

Hacia una pedagogía encarnada del cuidado en formación de especialistas en Chile: cuidado radical y humanización en salud pública

Kristopher Gómez* 

^aMinisterio de Salud de Chile, Departamento de Formación y Educación Continua, Santiago, Chile

RESUMEN

La formación de especialistas en salud constituye un componente estratégico para la sostenibilidad operativa, humana y territorial del sistema público. Sin embargo, los modelos formativos universitarios chilenos, centrados en la eficiencia técnica, han tendido a relegar la dimensión relacional y ética del cuidado. Con ello se ha debilitado la experiencia de atención y la confianza en las instituciones sanitarias. Desde una perspectiva teórico-reflexiva, este artículo explora las posibilidades y tensiones que surgen al trasladar los principios del cuidado radical y su versión performativa, *Embodying Radical Care*, al campo de la formación de especialistas médicos en Chile. Además, se propone que estos enfoques pueden contribuir a reconfigurar los procesos de formación médica hacia una ética encarnada del cuidado. Desde esta aproximación, el artículo desarrolla un análisis comparativo de perspectivas teóricas que integra la ética del cuidado, la política de la interdependencia y la práctica performativa. Se plantea que la incorporación de estos enfoques permitiría fortalecer las competencias relacionales y afectivas en la enseñanza clínica, profundizando en ella desde la ética del cuidado radical y reconociendo la experiencia corporal y la sensibilidad ética como dimensiones del aprendizaje profesional. Al mismo tiempo, estos principios contribuirían a mejorar la experiencia de atención, al promover una cultura del cuidado que reconozca la interdependencia entre las personas, las instituciones y los territorios, consolidando así una práctica médica más humana y sostenible. En última instancia, esta reflexión busca aportar fundamentos para políticas públicas de formación y humanización en salud que conciben el cuidado no solo como acto técnico, sino como práctica ética, política y estética esencial para la sostenibilidad del sistema sanitario. En suma, se concluye que integrar el cuidado radical podría reconfigurar la formación hacia una ética encarnada del cuidado, fortaleciendo competencias relacionales y mejorando la experiencia de atención.

KEYWORDS Education, Medical, Graduate, Ethics, Humanism, Chile

INTRODUCCIÓN

La sostenibilidad del sistema público de salud en Chile depende, en buena medida, de su capacidad para formar y retener especialistas que garanticen el acceso equitativo y la continuidad de la atención. Sin embargo, los modelos formativos universitarios actuales, estructurados bajo lógicas tecnocráticas y centrados en la productividad, han tendido a invisibilizar dimensiones fundamentales del cuidado: la ética, la relacionalidad y la experiencia humana de quienes reciben y brindan atención. Esta omisión debilita el vínculo clínico, fragmenta la comunicación y repercute en la adherencia

terapéutica, la satisfacción usuaria y la confianza en el sistema [1,2].

El movimiento por la humanización de la salud surge precisamente como respuesta a esta crisis relacional. En Chile, este enfoque se ha materializado en políticas recientes impulsadas por el Ministerio de Salud, como la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas y sus Entornos y las Orientaciones Técnicas sobre trato digno

en la atención de salud con enfoque de derechos y género [3,4]. Estas iniciativas buscan reinstalar la dimensión humana como eje del quehacer sanitario, pero su implementación enfrenta dificultades estructurales. Entre estas destacan falta de recursos, tiempos protegidos y estrategias de acompañamiento sostenido en los equipos de salud. Con frecuencia, las acciones de humanización se reducen a capacitaciones o difusión de buenas prácticas, sin alcanzar un cambio organizacional profundo. Ello muestra la necesidad de avanzar desde la sensibilización hacia la incorporación del cuidado como principio transversal de la gestión y la formación continua.

* Autor de correspondencia kristopher.gomez@minsal.cl

Citación Gómez K. Hacia una pedagogía encarnada del cuidado en formación de especialistas en Chile: cuidado radical y humanización en salud pública. *Medwave* 2026;26(02):e3180

DOI 10.5867/medwave.2026.02.3180

Fecha de envío Nov 21, 2025, **Fecha de aceptación** Jan 6, 2026,

Fecha de publicación Mar 10, 2026

Correspondencia a Miraflores 686, Santiago, Región Metropolitana 8320000, Chile

IDEAS CLAVE

- Los modelos formativos centrados en la eficiencia técnica han relegado las dimensiones éticas y relacionales del cuidado.
- El artículo traslada por primera vez los principios del cuidado radical y su versión performativa (*Embodying Radical Care*) al campo de la formación de especialistas en Chile.
- El análisis es teórico-reflexivo y no evalúa intervenciones empíricas, aunque establece bases conceptuales para futuras aplicaciones.

A pesar de los avances normativos, la distancia entre las políticas de humanización y la realidad cotidiana de los espacios clínicos y docentes, revela una brecha cultural más profunda. La deshumanización se expresa tanto en la relación con los pacientes como en los vínculos dentro de los equipos y en los entornos formativos. El maltrato y el acoso durante la formación médica pueden entenderse como una manifestación estructural de esa crisis del cuidado. En Chile, el 71,3% de los residentes encuestados declaró haber experimentado conductas de intimidación o menosprecio en el último año, principalmente críticas injustificadas o descalificaciones de sus supervisores [5]. En pregrado, los estudiantes reportan humillación pública, discriminación y abuso verbal como experiencias recurrentes [6]. Estas prácticas vulneran la dignidad de quienes se forman, interfieren con la calidad del aprendizaje y repercuten en la confianza del paciente en el sistema. La Academia Chilena de Medicina ha reconocido esta situación como un problema cultural que exige una transformación profunda [7], en línea con estudios latinoamericanos que describen patrones similares de jerarquización y maltrato en la formación de residentes [8].

La formación de especialistas médicos en Chile se desarrolla dentro del sistema universitario, acreditado por la Comisión Nacional de Acreditación y fuertemente articulado con la red pública de salud. La práctica clínica se realiza mayoritariamente en hospitales y establecimientos del Estado, donde funcionarios/as del sistema público de salud participan activamente en la docencia. Actualmente se discute en el Congreso un Proyecto de Ley de Campos Clínicos (Boletín N° 14088-11), que busca regular el acceso a estos espacios y reconocer el rol docente del personal asistencial [9]. Este contexto evidencia la necesidad de repensar la formación médica como una responsabilidad compartida entre el sistema educativo y el sanitario.

Frente a este escenario, se vuelve necesario abrir el campo conceptual hacia nuevas epistemologías del cuidado que permitan repensar tanto la práctica clínica como la enseñanza médica. Una de las aproximaciones emergentes en esta línea es la propuesta performativa *Embodying Radical Care* del artista chileno Sergio Patricio Valenzuela, quien reinterpreta el concepto de *radical care* (desarrollado por autoras como Joan Tronto, María Puig de la Bellacasa y el *Care Collective*) como una práctica encarnada, política y situada [10–13]. Valenzuela no formula una teoría del cuidado radical, sino que la encarna y la actualiza en el campo del arte vivo, proponiendo una comprensión del cuidado como presencia activa, resistencia corporal y acto de hospitalidad política. Desde este marco,

el cuidado radical puede ofrecer claves para revitalizar el sentido profundo de la humanización en salud. Mientras la humanización institucional tiende a normar comportamientos, el cuidado radical introduce la práctica corporal y política del cuidado, devolviendo agencia al sujeto que cuida y reconociendo la interdependencia entre profesionales, pacientes y comunidades. Aplicado a la formación médica, este enfoque permitiría concebir la educación del especialista no como una mera transmisión técnica de conocimientos, sino como un proceso ético y relacional que enseña a cuidar a otros sin perder la capacidad de cuidado hacia sí mismo y hacia el entorno profesional. Así, cuidar a quienes cuidan deja de ser un fin en sí mismo y se convierte en una condición estructural para brindar un mejor cuidado a las personas y comunidades.

El presente artículo busca explorar el potencial teórico y formativo del cruce entre los cuidados radicales, la propuesta *Embodying Radical Care* y las políticas de humanización de la salud, con especial énfasis en la formación de especialistas como espacio estratégico para fortalecer la sostenibilidad humana y territorial del sistema de salud público. A través de un análisis teórico-comparativo, se examinan convergencias y tensiones entre estos enfoques, proponiendo un marco conceptual que permita repensar la práctica médica como un acto de hospitalidad y de justicia relacional. La hipótesis que orienta este trabajo sostiene que integrar los principios del cuidado radical en la formación médica contribuiría a transformar la cultura del maltrato, fortalecer la relación clínica y mejorar la experiencia de atención, avanzando hacia un modelo de salud pública más equitativo, sostenible y humano.

MARCO TEÓRICO: EL CUIDADO COMO PRÁCTICA ÉTICA, POLÍTICA Y PERFORMATIVA EN LA FORMACIÓN MÉDICA

El cuidado como ética y política

El cuidado ha sido tradicionalmente comprendido como una práctica privada o emocional, ajena a las discusiones políticas o institucionales. Sin embargo, desde los años noventa, los feminismos del Norte Global (particularmente los trabajos de Joan Tronto) han situado el cuidado como una categoría política central. En *Moral Boundaries* (1993), Tronto [10] define el cuidado como “una actividad genérica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él lo mejor posible”. Esta definición desborda el ámbito doméstico y traslada el cuidado al corazón de la vida pública, entendiendo que toda

organización social depende de él. Tronto sostiene que las sociedades liberales han invisibilizado el cuidado al privilegiar la autonomía, el mérito y la competencia, valores que estructuran tanto la política como las instituciones contemporáneas. El adjetivo radical, en este marco, proviene de los feminismos del cuidado y alude no solo a la profundidad o intensidad del acto de cuidar, sino a su potencia política. Se trata de una práctica que cuestiona las jerarquías de poder, desnaturaliza la división sexual del trabajo y redefine la sostenibilidad como responsabilidad colectiva.

En contraposición, el cuidado radical propone una ética de la interdependencia, en la que la vulnerabilidad se reconoce como condición humana compartida y, por tanto, como fundamento de la justicia. En esta línea, María Puig de la Bellacasa [11] amplía la noción de cuidado hacia una perspectiva más-que-humana, incorporando las dimensiones afectivas, materiales y ecológicas que configuran los mundos del vivir. En su propuesta, cuidar es una práctica situada y relacional, que implica responder de manera atenta a las necesidades de los otros (humanos y no humanos), pero también sostener las infraestructuras que permiten la vida común.

Por su parte, el *Care Collective* [12] introduce el concepto de política de la interdependencia, planteando que las crisis contemporáneas (sanitarias, ambientales, económicas) requieren reorganizar las instituciones desde el cuidado. Este enfoque redefine la noción de sostenibilidad no como eficiencia o productividad, sino como capacidad colectiva de sostener la vida en condiciones de dignidad y reciprocidad.

Estos aportes permiten comprender el cuidado no solo como un valor moral o individual, sino como una tecnología política y cultural capaz de reconfigurar las instituciones. En el campo de la salud, ello implica desplazar el eje desde la gestión de recursos hacia la gestión de relaciones, reconociendo que los sistemas sanitarios se sostienen, ante todo, en las tramas humanas que los componen.

El cuerpo como lugar del cuidado

Las perspectivas de David Nikkel y Maurice Hamington aportan una dimensión ontológica y performativa al debate. Nikkel [13] propone la noción de *radical embodiment*, una ontología que reconoce que el cuerpo no es un medio para el pensamiento o la acción, sino la forma misma de estar en el mundo. Desde esta perspectiva, toda experiencia ética, política o espiritual se origina en la corporalidad. Hamington [14], en *Politics is not a Game: The Radical Potential of Care*, desarrolla la idea de que el cuidado posee un potencial político precisamente porque se encarna. Su propuesta de *care-as-performance* entiende el cuidado como una teoría performativa del ser, en la que el cuerpo y la acción cotidiana son los vehículos a través de los cuales se practica la ética. Para Hamington, la ética del cuidado no puede separarse de la praxis, ya que “solo mediante la práctica del cuidado los valores del cuidado cobran existencia”.

Esta dimensión corporal del cuidado se vuelve crucial en contextos como la formación médica, donde el aprendizaje clínico se desarrolla a través del contacto directo con cuerpos, gestos y afectos. En tal sentido, el cuerpo del cuidador es también un cuerpo que aprende, y la relación educativa se convierte en una forma de relación ética. La enseñanza del cuidado, por tanto, no puede reducirse a contenidos cognitivos o competencias técnicas, sino que requiere espacios de experiencia encarnada, donde el sentir, el observar y el sostener se integren como saberes.

El cuidado radical como práctica performativa

Desde las artes vivas, la propuesta *Embodying Radical Care* del artista chileno Sergio Patricio Valenzuela [15] traslada estos fundamentos filosóficos al terreno de la práctica escénica. Inspirado en Hamington y Nikkel, Valenzuela concibe el cuidado radical como una acción corporal y política, en la que el acto de cuidar se materializa en presencia, movimiento y relación. Su trabajo propone que el arte puede funcionar como un laboratorio del cuidado, donde se experimentan modos de atención y sostenimiento que desafían las lógicas jerárquicas del poder. El *Embodying Radical Care* no pretende formular una teoría propia, sino encarnar y actualizar la ética del cuidado radical mediante metodologías performativas. El cuerpo, en su propuesta, se convierte en un espacio de hospitalidad, donde lo político y lo afectivo se encuentran. Esta mirada ofrece una vía de lectura interdisciplinaria. Así, el cuidado deja de ser una práctica exclusiva del ámbito sanitario para convertirse en un principio estético y pedagógico, con capacidad de transformar la manera en que aprendemos y nos vinculamos.

En el marco de la formación médica, esta traducción performativa del cuidado radical puede ofrecer claves para repensar la enseñanza del acto clínico. Incorporar dinámicas de atención corporal, escucha encarnada y hospitalidad relacional, permite resignificar la experiencia educativa más allá del tecnicismo, favoreciendo una comprensión integral del cuidado como presencia ética.

La formación médica en Chile: entre la educación y la asistencia

La formación de especialistas médicos en Chile se enmarca dentro del sistema universitario, bajo la regulación del Ministerio de Educación y la acreditación de la Comisión Nacional de Acreditación. La oferta es mixta: participan universidades públicas y privadas que diseñan sus programas bajo estándares académicos, pero cuya finalidad responde en gran medida a las necesidades asistenciales del sistema público de salud. Esta doble dependencia (académica y sanitaria) configura una tensión estructural entre la lógica educativa y las exigencias asistenciales. La formación práctica, en su mayoría, se realiza en hospitales y centros de la red asistencial del Estado, donde funcionarios/as del sistema público de salud desempeñan actividades docentes. Este modelo híbrido genera asimetrías en la gobernanza y en el reconocimiento de la

función formadora. Estas tensiones institucionales afectan el clima educativo y la cultura de la formación. Diversos estudios en Chile y Latinoamérica [5–8] han documentado la presencia de jerarquías verticales, sobrecarga laboral y dinámicas de desvalorización que condicionan tanto el aprendizaje como la futura relación con los pacientes. En consecuencia, la formación médica constituye un espacio crítico donde las culturas del cuidado o del maltrato se reproducen o transforman.

Hacia una pedagogía encarnada del cuidado

El diálogo entre ética, cuerpo y arte permite pensar la formación médica como una práctica de cuidado en sí misma. Desde la perspectiva del cuidado radical, enseñar medicina implica formar cuerpos que cuidan, no solo profesionales que ejecutan. Integrar la dimensión encarnada del aprendizaje (como propone *Embodying Radical Care*), abre la posibilidad de construir pedagogías sensibles que reconozcan la vulnerabilidad como parte del proceso formativo. Una pedagogía encarnada del cuidado no reemplaza la enseñanza científica, sino que la expande: incorpora la escucha, la atención plena y la co-presencia como competencias profesionales. En el contexto chileno, avanzar hacia esta integración supone también reconocer el valor docente del personal asistencial y fortalecer la colaboración entre universidades y servicios de salud. Solo así la formación de especialistas podrá contribuir a la sostenibilidad humana del sistema sanitario, haciendo del cuidado no un complemento de la técnica, sino su principio estructurante.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

El modelo formativo chileno como campo de tensiones éticas

El modelo de formación médica en Chile opera en una intersección compleja entre el sistema educativo y el sanitario. Aunque formalmente pertenece al ámbito universitario, su propósito principal es responder a las necesidades asistenciales del sistema público. Esta dualidad genera un vacío de responsabilidad institucional. Por un lado el Ministerio de Educación supervisa el sistema de educación superior, mientras que la Comisión Nacional de Acreditación define los criterios y estándares de calidad académica. Por su parte, el Ministerio de Salud depende de los resultados formativos para resolver brechas de atención en la red asistencial. En ese espacio intermedio, la docencia asistencial (ejercida por funcionarios/as del sistema público de salud que no pertenecen a la planta universitaria), se vuelve el sostén invisible del sistema. Sin embargo, su reconocimiento institucional y académico sigue siendo limitado. Desde la perspectiva del cuidado radical, esta situación expresa una forma estructural de descuido institucional: se exige que las instituciones eduquen y asistan, pero sin mecanismos para cuidar a quienes sostienen esas funciones. El cuidado se fragmenta entre sectores, reproduciendo una lógica donde los vínculos se subordinan a la productividad.

Esta disociación impacta directamente en la cultura formativa y, finalmente, en la relación con los pacientes.

Humanización como discurso y cuidado radical como práctica

Las políticas de humanización impulsadas por el Ministerio de Salud han contribuido a visibilizar la dimensión ética del trato, pero su implementación suele quedar restringida a iniciativas formales o cursos de sensibilización. Desde el marco del cuidado radical, la humanización puede entenderse como un discurso institucional, mientras que el cuidado radical propone una práctica estructural. Humanizar busca cambiar actitudes; cuidar radicalmente exige transformar las condiciones de relación, tiempo y poder dentro de las instituciones. En la formación médica, esta diferencia es decisiva. Mientras el modelo tradicional se sustenta en jerarquías rígidas, evaluación por rendimiento y transmisión vertical del conocimiento, el cuidado radical propone un paradigma donde la ética del vínculo se vuelve tan relevante como la competencia técnica. La docencia clínica pasa a ser un espacio donde se aprende la reciprocidad, la escucha y la presencia, configurando una pedagogía del cuidado que trasciende la mera transmisión de contenidos.

Integración de tres perspectivas del cuidado para releer la enseñanza médica

El análisis teórico-comparativo de este artículo no parte de teorías pedagógicas preexistentes, sino que traslada marcos conceptuales del cuidado (ético, político y performativo) al campo de la formación médica, para explorar su potencial interpretativo y transformador.

Desde la ética del cuidado (Tronto, Hamington), se propone reinterpretar la enseñanza médica como una relación moralmente situada. Aunque estos autores no abordan directamente el ámbito educativo, sus planteamientos sobre responsabilidad y atención permiten pensar que el vínculo docente-residente es también un espacio ético donde se aprende a responder a la vulnerabilidad del otro. En este sentido, la docencia clínica puede comprenderse como un ejercicio de cuidado mutuo, en el que enseñar es también sostener, acompañar y reconocer.

La política de la interdependencia (Puig de la Bellacasa, *Care Collective*) ofrece un segundo plano de análisis, orientado a las estructuras institucionales. Desde este enfoque, se relea el modelo formativo chileno como un entramado donde las instituciones educativas y sanitarias dependen unas de otras, pero sin asumir esa interdependencia como principio organizativo. Esta perspectiva permite visibilizar que el descuido institucional (la falta de reconocimiento del rol docente asistencial y la fragmentación entre los Ministerios de Educación y Salud) no es solo un problema de gestión, sino una manifestación estructural de la deshumanización.

Por su parte, la práctica performativa del cuidado radical (*Embodying Radical Care*, Valenzuela) introduce la posibilidad de repensar el aprendizaje clínico desde el cuerpo y la experiencia.

Aunque proveniente del campo de las artes, esta mirada sugiere que la ética puede enseñarse y practicarse a través de la presencia corporal, la atención y la co-experiencia. Trasladada a la formación médica, esta idea abre la posibilidad de metodologías encarnadas que fortalezcan la sensibilidad, la empatía y la autoconciencia profesional.

En conjunto, estas tres perspectivas describen lo que la formación podría llegar a ser si se reorganiza a la luz del cuidado radical. La ética del cuidado ilumina el plano relacional, la política de la interdependencia revela el plano institucional y la performatividad aporta el plano experiencial.

Aunque convergen en el objetivo de revalorizar el cuidado, también revelan tensiones productivas. La ética enfatiza el encuentro interpersonal, la política cuestiona las estructuras que lo condicionan y la performatividad invita a encarnar el vínculo más allá del discurso. Esta fricción entre niveles permite una lectura integral y crítica de la formación médica, donde el cuidado se entiende como un fenómeno relacional, estructural y corporal al mismo tiempo.

Este cruce entre ética, política y performatividad, constituye el núcleo metodológico del análisis teórico-comparativo del presente estudio.

Propuesta desde los cuidados radicales

Este artículo plantea entender la formación médica no solo como un proceso académico, sino como una práctica social de cuidado que moldea las formas en que los futuros especialistas se relacionan con las personas, las instituciones y consigo mismos. Asumir la radicalidad del cuidado implica reconocer su origen feminista y político. Esto significa desplazar el cuidado desde la esfera privada hacia el centro de la organización institucional, donde enseñar, aprender y gestionar salud se conciben como responsabilidades colectivas y no como virtudes individuales. Desde el marco del cuidado radical y su lectura performativa (*Embodying Radical Care*), se proponen cinco transformaciones estructurales que traducen esta ética encarnada en acciones concretas de cambio institucional, pedagógico y político.

1. Reconceptualizar la pedagogía médica como práctica de cuidado

El cuidado radical, al entenderse como práctica política y relacional [10,12], invita a que la enseñanza clínica sea también una forma de cuidado mutuo. Esto implica reemplazar la lógica vertical y correctiva de la docencia por una pedagogía relacional basada en la presencia, la escucha y la corresponsabilidad.

En la práctica, esto puede traducirse en:

- Rediseñar los espacios de supervisión clínica como instancias bidireccionales de aprendizaje.
- Incluir módulos de reflexión ética y corporal sobre el vínculo pedagógico.

- Formar a tutores clínicos en competencias de comunicación, retroalimentación empática y manejo de conflictos interpersonales.

Estas acciones trasladan la ética del cuidado desde el discurso hacia la práctica cotidiana de la enseñanza médica, reforzando la idea de que enseñar y cuidar son actos inseparables.

2. Institucionalizar el cuidado como principio formativo

En el paradigma del cuidado radical, la sostenibilidad institucional depende de cómo se cuida a quienes sostienen el sistema [13,14]. Por ello, el cuidado debe integrarse formalmente en los currículos, perfiles de egreso y mecanismos de aseguramiento de la calidad.

Acciones posibles son:

- Incluir resultados de aprendizaje vinculados al trato digno, la empatía y la colaboración en los perfiles definidos por la Comisión Nacional de Acreditación.
- Desarrollar indicadores de "calidad relacional" que midan la experiencia de aprendizaje y el bienestar estudiantil.
- Incorporar evaluaciones cualitativas del entorno formativo en los procesos de acreditación.

Con ello, el cuidado deja de ser una competencia blanda para convertirse en un criterio de excelencia formativa, articulando ética, técnica y política educativa.

3. Reconocer y cuidar a quienes enseñan

Desde la ética del cuidado, no puede cuidarse a los pacientes sin cuidar a quienes cuidan. En Chile, los funcionarios/as del sistema público de salud que ejercen docencia asistencial son responsables de gran parte del aprendizaje práctico, pero sin reconocimiento académico ni tiempos protegidos.

En esta línea, se propone en concreto:

- Avanzar hacia un marco de docencia asistencial reconocida, con criterios de retribución y evaluación compartidos entre universidades y servicios de salud.
- Formalizar este principio en la Ley de Campos Clínicos (Boletín N° 14088-11), estableciendo el cuidado docente como componente esencial del convenio asistencial-docente.
- Crear programas de bienestar y acompañamiento emocional para tutores clínicos, reconociendo el impacto afectivo del rol formador.

De este modo, se institucionaliza la reciprocidad: quien enseña es también objeto de cuidado, y el sistema formativo se vuelve más sostenible.

4. Incorporar metodologías encarnadas e interdisciplinarias

El cuidado radical, en su dimensión performativa [15], plantea que el cuerpo no es solo medio de acción, sino fuente de conocimiento ético y político. Aplicar esta premisa en

la formación médica implica desarrollar metodologías que integren reflexión corporal, atención plena y práctica relacional.

Aplicaciones posibles:

- Incluir talleres de “escucha corporal”, simulaciones clínicas con enfoque en emociones y presencia.
- Trabajar con artistas, terapeutas y docentes de humanidades en proyectos transdisciplinarios.
- Implementar espacios de pausa, silencio o movimiento consciente en la rutina formativa, como estrategia de autorregulación y empatía.

Estas prácticas promueven una pedagogía encarnada del cuidado, donde el aprendizaje técnico se complementa con la capacidad de sentir, percibir y sostener al otro.

5. Construir una política intersectorial del cuidado

El cuidado radical tiene una dimensión política que interpela directamente a las estructuras de gobernanza [10,12]. En el caso chileno, esto exige un marco coordinado entre los Ministerios de Educación y Salud, que reconozca el cuidado como principio común.

Aquí se proponen acciones estructurales:

- Crear una Mesa Nacional de Cuidado y Formación Médica, con participación de ambos ministerios, universidades y servicios de salud, para elaborar lineamientos conjuntos.
- Incluir el cuidado como eje transversal en la Política Nacional de Formación y Retención de Especialistas.
- Destinar fondos concursables para proyectos de innovación pedagógica en torno a la ética y la práctica del cuidado.

En conjunto, estas cinco propuestas buscan traducir la ética del cuidado radical en una estrategia concreta de transformación. Su objetivo no es reemplazar el conocimiento técnico, sino complementarlo con una ética encarnada que devuelva sentido humano a la formación médica. Solo así podrá avanzarse hacia un sistema donde cuidar (a los pacientes, a los docentes y a las instituciones) se reconozca como la forma más profunda de excelencia.

Implicancias para la gobernanza y las políticas públicas

La discusión parlamentaria del proyecto de Ley de Campos Clínicos [9] constituye una oportunidad para traducir estos principios en una nueva gobernanza del sistema formativo. Desde el enfoque del cuidado radical, dicha ley no debiera limitarse a regular el acceso a los campos clínicos, sino a reconocerlos como espacios de cuidado institucional, donde convergen las misiones educativa, asistencial y humana del Estado. Una política intersectorial que integre bienestar docente, reconocimiento académico y acompañamiento pedagógico podría transformar los convenios asistenciales en alianzas de cuidado recíproco. Así, la sostenibilidad de la formación médica dejaría de medirse solo en número de

becas o cupos, para evaluarse también en la calidad relacional del proceso formativo y en su impacto sobre la práctica clínica.

Este horizonte de transformación institucional se alinea con otros avances normativos recientes en Chile, como la Ley N° 21 643, conocida como Ley Karin [16], que garantiza el derecho a una vida libre de acoso y maltrato laboral. Su promulgación evidencia un cambio cultural más profundo: el reconocimiento del cuidado como un principio jurídico y ético para las relaciones dentro del Estado. Integrar este enfoque en la formación médica permitiría anticipar y prevenir las mismas dinámicas de violencia y deshumanización que la ley busca erradicar en los espacios laborales.

En este sentido, tanto la discusión sobre los campos clínicos como la implementación de la Ley Karin [16] representan oportunidades complementarias para construir un marco de cuidado institucional coherente, donde la formación, el trabajo y la atención sanitaria se articulen en torno al respeto, la hospitalidad y la sostenibilidad humana.

En síntesis, el cuidado radical ofrece un marco no solo ético, sino también organizacional, para reconstruir la relación entre educación y salud. Adoptar este principio como base de la política formativa chilena, permitiría alinear la excelencia técnica con la sostenibilidad humana, haciendo del cuidado un eje transversal de la gobernanza sanitaria.

CONCLUSIONES

La formación médica chilena enfrenta un desafío estructural que trasciende la brecha entre oferta universitaria y demanda asistencial: reaprender a cuidar. En un sistema tensionado por la productividad y la fragmentación institucional, las prácticas formativas no siempre logran sostener la dimensión humana del aprendizaje ni la reciprocidad entre quienes enseñan y quienes aprenden. Este artículo ha planteado que el enfoque del cuidado radical [10–12], articulado con la ética política del cuidado y su expresión performativa en *Embodying Radical Care* [15], puede ofrecer un camino para repensar el sentido mismo de la formación médica. El cuidado radical propone una ética encarnada, que reconoce la interdependencia entre cuerpo, institución y territorio. Aplicado a la educación médica, implica entender el aprendizaje clínico como un proceso de relación y presencia, donde el conocimiento técnico se entrelaza con la sensibilidad ética. Desde esta perspectiva, enseñar medicina es también cuidar, y los espacios formativos deben configurarse como entornos de hospitalidad: lugares donde se recibe al otro en su diferencia y vulnerabilidad, y donde enseñar, acompañar y aprender se vuelven actos de justicia relacional.

Las cinco propuestas desarrolladas (reconceptualizar la pedagogía médica, institucionalizar el cuidado, reconocer a los docentes asistenciales, incorporar metodologías encarnadas e impulsar una política intersectorial del cuidado), constituyen un marco de acción concreto. En conjunto, delinean un proyecto de transformación cultural e institucional donde la calidad formativa no se mida solo en competencias técnicas, sino

también en la capacidad de generar vínculos éticos y sostenibles.

Este cambio requiere voluntad política, intersectorialidad y una revisión crítica de los indicadores de excelencia universitaria y sanitaria. El proyecto de Ley de Campos Clínicos [9], junto con la Ley N° 21 643 (Ley Karin) [16], representan oportunidades para materializar este giro cultural hacia una institucionalidad que no solo prevenga el maltrato, sino que organice el cuidado como principio de gestión y formación.

Los hallazgos teóricos y analíticos de este trabajo confirman que integrar los principios del cuidado radical en la formación médica puede contribuir efectivamente a revertir las culturas del maltrato, fortalecer los vínculos clínicos y mejorar la experiencia de atención tanto para los pacientes como para los equipos de salud. En este sentido, la radicalidad del cuidado no remite a un exceso de empatía, sino a la voluntad de transformar las estructuras que sostienen la vida, articulando una política del cuidado [10,12] que proviene de los feminismos y se proyecta hacia la sostenibilidad institucional del sistema sanitario. En última instancia, el cuidado radical permite comprender la práctica médica (y su enseñanza) como un acto de hospitalidad y de justicia relacional, donde cuidar es sostener la vida también dentro de quienes la sostienen.

Autoría KGF es el único autor de este artículo.

Conflictos de intereses El autor ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por Medwave, y declara no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable o a la dirección editorial de la Revista.

Financiamiento El autor declara que no hubo fuentes de financiación externas.

Idioma del envío Español.

Origen y revisión por pares No solicitado. Con revisión externa por cuatro pares revisores, en modalidad doble anónima.

REFERENCIAS

1. Jackson GL, Randall I, Melnyk SD, et al. Effect of the patient-centered medical home on patient experience. *J Gen Intern Med*. 2013;28: 210–6. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-1>
2. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*. 2016;7: 1227–31. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
3. Ministerio de Salud de Chile. In: Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas: marco operativo para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad [Internet]. Santiago: MINSAL; 2021. <https://sscoquimbo.cl/gob-cl/cira/files/2023/noviembre/ECICEP.pdf>
4. Ministerio de Salud de Chile. In: Orientaciones Técnicas sobre Trato Digno en la Atención de Salud, con Enfoque de Derechos y Género [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2022. https://ssbiobio.cl/public/docs/hospital_amigo/15___OOTT-Trato-Digno-en-Salud-Final.pdf
5. Bastías-Vega N, Muñoz F. Bullying y acoso en la formación médica de postgrado. *Rev Educ Cienc Salud*. 2011; Disponible en: 11–7. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/478648>
6. Bastías-Vega N, Pérez-Villalobos C, Alvarado-Figueroa D, Schilling-Norman M-J, Espinoza-Riffo M, Parra-Ponce P, et al. Maltrato en el pregrado de la carrera de Medicina: percepción de los estudiantes. *Rev méd Chile*. 2021;149: 617–625. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000400617>
7. Academia Chilena de Medicina. Maltrato y abuso en la educación médica y en la atención sanitaria: necesidad de un cambio cultural impostergable. Serie de Monografías Académicas. Santiago: Academia Chilena de Medicina; 2025. <https://doi.org/10.69700/sfyph767>
8. Ortiz-López S, Jáimes-Medrano A, Tafoya-Ramos A, et al. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cir Cir*. 2014; Disponible en: 290–301. <https://www.redalyc.org/journal/3497/349765682003>
9. Proyecto de ley que define a los establecimientos de salud como asistenciales-docentes y señala las características de la relación entre la red de salud y las instituciones de educación superior [Internet]. Boletín N° 14.088-11; ingresado el 16 de marzo de 2020. 2020.
10. Tronto JC. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge; 1993. <https://doi.org/10.4324/9781003070672>
11. Puig de la Bellacasa M. *Matters of Care: Speculative Ethics in More Than Human Worlds*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2017. <https://doi.org/10.1017/S2753906700002096>
12. The Care Collective. *The Care Manifesto: The Politics of Interdependence*. London: Verso; 2020.
13. Nikkel DH. *Radical Embodiment: Contemporary Protestant Continental Theology and the Psycho-Somatic Turn*. Eugene: Pickwick Publications; 2010.
14. Hamington M. Politics is not a game: The radical potential of care. *Hypatia*. 2011;26: 649–69. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2011.01214.x>
15. Valenzuela SP. In: *Embodying Radical Care*. En: *Dance Resonance – Artistic Attunement in Motion* [Internet]. Wien: Universität für Musik und darstellende Kunst Wien; 2025. <https://www.researchcatalogue.net/portal/announcement?announcement=3517517>
16. Ley N° 21.643, Establece un marco de prevención, investigación y sanción del acoso sexual, laboral y la violencia en el trabajo en el sector público y privado. 2024.

Toward an embodied pedagogy of care in specialist training in Chile: radical care and humanization in public health

ABSTRACT

The training of health specialists is a strategic component for the operational, human, and territorial sustainability of the public health system. However, Chilean university training models—primarily oriented toward technical efficiency—have tended to marginalize the relational and ethical dimensions of care, weakening the experience of care and diminishing trust in health institutions. From a theoretical–reflective perspective, this article explores the possibilities and tensions that arise when transferring the principles of radical care and their performative version, Embodying Radical Care to the field of specialist medical training in Chile, proposing that these approaches may contribute to reconfiguring medical training processes toward an embodied ethics of care. From this perspective, the article develops a comparative analysis of theoretical approaches that integrates care ethics, the politics of interdependence, and performative practice. Incorporating these perspectives could strengthen relational and affective competencies in clinical teaching, deepening the learning process through the ethics of radical care and recognizing bodily experience and ethical sensitivity as dimensions of professional formation. At the same time, these principles could improve the experience of care by fostering a culture that acknowledges interdependence among people, institutions, and territories, thereby consolidating a more humane and sustainable medical practice. Ultimately, this reflection seeks to offer conceptual foundations for public policies on training and humanization in health that understand care not merely as a technical act, but as an ethical, political, and aesthetic practice essential for the sustainability of the health system.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.