

## ***Educación en salud para una autonomía informada: ¿Cuándo comenzar?***

---

### ***Health Education for Informed Autonomy: When to Begin?***

*Señor Editor:*

La educación, en términos generales, sigue siendo una de las herramientas más poderosas para impulsar el cambio y el desarrollo de las personas y de las sociedades. En el ámbito sanitario, la educación en salud —entendida como el proceso orientado a los usuarios de los sistemas de atención y centrado en la promoción y la prevención— constituye un pilar fundamental para mejorar la salud individual y comunitaria. Este enfoque está respaldado por el modelo de atención integrada vigente en nuestro país, que busca alcanzar tales objetivos<sup>1</sup>. En este sentido, la educación en salud representa una oportunidad única en el actual contexto de transición epidemiológica y cultural. Esto resulta particularmente relevante dado que la atención sanitaria ha pasado de ser un proceso vertical y paternalista a uno más autónomo, donde los ciudadanos se enfrentan a decisiones trascendentales sobre temas como el final de la vida, la eutanasia y los cuidados paliativos.

Un ejemplo reciente de esta necesidad se refleja en un ensayo clínico aleatorizado publicado este 2025 en JAMA Network Open, que evaluó el impacto de una intervención en servicios de urgencia dirigida a adultos mayores con enfermedades avanzadas, con el fin de fomentar “conversaciones serias” sobre el cuidado al final de la vida. La intervención, implementada por enfermeras capacitadas, incluyó entrevistas motivacionales, conversaciones estructuradas y preparación comunicativa, con el propósito de

promover la planificación anticipada de cuidados y su documentación en la historia clínica. Aunque no se observaron diferencias significativas en el compromiso autopercibido de los pacientes al mes de realizada la intervención, sí se constató un aumento notable en la documentación de estas conversaciones a los tres y seis meses. Esto sugiere que la intervención puede constituir un punto de acceso crítico para iniciar discusiones sobre valores y preferencias en adultos mayores clínicamente estables, subrayando la importancia de intervenciones que promuevan un cuidado centrado en la persona y en sus deseos<sup>2</sup>.

En la misma línea, el artículo de Escudero et al., publicado hace un par de meses en esta revista, aporta evidencia relevante sobre la adecuación terapéutica y la toma de decisiones en situaciones críticas en los servicios de urgencia de nuestro país. Los autores enfatizan la necesidad de promover decisiones colaborativas y de incorporar formación bioética y protocolos claros que orienten prácticas centradas en el paciente<sup>3</sup>.

Complementariamente, el estudio de Palma et al, publicado hace poco más de una década, cuestionó la visión tradicional de que los pacientes latinoamericanos prefieren adoptar un rol pasivo en la toma de decisiones clínicas. Por el contrario, los resultados mostraron que los pacientes chilenos manifestaban una clara preferencia por recibir información completa y participar activamente en decisiones compartidas. Y aunque la mayoría pertenecía a un nivel socioeconómico bajo, la edad emergió como la única variable sociodemográfica con posible influencia en las preferencias de comunicación y decisión. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de promover procesos de comunicación efectiva y de toma de decisiones en cuidados paliativos, en concordancia con la legislación chilena que resguarda el derecho a la información y la autonomía del paciente<sup>4</sup>.

Frente a estos antecedentes, surgen preguntas fundamentales: ¿Cuándo deben iniciarse estas conversaciones difíciles? ¿Cuál es el mejor momento para ejercer nuestro rol de educadores en salud? ¿Debe hacerse únicamente con pacientes con enfermedades avanzadas, en servicios de ur-

gencia, en atenciones hospitalarias o en consultas ambulatorias? Si bien podría consensarse que la educación debe estar presente en todo momento, es necesario ir más allá y cuestionarnos: ¿Qué estamos haciendo, como formadores, para que nuestros estudiantes y futuros colegas asuman plenamente su rol de educadores de los pacientes? En una carta previa planteamos que, en la formación de pregrado, resulta imprescindible que las instituciones de salud y educación promuevan, incentiven y desarrollen competencias comunicacionales y éticas para la toma de decisiones complejas en diferentes escenarios clínicos<sup>5</sup>.

Sin embargo, aún podemos ir un paso más adelante y pensar en educar a los escolares chilenos. Aunque no todos seguirán carreras vinculadas a la salud, es indudable que todos, en algún momento, se relacionarán con el sistema sanitario en su calidad de usuarios. En esa dirección, el estudio de Burgos et al., describió una experiencia de educación en salud pública con escolares de séptimo y octavo básico de la

comuna de Padre Hurtado. La iniciativa, basada en la indagación científica en el contexto del barrio, mostró que estas estrategias pedagógicas fomentan la motivación y el aprendizaje en salud comunitaria, fortaleciendo además la autonomía, el pensamiento crítico y el vínculo de los estudiantes con su realidad socioambiental<sup>6</sup>.

A la luz de esta evidencia, parece claro que los médicos, llamados a liderar la educación en salud, estamos iniciando estos procesos demasiado tarde. Es preciso repensar nuestro rol y ampliar los espacios educativos para formar desde etapas más tempranas a los futuros ciudadanos, que serán al mismo tiempo nuestros colegas y pacientes.

En definitiva, aún queda mucho por hacer para responder a los desafíos de una realidad sociosanitaria cada vez más compleja. La tarea de educar en salud, de manera temprana y continua, es clave para construir sociedades más informadas, autónomas y preparadas para enfrentar decisiones que marcarán su calidad de vida y su dignidad.

Leonardo Soto G.<sup>1,2,\*</sup>, Javier Soto G.<sup>3</sup>, Emilia Soto G.<sup>4,a</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Unidad de Paciente Crítico Adulto (UPCA) Clínica Santa María, Santiago, Chile.

<sup>3</sup>CESFAM Alhué, Servicio de Salud Metropolitano Occidente, Santiago, Chile.

<sup>4</sup>Colegio Institución Teresiana, Santiago, Chile.

<sup>a</sup>Estudiante Enseñanza Media.

\*Correspondencia: Leonardo Soto / leonardo.soto@uss.cl

## Referencias

1. Soto L, et al. *Hacia un modelo de atención en salud para el siglo XXI: Breve historia del modelo de atención integrada en Chile*. *Rev Med Clin Condes*. 2021; 32(4): 373-378.
2. Ouchi K, et al. *Serious illness conversations in the emergency department for older adults with advanced illnesses: A randomized clinical trial*. *JAMA Netw Open*. 2025; 8(6): e2516582.
3. Escudero M, et al. *Adecuación terapéutica en nueve servicios de urgencia de Chile: Cuándo y cómo se aplica desde la urgencia*. *Rev Med Chile*. 2025; 153(2): 111-118.
4. Palma A, et al. *¿Cuánta información desean recibir y cómo prefieren tomar sus decisiones pacientes con cáncer avanzado atendidos en una Unidad del Programa Nacional de Dolor y Cuidados Paliativos en Chile?* *Rev Med Chile*. 2014; 142: 48-54.
5. Soto L. *La práctica médica del pregrado: Compartir un ejercicio de comunicación compasivo y empático*. *Rev Med Chile*. 2023; 151: 1549-1550.
6. Burgos S, et al. *Educación en salud a través del desarrollo de habilidades científicas en escolares chilenos*. *Salud Publica Mex*. 2017; 59: 276-284.