

Volumen 5 - Número Especial - Enero/Marzo 2018

REVISTA INCLUSIONES

REVISTA DE HUMANIDADES
Y CIENCIAS SOCIALES

ISSN 0719-4706

Salud y Bienestar Colectivo

REVISTA INCLUSIONES

EDITOR NÚMERO ESPECIAL

ALEX VÉLIZ BURGOS

UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS, CHILE

Portada: Felipe Maximiliano Estay Guerrero / Alex Véliz Burgos

221 B

WEB SCIENCES

CUERPO DIRECTIVO

Directora

Mg. © Carolina Cabezas Cáceres
Universidad de Los Andes, Chile

Subdirector

Dr. Andrea Mutolo

Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

Dr. Juan Guillermo Mansilla Sepúlveda

Universidad Católica de Temuco, Chile

Editor

Drdo. Juan Guillermo Estay Sepúlveda

Universidad de Los Lagos, Chile

Editor Científico

Dr. Luiz Alberto David Araujo

Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil

Cuerpo Asistente

Traductora Inglés

Lic. Pauline Corthorn Escudero

221 B Web Sciences, Chile

Traductora: Portugués

Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón

221 B Web Sciences, Chile

Portada

Sr. Felipe Maximiliano Estay Guerrero

221 B Web Sciences, Chile

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Carolina Aroca Toloza

Universidad de Chile, Chile

Dr. Jaime Bassa Mercado

Universidad de Valparaíso, Chile

Dra. Heloísa Bellotto

Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dra. Nidia Burgos

Universidad Nacional del Sur, Argentina

Mg. María Eugenia Campos

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Lancelot Cowie

Universidad West Indies, Trinidad y Tobago

Lic. Juan Donayre Córdova

Universidad Alas Peruanas, Perú

Dr. Francisco José Francisco Carrera

Universidad de Valladolid, España

Mg. Keri González

Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

Dr. Pablo Guadarrama González

Universidad Central de Las Villas, Cuba

Mg. Amelia Herrera Lavanchy

Universidad de La Serena, Chile

Dr. Aleksandar Ivanov Katrandzhiev

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Mg. Cecilia Jofré Muñoz

Universidad San Sebastián, Chile

Mg. Mario Lagomarsino Montoya

Universidad de Valparaíso, Chile

Dr. Claudio Llanos Reyes

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Dr. Werner Mackenbach

Universidad de Potsdam, Alemania

Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Mg. Rocío del Pilar Martínez Marín

Universidad de Santander, Colombia

Ph. D. Natalia Milanesio

Universidad de Houston, Estados Unidos

Dra. Patricia Virginia Moggia Münchmeyer

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Ph. D. Maritza Montero

Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Mg. Julieta Ogaz Sotomayor

Universidad de Los Andes, Chile

Mg. Liliana Patiño

Archiveros Red Social, Argentina

Dra. Eleonora Pencheva

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dra. Rosa María Regueiro Ferreira

Universidad de La Coruña, España

Mg. David Ruete Zúñiga

Universidad Nacional Andrés Bello, Chile

Dr. Andrés Saavedra Barahona

Universidad San Clemente de Ojrid de Sofía, Bulgaria

Dr. Efraín Sánchez Cabra

Academia Colombiana de Historia, Colombia

Dra. Mirka Seitz

Universidad del Salvador, Argentina

Dra. Leticia Celina Velasco Jáuregui

*Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores
de Occidente ITESO, México*

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Comité Científico Internacional de Honor

Dr. Adolfo A. Abadía

Universidad ICESI, Colombia

Dr. Carlos Antonio Aguirre Rojas

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Martino Contu

Universidad de Sassari, Italia

Dr. Luiz Alberto David Araujo

Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil

Dra. Patricia Brogna

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Horacio Capel Sáez

Universidad de Barcelona, España

Dra. Isabel Cruz Ovalle de Amenabar

Universidad de Los Andes, Chile

Dr. Rodolfo Cruz Vadillo

*Universidad Popular Autónoma del Estado de
Puebla, México*

Dr. Adolfo Omar Cueto

Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

Dr. Miguel Ángel de Marco

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Emma de Ramón Acevedo

Universidad de Chile, Chile

Dr. Gerardo Echeita Sarrionandia

Universidad Autónoma de Madrid, España

Dra. Patricia Galeana

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Manuela Garau

Centro Studi Sea, Italia

Dr. Carlo Ginzburg Ginzburg

Scuola Normale Superiore de Pisa, Italia
Universidad de California Los Ángeles,
Estados Unidos

Dr. José Manuel González Freire

Universidad de Colima, México

Dra. Antonia Heredia Herrera

Universidad Internacional de Andalucía, España

Dr. Eduardo Gomes Onofre

Universidade Estadual da Paraíba, Brasil

Dra. Blanca Estela Zardel Jacobo

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel León-Portilla

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel Ángel Mateo Saura

Instituto de Estudios Albacetenses “don Juan
Manuel”, España

Dr. Carlos Tulio da Silva Medeiros

Diálogos en MERCOSUR, Brasil

Dr. Álvaro Márquez-Fernández

Universidad del Zulia, Venezuela

Dr. Antonio-Carlos Pereira Menaut

Universidad Santiago de Compostela, España

Dr. José Sergio Puig Espinosa

Dilemas Contemporáneos, México

Dra. Francesca Randazzo

Universidad Nacional Autónoma de Honduras,
Honduras

Dra. Yolanda Ricardo

Universidad de La Habana, Cuba

Dr. Manuel Alves da Rocha

Universidade Católica de Angola Angola

Mg. Arnaldo Rodríguez Espinoza

Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica

Dr. Miguel Rojas Mix

Coordinador la Cumbre de Rectores Universidades
Estatales América Latina y el Caribe

Dr. Luis Alberto Romero

CONICET / Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Maura de la Caridad Salabarría Roig

Dilemas Contemporáneos, México

Dr. Adalberto Santana Hernández

Universidad Nacional Autónoma de México,
México

Dr. Juan Antonio Seda

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dr. Saulo Cesar Paulino e Silva

Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dr. Miguel Ángel Verdugo Alonso

Universidad de Salamanca, España

Dr. Josep Vives Rego

Universidad de Barcelona, España

Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Comité Científico Internacional

Mg. Paola Aceituno

Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile

Ph. D. María José Aguilar Idañez

Universidad Castilla-La Mancha, España

Mg. Elían Araujo

Universidad de Mackenzie, Brasil

Mg. Romyana Atanasova Popova
Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dra. Ana Bénard da Costa
Instituto Universitario de Lisboa, Portugal
Centro de Estudios Africanos, Portugal

Dra. Alina Bestard Revilla
Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte, Cuba

Dra. Noemí Brenta
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Ph. D. Juan R. Coca
Universidad de Valladolid, España

Dr. Antonio Colomer Vialdel
Universidad Politécnica de Valencia, España

Dr. Christian Daniel Cwik
Universidad de Colonia, Alemania

Dr. Eric de Léséulec
INS HEA, Francia

Dr. Andrés Di Masso Tarditti
Universidad de Barcelona, España

Ph. D. Mauricio Dimant
Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel

Dr. Jorge Enrique Elías Caro
Universidad de Magdalena, Colombia

Dra. Claudia Lorena Fonseca
Universidad Federal de Pelotas, Brasil

Dr. Francisco Luis Giraldo Gutiérrez
Instituto Tecnológico Metropolitano, Colombia

Dra. Carmen González y González de Mesa
Universidad de Oviedo, España

Mg. Luis Oporto Ordóñez
Universidad Mayor San Andrés, Bolivia

Dr. Patricio Quiroga
Universidad de Valparaíso, Chile

Dr. Gino Ríos Patio
Universidad de San Martín de Porres, Per

Dr. Carlos Manuel Rodríguez Arrechavaleta
Universidad Iberoamericana Ciudad de México, México

Dra. Vivian Romeu
Universidad Iberoamericana Ciudad de México, México

Dra. María Laura Salinas
Universidad Nacional del Nordeste, Argentina

Dr. Stefano Santasilia
Universidad della Calabria, Italia

Mg. Silvia Laura Vargas López
Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

Dra. Jaqueline Vassallo
Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Dr. Evandro Viera Ouriques
Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil

Dra. María Luisa Zagalaz Sánchez
Universidad de Jaén, España

Dra. Maja Zawierzeniec
Universidad de Varsovia, Polonia

Editorial Cuadernos de Sofía

221 B Web Sciences

Santiago – Chile

Revista Inclusiones

Representante Legal

Juan Guillermo Estay Sepúlveda Editorial

REVISTA
INCLUSIONES
REVISTA DE HUMANIDADES
Y CIENCIAS SOCIALES

CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL

221 B
WEB SCIENCES

Indización y Bases de Datos Académicas

Revista Inclusiones, se encuentra indizada en:



Information Matrix for the Analysis of Journals



CATÁLOGO



DOAJ DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS





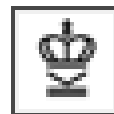
WZB

Berlin Social Science Center



uOttawa

Bibliothèque
Library



REX

BIBLIOTECA ELECTRÓNICA
DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA



Ministerio de
Ciencia, Tecnología
e Innovación Productiva



Uniwersytet
Wrocławski



Stanford University
LIBRARIES



PRINCETON UNIVERSITY
LIBRARY

WESTERN
THEOLOGICAL SEMINARY



ROAD

DIRECTORY
OF OPEN ACCESS
SCHOLARLY
RESOURCES

**UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA A LA PROMOCIÓN INSTITUCIONAL DE SALUD:
REFLEXIONES DESDE LA SALUD COLECTIVA**

**A CRITICAL APPROACH TO INSTITUTIONAL HEALTH PROMOTION:
REFLECTIONS FROM COLLECTIVE HEALTH**

Dr. Claudio Esteban Merino Jara

Universidad de Los Lagos, Chile

claudio.merino@ulagos.cl

Mg. Carlos Alberto Fernández Silva

Universidad de Los Lagos, Chile

carlosalberto.fernandez@ulagos.cl

Mg. Clara Ivonne López Andrade

Universidad de Los Lagos, Chile

clara.lopez@ulagos.cl

Fecha de Recepción: 20 de noviembre de 2017 – **Fecha de Aceptación:** 07 de diciembre 2017

Resumen

Desde la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, gradualmente se ha cristalizado desde la política pública un discurso que vincula este nivel de atención con prácticas de salud asociadas al fortalecimiento comunitario, desarrollo territorial en el contexto de un modelo de salud familiar y comunitario. Este ensayo propone un análisis crítico respecto de la articulación de Atención Primaria, el territorio y las comunidades, desde la perspectiva de derechos en salud, el posicionamiento sociopolítico de los actores que actúan en el campo social-territorial y el papel de las instituciones en la intervención comunitaria. Considerando estos aspectos, se concluye que las actividades de promoción y prevención de salud quedan relegadas al ámbito profesional en coherencia a los lineamientos de política pública nacional, no obstante, no favorecen desarrollo sanitario situado de carácter endógeno, debido a que la comunidad se considera como un actor político secundario en el proceso salud, enfermedad y cuidado, manteniendo un estatuto epistémico subalterno de objeto de intervención mediado por enfoques de atención biomédico-psicosocial que no logran relevar los problemas estructurales de desigualdad social que afectan el bien-estar.

Palabras Claves

Derecho a la salud – Políticas públicas de salud – Salud colectiva

Abstract

Since the implementation of the strategy of Primary Health Care, has gradually crystallized a speech from public policy that links this level of attention with health practices associated with community strengthening, territorial development in the context of a family and community health model. This essay proposes a critical analysis regarding the articulation of Primary Care, the territory and the communities, from the perspective of rights in health, the socio-political positioning of the actors that act in the social-territorial field and the role of the institutions in the community intervention. Considering these aspects, it is concluded that health promotion and prevention activities are relegated to the professional field in coherence with the national public policy guidelines, however, they do not favor the situated health development endogenously, due to the community is considered a secondary political actor in the health, illness and care process, maintaining a subaltern epistemic status of intervention object mediated by biomedical-psychosocial care approaches that fails to relieve the structural problems of social inequality that affect the well-being.

Keywords

Right to health – Health public policy – Collective health

Introducción

En los primeros años de la década de 1980 se implementa la estrategia de Atención Primaria en Chile. Coherente con los lineamientos de la dictadura cívico-militar se prioriza la descentralización administrativa del Estado, se fortalece la iniciativa privada en materia de políticas públicas y se reduce el rol estatal a una figura subsidiaria, que se tradujo en los hechos en desinversión en materia de seguridad social. Eliminado el Servicio Nacional de Salud en 1979, se crean Servicios Regionales de Salud que administran los establecimientos hospitalarios; los consultorios y postas rurales son traspasados a los municipios, argumentando que esto propiciaría acciones de salud con carácter descentralizado con un fuerte componente territorial. No obstante, la represión armada como estrategia para mantener el orden social, impidió desarrollar acciones de salud participativas con énfasis comunitario. Los lineamientos regresivos en materia de financiamiento de políticas sociales afectaron sensiblemente a la población dejando al término de la dictadura una sociedad con un 45% de pobreza¹, con alta desigualdad social y dividida en una dinámica de amigo-enemigo producto de la fragmentación social consolidada durante el régimen militar. Iniciado los gobiernos democráticos en 1990, las políticas sanitarias son ajustadas, retocadas sin modificar los pilares fundantes de la dictadura, se reestructuran las acciones de Atención Primaria a través de un estatuto administrativo que permite mejoras sustantivas en los trabajadores del sector, se mantiene el rol subsidiario del Estado focalizando los recursos a los sectores más pobres y se incorpora el componente de equidad. El traspaso de los consultorios a la administración municipal se consolida en 1992, implementándose la estrategia de Atención Primaria bajo pilares sustentados en los derechos y deberes en salud, participación y desarrollo territorial, con énfasis en la agenda democrática de reestructuración del tejido social.

Este ensayo, analiza críticamente el modelo de salud desde los postulados de salud colectiva, los argumentos se sustentan en tres ejes, el primero cuestiona la estrategia de Atención Primaria desde los mitos fundantes de Alma Ata, señalando que esta estrategia no cuestiona aspectos medulares de la distribución de los ingresos y del ordenamiento político paternalista, propiciando modelos centralizados de desarrollo con precario margen de incidencia de las comunidades y profesionales que promueven una salud situada. Luego se analiza sumariamente la relación asimétrica que existe en el campo de la salud, específicamente la relación profesional-usuarios, señalando que la integralidad de la atención de salud, sólo está referida como modelo de intervención que oscila entre una modalidad psicosocial-familiar y un enfoque clásico biomédico, sin embargo la institucionalidad sanitaria no aborda al sujeto como un inter actor diferenciado de su rol de usuario, negando la posibilidad de la emergencia de una salud autónoma-situada. Considerando estos aspectos, se señalan algunas posibilidades desde la salud colectiva.

I.- Respecto de la integralidad de la atención de salud

La relación entre calidad de vida, bienestar físico y salud es un discurso que se instaló como hegemónico y adoptó vertientes de interpretación territorial en los distintos gobiernos del mundo posterior a las políticas de postguerra. Con la creación de la

¹ R. Ffrench-Davis, Chile entre el neoliberalismo y el crecimiento con equidad (Santiago: J. C. Sáez Editor, 2014).

Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948², se instalaba en el plano discursivo gubernamental la relación de salud como un derecho humano a alcanzar y que dependiendo de la capacidad operativa de los países, así como de su infraestructura y recursos debía estar acorde a las condiciones de desarrollo de cada país. En términos ideológicos, políticos y económicos, además de históricos, las orientaciones de la OMS eran observadas como revolucionarias y acordes a los nuevos tiempos en que la reconstrucción económica de los países abatidos por la guerra, así como la recuperación de la cohesión social constituían procesos biopolíticos importantes para resguardar gubernamentalidad. En el plano político-económico, posterior a la crisis de 1930, la ideología imperante del liberalismo dio paso a un modelo de corte más estatista debido a que no lograba dar respuesta a la crisis, afectando entre otras cosas, la comprensión de la dinámica política de los agentes económicos, derivando en pérdida de certidumbre para interpretar e intervenir la dinámica social. En este contexto el cambio de paradigma hacia un modelo keynesiano, sumado a la emergencia de los Estados de Bienestar generaron una transformación en lo económico incidiendo fuertemente en la forma como se relacionaba el Estado con la población vía políticas sociales que, resguardando las variaciones territoriales, conllevó una fuerte presencia estatal en políticas sensibles en materia de educación, salud y vivienda como mecanismo base para superar la pobreza y orientar el progreso económico social para lograr desarrollo, "*la crisis económica por un lado, la guerra europea por el otro, potencian la importancia otorgada a la preservación del "capital humano"*"³.

En la década de 1970 una serie de conferencias internacionales apuntaron en esta dirección abordando distintas áreas como medio ambiente, desarrollo, población, industria, entre otros aspectos. Pires-Alves y Cueto señalan que Alma Ata y su propuesta sanitaria sustentada en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) integraría esta cadena de conferencias orientadas a promover el desarrollo, en la cual, el factor salud es preponderante para impulsar el crecimiento económico.

“Um conjunto de conferências internacionais temáticas. Foram enumeradas as conferencias sobre Meio Ambiente (Estocolmo, 1972), Matérias Primas e Desenvolvimento (Nova Iorque, 1974), População (Bucareste, 1974), Alimentos (Roma, 1974), Direito dos Mares (Caracas, 1974 e Genebra, 1975), Indústria (Lima, 1975) e, numa citação, a Conferência Mundial sobre o Emprego, então em preparação. Esses encontros internacionais e outros não enumerados podem ser considerados como conformando um ciclo de conferências que se prolongaria até a proximidade do final da década de 1970 e alguns autores referem esses eventos como sendo componentes de uma espécie de agenda ampliada da NOEI⁴ Sem compromisso com essa classificação, este ensaio procura observar a Conferência Internacional Sobre Atenção Primária de Saúde, em Alma-Ata, 1978, como uma das tardias desse ciclo”⁵.

² M. Cueto; T. Brown y E. Fee, El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. Apuntes Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Vol. 38, Nº 69 (2011) 129-156.

³ S. Belmartino, Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años 40`. En Revista Salud Colectiva, Vol. 3, Nº 2, (2007) 181.

⁴ Nova Ordem Econômica Internacional.

⁵ F. Pires-Alves y M. Cueto, A década de Alma-Ata: A crise do desenvolvimento e a saúde internacional. En Revista Ciência & saúde coletiva. Vol. 22, Nº 7, (2017) 2138.

El argumento desarrollado por Pires-Alves y Cueto en *A década de Alma-Ata: A críce do desenvolvimento e a saúde internacional*, tiene sentido histórico y estratégico al ver las implicancias actuales de las políticas de salud como mecanismo orientado para fortalecer el desarrollo, en el cual, el componente territorial, participativo de APS constituye un insumo importante para el resguardo de la salud de la población e inherentemente fortalece la fuerza productiva ahora contemplada como capital humano. Los hitos políticos en la configuración global sanitaria de la OMS y Alma Ata son relevantes en la medida que se comprende que el diseño de las políticas sanitarias no solo están dirigidas al mejoramiento de la salud física corporal de la población, además se involucran otras variables cualitativas relacionadas con hábitos, costumbres y estilos de vida de matriz sociológica y antropológica, otorgando a los agentes de salud un poder orientado al disciplinamiento del cuerpo que contiene la enfermedad, de carácter biomédico, y por otra parte, mucho más peligroso, un poder sobre su conducta de índole psicosocial. Ambos componentes constituyen el poder hegemónico sanitario que mantiene fuerte correlato con el modelo económico, político social neoliberal que sustenta la estructura base de la dinámica de sociedad actual. Ligado a esto la estrategia de APS otorgó un pilar principal al componente participativo, factor que permitió distintas líneas de fuga para comprender la salud como un derecho o instar a la democratización de la salud abarcando un abanico amplio de posibilidades desde interpretaciones críticas de carácter autónomo⁶, hacia aquellas de índole conservador-institucional, de carácter funcionalista, coherentes al sistema productivo de regularización económica de recursos escasos. Sin embargo, estas directrices técnico políticas en el contexto de postguerra corresponden al marco de orientaciones de regulación pasiva, instaladas desde organismos internacionales, así como de los propios gobiernos nacionales hacia su población y en la mayoría de los casos no hicieron eco a propuestas en el plano de las acciones que se venían desarrollando desde los movimientos sociales, a través de organizaciones de trabajadores, los cuales desde distintas trincheras de su posicionamiento social evidenciaban con claridad la relación entre las enfermedades y los problemas sociales⁷. Profesionales, dirigentes sociales e intelectuales de distintos campos del conocimiento que adscribían –consciente e inconscientemente- a esta crítica social, realizaban especial énfasis en el análisis de los procesos de industrialización y las consecuencias negativas en la vida de las personas; precarias condiciones laborales, bajos ingresos y la ausencia de mecanismos eficaces para resguardar el ejercicio mínimo de derechos para sustentar el desarrollo de la vida se reflejaban en altas tasas de mortalidad infantil, mortalidad de la madre y mortalidad general. En el contexto de la herencia de la ideología liberal, la ausencia de un Estado orientado al resguardo de garantías mínimas en materia de políticas sociales, precaria regulación del sistema laboral y la preponderancia de un sistema de organización social sustentando en el individualismo, en el cual, la responsabilidad del cuidado de la vida estaba en manos del propio sujeto, la familia, en algunos casos de la caridad filantrópica y del Estado, favorecía un escenario adverso de injusticia y opresión hacia un sector mayoritario de la sociedad. Esta modalidad centrada en los derechos y libertades individuales no cambia sustantivamente con el advenimiento de una sociedad regulada por la impronta del

⁶ M. Liborio, ¿Por qué hablar de salud colectiva? En Revista Médica del Rosario. Vol. 79, Nº 3 (2013) 136-141.

⁷ H. Spinelli y M. Testa, Del diagrama de Venn al nudo de borromeo: Recorrido de la planificación en América Latina. En Revista Salud Colectiva. Vol. 1, Nº 3 (2005) 323-335; M. Illanes, En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia: historia social de la salud pública en Chile. 1880-1973 (Santiago: Ministerio de Salud, 2010) y C. Merino, Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria neoliberal en Chile. 1960-1998 (Osorno: Ediciones Universidad de Los Lagos, 2016).

bienestar, debido a que la estrategia más que orientar los beneficios sociales como garantía básica para favorecer el desarrollo integral de las familias, comunidades y territorios, tenía como sustrato la armonización social vía políticas sociales⁸, las cuales, generaban beneficios sin cambiar los aspectos medulares del sistema de organización productivo-social, perpetuando las externalidades negativas derivadas del impacto ambiental, la consecuencias de las dinámicas laborales en la salud de los trabajadores, la concentración de las riquezas y la ausencia de garantías para posibilitar el desarrollo íntegro de las personas. Como señala Del Lano

“La política de salud de muchos países, siguiendo la estela del Lalonde, actúa sobre servicios de salud, estilos de vida y entorno, sin embargo, no trata de alterar la distribución de la renta que es una variable que impacta decisivamente en las cada vez mayores diferencias entre mortalidad y morbilidad”.⁹

En este horizonte las políticas de salud estarán más enfocadas a lograr sistemas técnicos de mantención de la vida orientada a la productividad, fortalecer la resistencia corporal a las extenuantes jornadas laborales y garantizar al sistema económico un crecimiento demográfico acorde a las exigencias estratégicas de la seguridad nacional. El cuidado de la vida tendrá un fuerte componente estratégico táctico-político.

Resguardando los aportes de las estrategias de APS en el plano de la discusión técnica respecto del abordaje de la atención integral en salud, el hito de Alma Ata, constituyó una variante sofisticada para reducir los aportes económicos de los países desarrollados a los países en vía de alcanzar ese desarrollo, o definitivamente aquellos en situación de pobreza, debido a que se externalizó en la comunidad el cuidado de su salud, al considerar los estilos de vida, conducta y hábitos culturales variables sensibles para el resguardo de la salud, al mismo tiempo, se priorizó el fortalecimientos de centros de salud orientados a facilitar promoción, prevención y participación ciudadana en salud para promover patrones culturales saludables, lo cual implicó, que el foco de los recursos se destinaran a APS en desmedro del mejoramiento de infraestructura de hospitales públicos de especialidades, directrices en coherencia a los lineamientos del Banco Mundial¹⁰, sin embargo, esta necesidad gradualmente fue cubierta por el mercado privado de salud, lo que implicó un lucrativo negocio para la industria debido al carácter inelástico de las enfermedades catastróficas o que ameritan mayor nivel de especialidad en la atención. Al respecto Carlos Montoya-Aguilar se refiere a la impronta democrática y participativa de este nivel de atención como un sofisticado mecanismo para la reducción de costos en salud.

“Para los representantes de los países miembros de la OMS ofreció la ilusión de ser un camino para lograr una cobertura extensa, efectiva y barata con servicios de atención de salud en los países en desarrollo, muchos de los cuales se habían independizado recientemente y carecían de recursos. Se tomaron para ello elementos de las culturas autóctonas, tales como la atención por parteras tradicionales y el uso de medicamentos

⁸ M. Illanes, *Cuerpo y sangre de la política: La construcción histórica de las Visitadoras Sociales*, Chile. 1987-1940 (Santiago: Lom, 2007).

⁹ J. Del Lano, *Revisitando el Informe Lalonde 40 años después: Panacea, moda y realidad*. En *Revista Gestión Clínica y Sanitaria*. Vol. 17. Nº 3 (2015) 79.

¹⁰ Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud* (Banco Mundial, 1993) y Banco Mundial, *La larga marcha: Una agenda de reformas para la próxima década en América Latina y el Caribe* (Banco Mundial, 1998).

naturales. No se requería una solidaridad financiera elevada de parte de las naciones ricas, ex potencias coloniales”.¹¹

La atención primaria y su legado destinado a promover estilos de vida saludables, no solo debía ser abarcado por el sector estatal sanitario, también era responsabilidad del incipiente mercado privado que, desde la década de 1980 experimentó un crecimiento exponencial¹², lo que fortaleció el valor de la libertad en salud y el derecho a elegir el prestador sanitario acorde a las necesidades del individuo y su capacidad de pago. No obstante, esta libertad no se expresó en la capacidad de decidir respecto de los lineamientos sanitarios acorde a las necesidades territoriales para lograr desarrollo endógeno¹³.

II.- Una aproximación desde la salud colectiva

La capacidad de elegir el prestador de salud permitió el acceso a servicios sanitarios mediados por la capacidad de pago de la población expresada en gasto de bolsillo o mediante seguro, diferenciando la atención de salud de la población según la cobertura del seguro voluntariamente convenido. Generalmente las personas que por escasez de recursos, precariedad laboral, entre otros factores estructurales negativos, no pueden acceder a esta modalidad de “libre elección”, acceden al servicio de salud público, sin tener la posibilidad de elegir al personal clínico o la institución prestadora de servicios sanitarios, invisibilizando variables del mercado de salud contemporáneo de índole subjetivo que operan de hecho en la realidad con fuerte carácter coercitivo en la representación simbólica de las personas y en la reproducción de las desigualdades, entre ellas se puede mencionar: la capacidad hotelera, disponibilidad de especialistas, ubicación territorial entre otros. Excluyendo esas variables, tanto el sistema público como privado adolecen de un componente participativo que permita generar coherencia territorial de la atención de salud, debido a que las actividades de corte participativo se orientan a la realización de talleres de connotación epistémica descendente, según la mirada del personal técnico-clínico hacia la comunidad, impidiendo el desarrollo de una salud situada-colectiva.

Otro factor a considerar, es que mayoritariamente las instituciones de salud pública realizan actividades de promoción y prevención, principalmente para mantener coherencia ideológica con el modelo de salud familiar-comunitario y su correlato con APS, negando la posibilidad de comprender la salud desde una mirada que sature las estrategias institucionales de intervención para instalarla como un derecho gravitante en la calidad de vida y el bien-estar; en el caso de instituciones de salud privada, priorizan aquellas actividades de atención curativa debido a que esas prestaciones permiten incrementar las utilidades por unidades de servicios, de esta forma se genera una correlación inversa, mientras más pobre es la persona que accede a una prestación de salud mayor es la posibilidad de acceder a actividades de promoción y prevención, por el contrario, aquellas personas que tienen mayores ingresos tienen más oportunidades de acceder a servicios

¹¹ C. Montoya-Aguilar, Los médicos en el sistema de salud. Categorías, variantes históricas en diversos países. En Cuadernos Médico Sociales. Vol. 56. Nº 1 (2016) 75.

¹² C. Molina, Institucionalidad sanitaria chilena. 1889-1989 (Santiago: Lom, 2010).

¹³ J. Breilh, La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. En Revista Salud Colectiva Vol. 6, Nº 1 (2010) 83-101 y C. Merino y M. Torres, Participación en salud y desarrollo territorial: Experiencia sanitaria en una comuna del sur de Chile. En Revista Ciencia y Enfermería. Vol. 21, Nº 1 (2015) 115-125.

sanitarios de nivel de especialidades. Al respecto, el estudio sobre desigualdades del Programa para las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Chile 2017, evidencia una brecha significativa en la percepción que tienen las personas categorizadas económicamente como pobres ante la posibilidad de acceder a tratamiento frente a enfermedades de naturaleza catastrófica o de riesgo vital. Las personas ubicadas en el quintil 1¹⁴ señalan que su posibilidad de acceder a un tratamiento corresponde a un 16,5% en contraste con aquellas personas del segmento económico más alto, quintil 5, que tienen un nivel de confianza de acceder a tratamiento de un 63,5%. Desigualdad expresada en el campo de la salud que diferencia entre una salud para pobres de una salud para ricos, implicando un importante costo psicosocial para aquellas personas que vivencian la desigualdad en los distintos ámbitos de la vida.

¿Qué desafíos pueden ser abordados desde la salud colectiva?

Las acciones sanitarias de índole institucional se han acercado importantemente al cuidado integral de la salud, principalmente con enfoques que se han fortalecido estos últimos años, como la relación de salud basada en determinantes sociales, aquellos orientados hacia la equidad o la salud sustentada en un marco de derechos, sin embargo, no se ha cuestionado entre otras cosas, la relación asimétrica de poder que existe entre el personal de salud y los usuarios, prevaleciendo una relación en la cual se aplica políticas públicas de salud en contexto local, no obstante, no se logra favorecer el desarrollo en el sentido amplio del término debido a que el componente territorial, cultural y ciudadano finalmente actúa como variables complementarias a la medicina tradicional. En Chile, la discusión técnica se ha centrado en la opción por enfoques de atención de salud biomédico versus psicosocial, debate delimitado por una discusión técnico-académica que no logra permear la dimensión política del campo de la salud más allá de los muros institucionales, por ejemplo, no se observa con relativa frecuencia denuncias de actores de salud en materia de vulneración y violación de derechos humanos al constatar la presencia de externalidades negativas relacionadas con un modelo productivo, o en específico, el comportamiento de una industria y el daño que esa actividad produce en la salud del territorio, la vida humana y no humana, entre otras cosas por el fuerte carácter técnico de las disciplinas de salud, hecho que deriva finalmente en la intervención de la patología de forma individual independiente de la mediación de un modelo psicosocial o biomédico. Se invisibiliza a través de la técnica la causalidad estructural del malestar, daño o dolencia.

Consideramos que la salud colectiva puede dar luces para iniciar un cambio epistémico respecto del estatuto de objeto que actualmente vivencia el sujeto negado de la salud. En este sentido, la salud colectiva se presenta como un movimiento militante que adopta elementos de la salud social, salud pública entre otras, con un fuerte componente interdisciplinario superando la clásica relación entre ciencias sociales y ciencias de la salud, considerando categorías de la física y otras ciencias que puedan ayudar a comprender la compleja dinámica que ocurre en el campo de la vida¹⁵. Otros movimientos relacionados con el derecho a salud de igual forma consideran la historia, el contexto y la

¹⁴ Medición de la pobreza según indicadores socioeconómicos determinados por la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica Casen. Ver Ministerio de Desarrollo Social (<http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/ipc/Valor%20CBA%20y%20LP's%2017.10.pdf>)

¹⁵ E. Duarte, Paradigma de la salud colectiva: Breve reflexión. En Revista Salud Colectiva. Vol. 10. Nº 1 (2014) 57-65.

cultura donde se sitúa la enfermedad y su cuidado, no obstante, la mayoría no puede contemplar la salud como una dimensión fuera de la intervención institucional. Autores como Rafael Huertas han analizado los efectos hegemónicos de la salud institucional y la cristalización de su discurso sanitario argumentados como la única forma posible para abordar los procesos salud-enfermedad, independiente que consideren terapias complementarias o medicina alternativa o ancestral, estas siempre se sitúan en una posición de subalternidad frente a la medicina occidental tradicional, en el que se instaura un relato que externaliza en los sujetos y sus estilos de vida la principal causa de las enfermedades, negando la posibilidad de modificar patrones de comportamiento del sistema productivo económico que afectan e inciden considerablemente sobre la calidad de vida de las personas, la desarticulación social y las relaciones sistémicas entre el territorio, la vida humana y no humana.

“La concepción individualista de la salud no sólo permite, como hemos visto, ignorar las causas sociales del enfermar, sino que se sitúa en coordenadas ético-estéticas enormemente conservadoras y clasistas, por cuanto el cuidado de la salud y el culto al cuerpo –salud y belleza– se convierten en rasgos diferenciadores y definitorios de la clase dominante”¹⁶

Esto tiene varias implicancias desde el punto de vista de la autodeterminación sanitaria territorial y los modelos de desarrollo endógenos que se desprenden de los estilos de vida que sustentan la base del cuidado mutuo en comunidad, como la posibilidad de incidir en las acciones sanitarias desde un punto de vista situado, manteniendo coherencia con las características socioculturales de un territorio, así como su base productiva, relevando en un primer plano los niveles de desigualdad, condiciones estructurales de las viviendas, sistema escolar local, etc. un conjunto de elementos que no pertenecen al sector salud, sin embargo, lo definen, modulan y configuran.

El estatuto epistémico-ontológico del objeto que constituye el fenómeno de la salud debe sufrir serias modificaciones que impliquen literalmente una revolución paradigmática, debido a que las acciones están centradas en un objeto receptor de políticas sociales, algunas veces con componentes más lúdicos con aspiraciones democráticas, sin embargo, olvidado como actor social. En este aspecto consideramos que la salud colectiva genera aportes considerables para facilitar el espacio de posicionamiento de las personas, familias, grupos y comunidades, al cuestionar las fronteras entre el personal clínico tratante y los usuarios, respetando la complejidad inherente a los procesos sociales, historia e interacción con la naturaleza, considerando que las fronteras entre los lineamientos institucionales de salud, sus actores, etc., tienen delimitaciones artificiales¹⁷, puesto que existen bordes borrosos que impiden la nitidez para diferenciar en términos positivistas la relación de sujeto-objeto, así como el bien-estar –mal-estar como dualidades fácilmente identificables, diferenciables en un sentido cartesiano.

En Chile y Latinoamérica existen experiencias significativas respecto de la construcción social colectiva de una salud en base a pilares de solidaridad y cuidado mutuo en sociedad, como eran las Mutualidades, en su expresión histórica en Chile como Sociedades de Socorros Mutuos que datan desde 1855, en los cuales, la comunidad organizada al margen de la acción estatal desplegaba acciones de salud, educación y

¹⁶ R. Huertas, Neoliberalismo y políticas de salud (Madrid: El viejo Topo, 1998), 116.

¹⁷ F. Almeida, Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones. Vol. 2, Nº 2 (2006) 123-146.

protección social, con un claro discurso enfocado a la lucha de las desigualdades sociales como causa del mal-estar de la sociedad. Estas experiencias gradualmente desaparecidas de la memoria, son reemplazadas por un modelo centrado exclusivamente en los actores profesionales como articuladores de las acciones sanitarias, siempre moduladas por el cumplimiento de metas centradas en miradas epidemiológicas tradicionales, en este sentido, concordamos con Breilh al considerar que los diagnósticos y acciones de salud deben mirar la complejidad de las interacciones de los diversos campos que interactúan en la realidad.

Los diagnósticos de la salud de una ciudad, no pueden hacerse por esquemas formales cartesianos y lineales de datos de plano empírico, y sólo basarse en estadísticas y capas geoespaciales de efectos o indicadores observables, cuantificables, sino que deben integrar todas las relaciones de la determinación de una manera que permitan interpretar la génesis de dichos efectos observables¹⁸.

En este sentido las nuevas oportunidades que contribuyen a re-conceptualizar la salud desde miradas no institucionales, facilitan pliegues de campos sociales en disputa respecto de las consideraciones situadas de los colectivos para significar sus prácticas sociales y sus aspiraciones para mejorar su bien-estar. La salud en este sentido se observa interpelada en su carácter no militante, constituyendo un eslabón hegemónico conservador impermeable a las demandas político-sociales relacionadas con las luchas de resistencia ante proyectos hidroeléctricos, el impacto de las empresas forestales, mineras, etc. es decir, sobre la intervención neoliberal y la privatización de bienes públicos como el aire, la tierra, el subsuelo y el mar. Las prácticas clínico-asistenciales deben estar situadas en los territorios para fortalecer el desarrollo, pero desde plataformas que permitan mediar los ejes estratégicos de los lineamientos sanitarios nacionales, con un fuerte componente activo de las comunidades, lo cual implica, que las instituciones sanitarias deben sincerar sus posiciones respecto de los lineamientos técnico-político-productivos que intervienen y modifican un territorio e inciden en la calidad de vida.

Conclusiones

Desde la operacionalización de las políticas asociadas a atención primaria posterior a su definición estratégica en Alma-Ata, se ha argumentado que las acciones en las atenciones de salud han tratado de abordar la integralidad del cuidado de la vida considerando el territorio, la cultura de las personas y los estilos de vida como variables gravitantes en la relación salud, enfermedad y cuidado. No obstante, este artículo, desde una perspectiva crítica cuestiona la artificialidad de las prácticas discursivas sanitarias que profieren incorporar en sus lineamientos sanitarios la integralidad de la atención. La pertinencia territorial institucional sanitaria funciona en base a cierta virtualidad, debido a que los lineamientos sanitarios son de carácter descendente o macro-estructurales, aplicados en perspectiva local, incorporando auxiliariamente las variables relevantes para favorecer el desarrollo endógeno que, traducido en la aplicación de políticas públicas locales, satisfacen la demanda de necesidades que las propias instituciones contribuyen a crear, consolidando la relación de dependencia, alejando el camino a prácticas orientadas al bienestar colectivo con carácter situado y autónomo.

La discusión de las políticas públicas en Atención Primaria está centrada en el debate profesional-técnico respecto del modelo de intervención que se debe aplicar en los

¹⁸ J. Breilh, La epidemiología crítica: Una nueva forma... 89.

territorios y en la puesta en práctica de una salud de corte biomédico/psicosocial o una mixtura de ambos, más un abanico de enfoques vinculados a equidad, determinantes sociales, interculturalidad, derechos y deberes de los usuarios, entre otros, propiciando una salud de intervención familiar de índole psicosocial con componentes asociados a la división espacial del territorio según consideraciones epidemiológicas. El actor principal de las prácticas sanitarias continua en el eje de los profesionales y las distintas metodologías de intervención del campo social, es decir, el actor negado de la salud son las comunidades, pese a que se despliega un discurso democrático centrado en derechos que, finalmente constituyen mecanismos de inmunidad institucional para validar una función social.

El sesgo hegemónico que persiste en las atenciones de salud y su componente lúdico-participativo, evidencia la noción de subalternidad en las prácticas comunitarias, no sólo en la separación simbólica entre una clase profesional y la comunidad, además en la puesta en práctica de un discurso orientado a la educación como medio ortopédico para modificar conductas que desde la elite técnico política constituyen anomalías que deben ser encausadas hacia parámetros normativos epidemiológicos, considerando como esquema una salud unidimensional insensible a las cosmovisiones, a las prácticas solidarias territoriales y a la variedad de visiones de bien-estar que finalmente otorgan sentido a la vida. El eje de la discusión no debe estar centrado en los modelos de intervención o las estrategias metodológicas para aplicar ciertos enfoques de política pública, por el contrario, el grado revolucionario de las acciones ligadas al bienestar colectivo en gran medida estará soportado por la capacidad de flexibilidad que tienen las instituciones sanitarias para incorporar proyectos políticos de los territorios en sus acciones programáticas, situando a las instituciones de salud como actores relevantes desde su posición en el campo social, productivo-económico y su coherencia como garante de una sociedad de derechos, entre ellos, la salud.

Bibliografía

Almeida, F. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones. Vol. 2, Nº 2 (2006) 123-146.

Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Banco Mundial. 1993.

Banco Mundial. La larga marcha: Una agenda de reformas para la próxima década en América Latina y el Caribe. Banco Mundial. 1998.

Behm, H. Determinantes económico y sociales de la mortalidad en América Latina. En Revista Salud Colectiva. Vol. 7, Nº 2 (2011) 231-253.

Belmartino, S. Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años 40`. En Revista Salud Colectiva, Vol. 3, Nº 2, (2007) 117-202.

Breilh, J. La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. En Revista Salud Colectiva Vol. 6, Nº 1 (2010) 83-101.

Cociña, M.; Frei, R. y Larrañaga, O. Desigualdades: Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile. Santiago: PNUD. 2017.

Cueto, M. The origins of primary health care and selective primary health care. En Revista American Journal of Public Health. Vol. 94, Nº 11 (2004) 1864-1874.

Cueto, M; Brown, T. y Fee, E. El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. Apuntes Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Vol. 38, Nº 69 (2011) 129-156.

Del Lano, J. Revisitando el Informe Lalonde 40 años después: Panacea, moda y realidad. En Revista Gestión Clínica y Sanitaria. Vol. 17. Nº 3 (2015) 79-80.

Duarte, E. Paradigma de la salud colectiva: Breve reflexión. En Revista Salud Colectiva. Vol. 10. Nº 1 (2014) 57-65.

Ffrench-Davis. R. Chile entre el neoliberalismo y el crecimiento con equidad. Santiago: J. C. Sáez Editor. 2014.

Huertas, R. Neoliberalismo y políticas de salud. Madrid: El viejo Topo. 1998.

Illanes, M. Cuerpo y sangre de la política: La construcción histórica de las Visitadoras Sociales, Chile. 1987-1940. Santiago: Lom. 2007.

Illanes, M. En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia: historia social de la salud pública en Chile. 1880-1973. Santiago: Ministerio de Salud. 2010.

Liborio, M. ¿Por qué hablar de salud colectiva? En Revista Médica del Rosario. Vol. 79, Nº 3 (2013) 136-141.

Merino, C. y Torres, M. Participación en salud y desarrollo territorial: Experiencia sanitaria en una comuna del sur de Chile. En Revista Ciencia y Enfermería. Vol. 21, Nº 1 (2015) 115-125.

Merino, C. Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria neoliberal en Chile. 1960-1998. Osorno: Ediciones Universidad de Los Lagos. 2016.

Molina, C. Institucionalidad sanitaria chilena. 1889-1989. Santiago: Lom. 2010.

Montoya-Aguilar, C. Los médicos en el sistema de salud. Categorías, variantes históricas en diversos países. En Cuadernos Médico Sociales. Vol. 56. Nº 1 (2016) 65-76.

Pires-Alves, F y Cueto, M. A década de Alma-Ata: A crice do desenvolvimento e a saúde internacional. En Revista Ciência & saúde coletiva. Vol. 22, Nº 7, (2017) 2135-2144.

Spinelli, H. y Testa, M. Del diagrama de Venn al nudo de borromeo: Recorrido de la planificación en América Latina. En Revista Salud Colectiva. Vol. 1, Nº 3 (2005) 323-335.

Para Citar este Artículo:

Merino Jara, Claudio Esteban; Fernández Silva, Carlos Alberto y López Andrade, Clara Ivonne. Una aproximación crítica a la promoción institucional de salud: reflexiones desde la salud colectiva. Rev. Incl. Vol. 5. Num. Especial, Enero-Marzo (2018), ISSN 0719-4706, pp. 78-88.

221 B
WEB SCIENCES

CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Inclusiones**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Inclusiones**.