salud global», los proyectos estatales bolivianos incluyeron diversas iniciativas, como la integración de curanderos tradicionales indígenas en la atención clínica y el fomento de la sensibilidad cultural entre los proveedores de atención médica. Sin embargo, a pesar de las múltiples inversiones institucionales, muchos pacientes indígenas seguían describiendo su hospital local como un lugar «donde no hay atención».

Mediante una detallada etnografía de la formulación e implementación de políticas de salud, Gabriela Elisa Morales analiza cómo las instituciones biomédicas y de salud pública bolivianas no lograron las profundas transformaciones propuestas por activistas y teóricos decoloniales.

DANIELE FATTORINI, 2025, ENVIRONMENTAL QUALITY AND GLOBAL HEALTH, REVIEW ARTICLE, ACADEMIA GLOBAL & PUBLIC HEALTH, [HTTPS://DOI.ORG/10.20935/ACADPHEALTH8043](https://doi.org/10.20935/ACADPHEALTH8043)

Un creciente movimiento científico investiga la compleja e interconectada relación entre la degradación ambiental, las enfermedades infecciosas y la salud global, un enfoque conocido como «Una Salud». Este paradigma cuestiona la arraigada suposición de que la salud humana existe independientemente de la salud del planeta. En esta revisión, se consideran tres problemas globales principales —la contaminación ambiental, la pérdida de biodiversidad y el cambio climático— como factores clave en la aparición y propagación de enfermedades. La contaminación ambiental puede afectar el sistema inmunitario, haciendo que las especies, incluidos los seres humanos, sean más vulnerables a las enfermedades infecciosas. La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto esta relación, ya que estudios realizados en Italia y otros lugares correlacionaron mayores niveles de contaminación atmosférica con una mayor propagación y gravedad del

virus. La pérdida de biodiversidad, según la teoría del «efecto de dilución», puede aumentar la transmisión de enfermedades. En ecosistemas con una amplia variedad de especies, los patógenos se «diluyen» porque sus vectores tienen más probabilidades de encontrar huéspedes que no pueden transmitir la enfermedad. Sin embargo, cuando la biodiversidad disminuye, las especies “superpropagadoras” que transmiten patógenos con eficacia, como ciertos roedores y murciélagos, suelen predominar, aumentando el riesgo de transmisión zoonótica. Finalmente, el cambio climático agrava estos problemas al expandir la distribución geográfica de vectores de enfermedades como los mosquitos y al generar fenómenos meteorológicos extremos que pueden provocar brotes de enfermedades transmitidas por el agua. Esta revisión aborda estas cuestiones describiendo algunos ejemplos clave, como la relación entre la contaminación atmosférica y el brote de enfermedades infecciosas, el papel de la pérdida de biodiversidad en la enfermedad de Lyme y el aumento de la distribución de los insectos vectores de la malaria y el dengue asociado al cambio climático. Un enfoque multidisciplinario es fundamental para abordar estos desafíos globales, lo que sugiere la colaboración entre expertos en medicina humana y veterinaria, biología del desarrollo, ciencias ambientales y toxicología, y políticas públicas, así como la necesidad de sensibilizar a la población. Este desafío también podría abordarse mediante el desarrollo de tecnologías innovadoras capaces de aumentar significativamente nuestro acceso a grandes bases de datos multidisciplinarias. Entre ellas, las tecnologías basadas en inteligencia artificial podrían desempeñar sin duda un papel protagonista.

VITOMIR KOVANOVIĆ, ABHINAVA BARTHAKUR, SREĆKO JOKSIMOVIĆ & GEORGE SIEMENS, 2025, WHY UNIVERSITIES NEED TO RADICALLY RETHINK EXAMS IN THE AGE OF AI, NATURE | VOL 648 | 4 DECEMBER

El artículo revisa la actual situación de la formación universitaria en el marco de desarrollo que ha tenido la Inteligencia Artificial y en especial, el uso de ella por los y las estudiantes. Junto con identificar las distintas prácticas de esa población con esta herramienta, señala las características que deben tener los centros de estudio para orientar el uso responsable de ella. En conclusión el trabajo destaca que: “El mundo académico no está preparado para el aumento del uso de chatbots entre los estudiantes, pero con las herramientas de IA adecuadas, el aprendizaje personalizado podría convertirse pronto en una realidad.”

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL: NECESARIA, PERO NO SUFICIENTE. EDITORIAL, THE LANCET, VOLUMEN 406, NÚMERO 10521

La cobertura universal (CSU) se ha transformado en uno de los objetivos prioritarios en salud y si bien se trata de un objetivo, claramente definido, convertir esta promesa en realidad ha resultado complejo. Puesto, que se trata de un objetivo intermedio, donde lo importante va más allá de la pura cobertura, lo que se debe pretender es tener impacto sanitario, en ese sentido, se debe tener presente que los resultados en materia de salud están determinados por fuerzas que van mucho más allá de las clínicas: el diseño urbano, los sistemas alimentarios, la producción de energía y las políticas ambientales desempeñan un papel decisivo. La Comisión de The Lancet sobre la salud de la población después de la COVID-19 identifica tres amenazas convergentes (enfermedades no transmisibles, enfermedades infecciosas y degradación ambiental) que se originan principalmente en determinantes ajenos al sector de la salud. Estas amenazas afectan con mayor dureza a quienes tienen menos poder y menos recursos. Entonces, el artículo señala que si no se abordan las causas subyacentes, la CSU corre el riesgo de generar cobertura sin mejoras: acceso sin salud. Y agrega, que sin una priorización más clara, existe el peligro de que la CSU exija más de lo que se puede ofrecer de manera viable.

Por ello el artículo se pregunta: ¿Cómo, entonces, se pueden lograr avances significativos a pesar de los recursos limitados? La Comisión de Salud Global 2050 demuestra el potencial de un enfoque estratégico. Concentrarse en tan solo 15 afecciones prioritarias —ocho afecciones infecciosas y de salud materna, siete enfermedades no transmisibles y lesiones— podría reducir a la mitad el número de muertes prematuras para 2050. El financiamiento público de medicamentos esenciales, vacunas, diagnósticos y otros productos básicos clave puede orientar la prestación de intervenciones de alta prioridad, respaldadas por políticas intersectoriales como el control del tabaco —la palanca más poderosa para reducir las muertes prevenibles— y una mayor preparación ante pandemias.

Concluye el trabajo indicando que: “La Cobertura Sanitaria Universal (CSU) sigue siendo un compromiso ético fundamental: nadie debería verse privado de atención médica ni caer en la pobreza debido a su costo. ...Sin embargo, la CSU por sí sola no puede garantizar sistemas de salud resilientes ni una salud poblacional sostenible. La tarea no consiste en ampliar la CSU indefinidamente, sino en fundamentarla en las prioridades que fortalecen los sistemas y mejoran la salud de la población.”

CHANG, A. Y., BOLONGAITA, S., CAO, B., CASTRO, M. C., KARLSSON, O., MAO, W., NORHEIM, O. F., OGBUOJI, O., & JAMISON, D. T. (2025).

Epidemiological and demographic trends and projections in global health from 1970 to 2050: a descriptive analysis from the third Lancet Commission on Investing in Health, Global Health 2050. Lancet (London, England), 406(10506), 940–949. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00902-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00902-X)

Los análisis sistemáticos de las tendencias sanitarias mundiales pueden ofrecer una descripción precisa de los avances y los desafíos. Analizamos el impacto de los cambios en la mortalidad por edad (epidemiología) y la estructura demográfica (demografía) sobre las tasas brutas de mortalidad (TBM) y las causas de muerte con una mortalidad elevada o en aumento, con el fin de informar a la tercera Comisión de The Lancet sobre la Inversión en Salud.

Para este trabajo se utilizaron datos de las Perspectivas de la Población Mundial 2024 y las Estimaciones de Salud Global 2021 para evaluar las tendencias epidemiológicas y demográficas, incluyendo la tasa de mortalidad por todas las causas (definida como el número total de muertes dividido por la población total a mitad de año, reportada por cada 1000 habitantes), las tasas de mortalidad por todas las causas específicas por edad para el período 1970-2050 y las tasas de mortalidad por causas específicas seleccionadas del período 2000-2019. Excluimos los datos del período 2020-2023 para evitar los efectos de la pandemia de COVID-19. Para estimar los cambios decenales en las tasas de mortalidad por causas específicas, combinamos las estimaciones en los siguientes grupos de edad: 0-14, 15-49, 50-69 y 70 años o más.

Los resultados mostraron como hallazgos que las tasas de mortalidad disminuyeron sustancialmente en todos los grupos de edad en la mayoría de las regiones, observándose mejoras rápidas en las últimas décadas. Entre la década de 2000 (es decir, 2000-10) y la de 2010 (es decir, 2010-19), la disminución de la mortalidad se aceleró en China, Europa central y oriental, India y América Latina y el Caribe en las edades de 0 a 14 años y de 15 a 49 años, pero se desaceleró en el Atlántico Norte, Estados Unidos y el Pacífico occidental y el sudeste asiático. Para las edades de 50 a 69 años, la disminución de la mortalidad se desaceleró en todas las regiones excepto en África subsahariana. Estados Unidos experimentó no solo una desaceleración, sino también un aumento en las tasas de mortalidad en las personas de 15 a 49 años y de 50 a 69 años. A nivel mundial, la tasa de mortalidad por defunción (TMD) más baja se registró en 2019. En el pasado, la TMD ha disminuido principalmente debido a la disminución de las tasas de mortalidad específicas por edad. Las tendencias futuras sugieren que el cambio en la estructura de edad de la población impulsará un gran aumento en la TMD. Las tasas de mortalidad por edad debidas a las principales enfermedades disminuyeron una vez ajustados los cambios demográficos. La excepción fue la diabetes, que experimentó un aumento acelerado en las tasas de mortalidad por edad en todas las regiones, con tasas especialmente elevadas en Europa central y oriental e India.

En la discusión se indica que existen motivos para el optimismo respecto al progreso de la salud mundial, pero persisten las desigualdades y los nuevos desafíos. La disminución de las tasas de mortalidad por edad demuestra progreso; sin embargo, el rápido envejecimiento de la población plantea nuevos retos. La desaceleración del descenso de la mortalidad en algunas regiones exige mayores esfuerzos. El aumento de la mortalidad entre los estadounidenses de mediana edad subraya que las mejoras continuas requieren esfuerzos coordinados. Entre las recomendaciones clave se incluyen priorizar las intervenciones para abordar desafíos de salud específicos y adaptar los sistemas de atención médica a las transiciones demográficas.

(Redactado con datos del Abstract)

Comité editorial. Cuadernos Médico Sociales

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. Enfatee o resuma solamente las observaciones importantes.

- **Discusión.** Enfatee 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.** Enfatee 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 secretaría 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°1

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

Esmeralda 678, Santiago de Chile.