

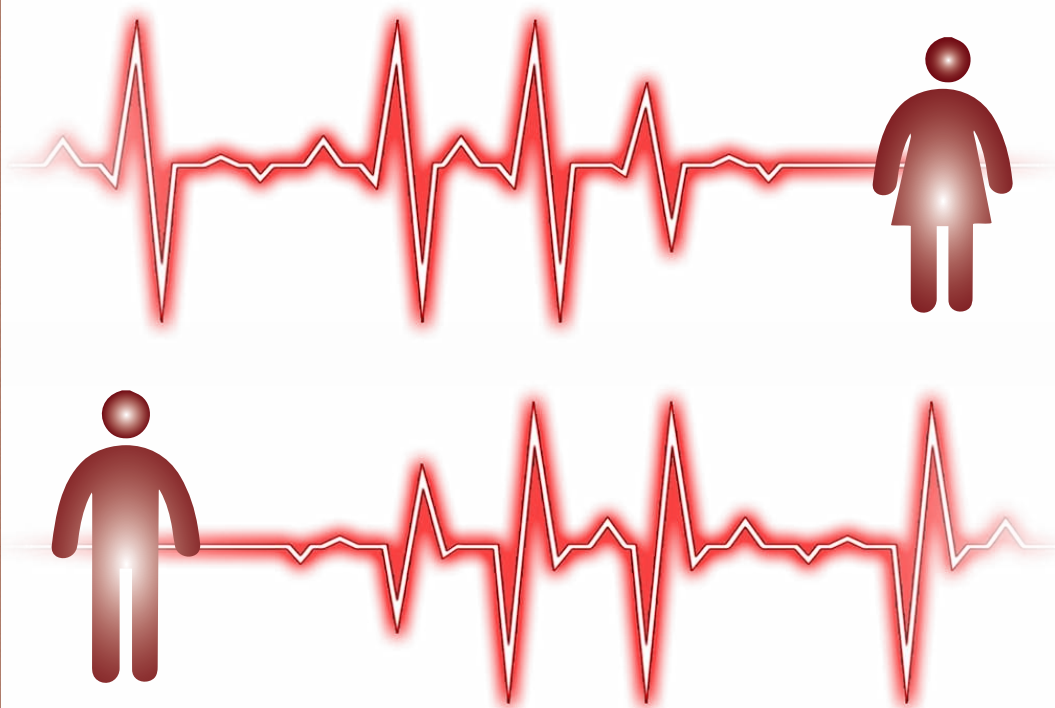
Oswaldo Artaza y Claudio A. Méndez (eds.)

Sistemas y Servicios de Salud

Centrados en las Personas y sus Comunidades

Ediciones  UACH

Colección Austral Universitaria de Ciencias de la Salud





Universidad Austral de Chile

Conocimiento y Naturaleza

Oswaldo Artaza y Claudio A. Méndez (eds.)

Sistemas y Servicios de Salud

Centrados en las Personas y sus Comunidades


Ediciones  UACH

Colección Austral Universitaria de Ciencias de la Salud

Esta primera edición digital de

SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD CENTRADOS EN LAS PERSONAS Y SUS COMUNIDADES
de Osvaldo Artaza y Claudio A. Méndez (eds.)

se terminó de producir en enero de 2022
en Ediciones Universidad Austral de Chile

 (56-63) 2444338
www.edicionesuach.cl
Valdivia, Chile

Dirección editorial
Yanko González Cangas

Cuidado de la edición
César Altermatt Venegas

Diseño y maquetación
Silvia Valdés Fuentes

Todos los derechos reservados.
Se autoriza su reproducción parcial para fines periodísticos
debiendo mencionarse la fuente editorial.

© Universidad Austral de Chile, 2022
© de los editores y autores, 2022

ISBN: 978-956-390-186-3

Contenido

Rector (s), Dr. Óscar Balocchi Leonelli

Prólogo Universidad Austral de Chile 8

Rectora, Pilar Romaguera Gracia, PhD

Prólogo Universidad de Las Américas 11

Mario Cruz-Peñate y Fernando Leanes

Prólogo Representación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Chile 13

Introducción 15

PRIMERA PARTE:

Sistemas y paradigmas 22

Ricardo Oyarzún

Sistemas de salud basados en las personas y sus comunidades: las posibilidades filosóficas y las preguntas antropológicas 23

Claudio A. Méndez, Javiera S. Illanes y Arturo Vargas-Bustamante

Los Sistemas de Salud: ¿Cuál es el aporte para el logro de comunidades saludables? 38

Carmen Gloria Muñoz

La acción colectiva en salud: un ejercicio de conciencia, paciencia y resistencia de participación social 48

SEGUNDA PARTE:

Derecho y salud centrado en las personas 61

Oswaldo Artaza

Derecho y salud para personas y sus comunidades 62

Yanira Zúñiga Añazco

Ciudadanía biológica y autonomía 81

Leticia Morales

Judicialización del derecho a la salud 102

TERCERA PARTE:

**Modelo de atención centrado en las personas
y sus comunidades 118**

Oswaldo Artaza y María Begoña Yarza

**Modelo de atención centrado en las personas y
sus comunidades 119**

Johanna Aguilera, María Begoña Yarza y Oswaldo Artaza

**Aspectos que considerar en el tránsito hacia un modelo
centrado en las personas y sus comunidades 147**

Patricio Wolff, María Begoña Yarza, Cristian Julio

**Tecnologías de la Información como articuladoras de un
Modelo persona céntrico 176**

CUARTA PARTE:

**Elementos esenciales de un modelo centrado
en las personas 187**

Oswaldo Artaza, Hilda Márquez y Guillermo Williams
Calidad en salud, personas y comunidades 188

Oswaldo Artaza y Ernesto Báscolo
**Gobernanza para servicios centrados en las personas
y sus comunidades 212**

Jacques Girard, Javier Santacruz, Carolina Tetelboin, María Soledad
Barría, Daniela Álvarez, Fernando Tomasina y Arnaldo Medina
**La formación del recurso humano para sistemas centrados
en las personas, familias y comunidades 234**

Conclusiones 265

Prólogo Universidad Austral de Chile

Rector (s), Dr. Óscar Balocchi Leonelli

S*istemas y servicios de salud centrados en las personas y sus comunidades* es un esfuerzo editorial que congrega a académicos y gestores del ámbito de la salud, el derecho y las ciencias sociales de diversos países y que intenta contribuir al diálogo y al debate —desde una mirada amplia e interdisciplinar— de quienes trabajan por materializar el derecho universal a la salud y alcanzar mayores niveles de bienestar. De quienes lo hacen desde el primer nivel de atención con mirada de población y territorio, de quienes laboran en establecimientos hospitalarios, de quienes forman a futuros profesionales y técnicos de la salud, de quienes trabajan estudiando académicamente las políticas y los sistemas de salud y a quienes laboran gestionándolos.

El enfoque al cual pretende contribuir la publicación se basa en relevar que salud, uno de los derechos humanos más esenciales, no solo es más que la mera ausencia de enfermedad, sino que el logro del bienestar. Siendo un constructo social, debe comprender las múltiples dimensiones de lo humano, desde una mirada sistémica y comprensiva de los procesos sociales, económicos, políticos y culturales. Lo anterior, que pareciera una declaración aceptada universalmente, lamentablemente dista mucho de traducirse en realidad, dado que el paradigma hegemónico sigue siendo curativo y hospitalo céntrico, por lo que los sistemas y servicios que de dicho paradigma se desprenden siguen, a pesar de los

esfuerzos de muchos, tratando a las personas como clientes en un mercado de prestaciones, o como sujetos pasivos de asistencialismo. Desde el paradigma predominante, los modelos de atención siguen centrados en la enfermedad y mirando fragmentadamente las necesidades humanas, separando «órganos enfermos, patologías» de las demás dimensiones comprendidas en el logro del mayor nivel de calidad de vida posible.

Este libro, desde su título, nos provoca a observar que los servicios de salud aún no completan una necesaria transición a comprender a las personas como sujetos de derechos, que no solo tienen una autonomía que se debe respetar, sino que como individuos sociales que se vinculan en un territorio tienen un papel protagónico que desempeñar en conjunto con diversos actores y los propios servicios de salud en co-constituir contextos para una vida buena y saludable.

Los desafíos son gigantescos para un proceso de transformación que está en sus inicios. De «órgano enfermo» y servicios fragmentados y capturados por visiones distintas a la de las necesidades de las personas, a redes de colaboración entre muchos actores que se organizan, estructuran y continuamente se rediseñan, para responder integralmente a dichas necesidades, con la participación —clave y central— de las propias personas y sus comunidades.

La primera sección de esta publicación inicia con reflexiones sobre el origen epistemológico del paradigma imperante, reflexiones sobre los sistemas de salud en la actualidad y sobre las claves de los procesos participativos y de acción colectiva en salud. En la segunda sección se debate sobre la conceptualización del derecho a la salud en las políticas públicas y hay observaciones desde el Derecho, sobre ciudadanía social, ciudadanía biológica y biopolítica, del impacto de los cambios legislativos sobre derechos y deberes, específicamente sobre el consentimiento informado; y observaciones sobre el creciente fenómeno de judicialización en salud. En la tercera sección, se discute sobre los fundamentos y características con los que debe contar un modelo de atención efectivamente centrado en las personas y sus comunidades, así como del complejo proceso de cambio que debe fortalecerse para transformar los sistemas. La cuarta sección aborda elementos esenciales del nuevo modelo, la calidad como objetivo y como instrumento de cambio continuo,

la gobernanza que requieren establecimientos, redes y sistemas de salud, la formación de los profesionales de la salud para sostener prácticas orientadas a resolver integralmente necesidades de personas y sus comunidades. Finalmente, en las conclusiones, los autores —con amplia experiencia y conocimiento del primer nivel de atención— nos compar-ten lecciones aprendidas y su visión sobre aspectos medulares a considerar a la hora de generar transformaciones efectivas.

La agregación de valor que intenta esta publicación, producto de muchas conversaciones y debates entre personas de diversos países, en distintas posiciones en los sistemas de salud, es contribuir al debate en torno a distintos aspectos que han obstaculizado, pero también sobre los que podrían facilitar una transformación de los servicios de atención desde lo fragmentado y curativo a servicios integrales centrados en las necesidades de las personas y las comunidades.

Prólogo Universidad de Las Américas

Rectora, Pilar Romaguera Gracia, PhD

El proyecto colaborativo *Sistemas y servicios centrados en las personas y sus comunidades* representa un esfuerzo académico interdisciplinario que problematiza los paradigmas de la salud, basados en la enfermedad y el asistencialismo, y busca respuestas para que los sistemas de salud se orienten efectivamente hacia las personas y sus comunidades.

En la búsqueda de construir nuevos paradigmas que posibiliten la centralidad de las personas y sus comunidades en los sistemas y servicios de salud, este libro plantea interesantes debates: sobre la institucionalidad necesaria para garantizar los derechos en el área de la salud; sobre cómo se puede establecer un mayor equilibrio para la toma de decisiones entre quienes diseñan las políticas, quienes brindan los servicios de atención y quienes los reciben; sobre los elementos clave para una gobernanza de los sistemas en que los ciudadanos tengan una incidencia efectiva; sobre cómo hacer que la calidad y la tecnología se adapten para la mejora continua, y sobre cómo formar a quienes trabajan en salud, para que en lugar de defensores del status quo, sean agentes de cambio.

Las lecciones que nos deja el profundo impacto de la pandemia de COVID-19, la cual ha expuesto nuestras fragilidades, junto a las crisis políticas y sociales que han sacudido a varios países latinoamericanos

en los últimos años, nos obligan a plantear nuevas transformaciones en los sistemas de salud, que consideren una mayor orientación hacia las necesidades de las personas y sus comunidades, junto con una participación protagónica de ellas.

Ante los desafíos descritos, es esencial el aporte de las universidades sobre la base de su compromiso de responsabilidad social. Ello tiene múltiples dimensiones, por una parte, formar profesionales críticos y éticos, con capacidades para participar interdisciplinariamente en procesos de transformación social; y por otra, generar conocimiento a través de la investigación científica aplicada y propiciar espacios plurales para el diálogo y el encuentro de saberes y cosmovisiones, que posibiliten cambios culturales y políticas públicas sostenibles para el bienestar y la calidad de vida de las personas.

Entre sus valores institucionales, Universidad de Las Américas destaca el compromiso comunitario. Entiende que la orientación comunitaria y el compromiso de sus estudiantes y egresados se fortalecen a través del vínculo con diversos sectores de la sociedad, la interacción con grupos diversos de pares, la discusión de asuntos públicos y sociales al interior de organizaciones, entre otros aspectos. Este enfoque permite fortalecer la formación de sus estudiantes y egresados, poniendo como centro del desarrollo de este valor, la generación de instancias en las que promuevan la búsqueda de soluciones de manera participativa, resguardando así el involucramiento de los miembros de la comunidad y la promoción de su desarrollo y bienestar. Desde esta perspectiva, la presente publicación liderada por los profesores Artaza y Méndez, reconocidos y prestigiados especialistas en salud pública, resulta de especial interés para estudiantes y egresados del área de la Salud, así como para profesionales e investigadores involucrados con el bienestar con sentido comunitario. Por ello, saludamos y nos sumamos con entusiasmo a este esfuerzo en la búsqueda de soluciones inclusivas y efectivas, en ámbitos tan sensibles del bienestar humano, como son los sistemas y servicios de salud en América Latina y el Caribe.

Prólogo Representación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Chile

Mario Cruz-Peñate¹ y Fernando Leanes²

El derecho a la salud es uno de los valores de la estrategia de Atención Primaria de Salud, que mantiene su vigencia cuarenta años después de la Declaración de Alma Ata de 1978. Su acceso y cobertura universal son el fundamento de un sistema de salud equitativo. Para seguir avanzando en ese camino de hacer del derecho a la salud una realidad para todos y todas, en cualquier parte, en 2014, los estados miembros de la OPS/OMS adoptaron la Estrategia Regional para el acceso y cobertura universal de salud; una de cuyas líneas de acción es «ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades».

Tal como lo recomienda la Comisión de Alto Nivel «Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata» entre otras medidas, es preciso desarrollar modelos de atención basados en la atención primaria de salud, APS, generar mecanismos de participación social, reposicionar la salud pública y valorar los recursos humanos como protagonistas de la APS. Por otro lado, a partir de la presentación del Informe de dicha comisión en 2019, la Dra. Carissa Etienne, directora de la OPS, hizo un llamado a la acción para intensificar y acelerar los esfuerzos de la región

.....
1 Asesor Sistemas y Servicios de Salud.

2 Representante.

para lograr la salud universal y los ODS en el 2030: el Pacto 30-30-30 APS para la Salud Universal.

Este es un pacto para reafirmar que la salud es un derecho y que universal significa universal, es decir, que todas las personas tengan acceso y cobertura a servicios de salud integrales y de calidad, y a intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud, sin tener dificultades financieras. Esto requiere el compromiso de transformar los sistemas de salud de la Región, un esfuerzo concertado para eliminar las barreras de acceso en un 30 % como mínimo, y requiere además aumentar el gasto público en salud al menos a un 6 % del producto interno bruto, e invertir al menos el 30 % de estos recursos en el primer nivel de atención.

En este contexto, es de vital importancia trabajar en el desarrollo de los recursos humanos para la salud con un enfoque interprofesional; formar profesionales y técnicos comprometidos con el derecho a la salud y conocedores del valor de la APS como estrategia de transformación de los sistemas, de organización de la prestación de servicios de salud, de búsqueda de soluciones para reducir las brechas en el abordaje de los determinantes sociales de la salud mediante el trabajo intersectorial; y con competencias para la atención centrada en las personas en el ámbito comunitario y de los servicios de salud.

La Representación de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud en Chile, ve con beneplácito la publicación de «Sistemas y servicios de salud centrados en las personas y sus comunidades» y considera que contribuirá de manera muy positiva al desarrollo de los equipos de salud en todos los aspectos antes mencionados.

Introducción

Esta publicación se escribió antes del inicio de la pandemia COVID-19, que visibilizó todas las vulnerabilidades de nuestros sistemas de salud. La pandemia hizo aún más evidente las grandes diferencias evitables en los resultados de salud entre diferentes grupos según el nivel socioeconómico, la etnia, el género y el hábitat. Estas mismas diferencias están en el basamento de los movimientos sociales que han sacudido a varios países latinoamericanos en los últimos tiempos. Estas crisis sociales y políticas, junto con las lecciones que nos deja la pandemia, nos obligan a generar nuevas transformaciones en los sistemas de salud, que apuntan hacia una mayor equidad y una reorientación de las políticas de salud hacia las necesidades de las personas y sus comunidades. Sin duda que este libro cobra renovada importancia luego de las profundas consecuencias de la crisis sanitaria.

El presente título es un esfuerzo plural e interdisciplinar de académicos y gestores interesados en las políticas públicas, quienes desde diversas experiencias y realidades intentan dialogar sobre los desafíos para que los sistemas de salud estén efectivamente orientados a resolver integralmente las necesidades en salud de las personas. Desde Chile, Argentina, Uruguay, México y Canadá, uniendo reflexiones de varias universidades de las Américas, se problematizan los paradigmas existentes y se buscan de modo colectivo respuestas a los obstáculos que dificultan

los cambios. Desde una mirada antropológica, desde las ciencias jurídicas de la salud pública y desde la gestión de los servicios, se observa la instalación de un modelo hegemónico de comprender la relación salud y enfermedad, que pone foco en «órganos», en «patologías», de manera desarraigada del multiverso de dimensiones y requerimientos de la complejidad del ser en sí mismo y del ser con otros. Paradigma que es funcional tanto a una respuesta vertical, paternal y asistencialista, que toma el control del «paciente», como también de la respuesta del negocio lucrativo de la salud que incentiva al «cliente» para que consuma soluciones. Ambas, no comprenden cabalmente a la persona como sujeto de derechos en salud; no entienden la integralidad de la persona, el determinismo social del buen vivir y lo esencial que es para el bienestar y la calidad de vida el despliegue del modo más propio de lo humano de construir nuevas realidades más saludables.

En la búsqueda de construir nuevos paradigmas, que faciliten la centralidad de las personas y sus comunidades en los sistemas y servicios de salud, se expresan conversaciones sobre la garantía de derechos en el acceso a la atención de salud, en sociedades profundamente inequitativas, donde una fuerte exclusión social es la realidad de muchos países de las Américas. También, se debate sobre cómo se puede enfrentar el desbalance de poder entre quienes diseñan las políticas, controlan los mercados, prestan servicios de atención y quienes los reciben; sobre elementos claves para una gobernanza de los sistemas en que los ciudadanos tengan efectiva injerencia; sobre cómo modelar los servicios hacia las personas y sus comunidades; sobre cómo hacer de la calidad y de las tecnologías herramientas para el cambio, y sobre cómo formar a quienes trabajarán en salud, a objeto de que sus capacidades y comprensión cultural facilite la transformación más que el *status quo*.

Las respuestas son múltiples a realidades complejas: estrategias orientadas a dar poder a las personas; a fortalecer la asociatividad y la vida en comunidad, para que las personas y sus comunidades puedan tomar la responsabilidad protagónica en la construcción de contextos para el buen vivir. Donde quienes trabajamos en salud seamos colaboradores a co-cuidados, a inter-cuidados, generados desde las mismas personas y sus comunidades para la superación de las múltiples formas

de captura: clientelar (por intereses político partidista de corto plazo), lucrativa (del negocio de la salud), corporativa (de los intereses de los distintos incumbentes), y paradigmática (la que no acepta la convivencia de las diversas cosmovisiones en salud).

Durante las últimas décadas, intentando responder a que millones de personas aún continúan sin acceso a servicios esenciales de atención, se han ensayado diversas reformas. Las transformaciones del sector salud y su adaptación a los requerimientos del entorno se han dado como parte de contextos económicos, sociales y políticos desde diversas visiones ideológicas, que comparten, eso sí, un similar paradigma biomédico. Reformas que han buscado con distintas herramientas mejorar resultados sanitarios, mejorar el acceso a los servicios de atención, la eficiencia, la calidad y la equidad en la organización y entrega de los servicios. Todo ello con resultados disímiles e insuficientes. Las reformas, más allá de contenidos técnicos y programáticos en su diseño e implementación, son un hecho político que implica gobernanza de actores y grupos de diversos intereses en contextos específicos. Como se sabe, la política de salud comprende las decisiones de política de los gobiernos, la influencia de las entidades supranacionales y la gobernanza que permite modular el curso de las acciones afectando al conjunto de actores, instituciones, organizaciones, servicios y ajustes financieros del sistema de atención a la salud. En los países de América Latina se han sucedido variados procesos de reformas, de tipo universalistas con base en la ampliación de oferta; de aseguramiento basada en conjuntos de beneficios; y otras claramente de mercado. Independientemente del signo político, los sistemas de salud siguen en gran medida reproduciendo las limitaciones reduccionistas del modelo biomédico hegemónico imperante y el nivel de inequidad existente en la sociedad en que están insertos.

El cambio de perfil epidemiológico y demográfico ha modificado, y lo seguirá haciendo, el tipo de necesidades de las personas. El aumento de la sobrepeso, los cambios culturales de estilo de vida y de modo de comprender la realidad, no solo conllevan más padecimientos crónicos y múltiples, sino personas que interpretan distinto los contextos, que perciben de nuevas maneras su corporalidad y su relación con los servicios

de atención. Todo ello hace cada vez más difícil el abordar problemas crónicos y de naturaleza más compleja, con el enfoque tradicional de problemas de salud agudos y episódicos.

En el plano político asistimos a un proceso todavía inacabado de democratización. Ello se ha dado en el marco de un proceso continuo de reforma y reconversión del Estado. Fuimos dejando de lado al Estado que todo lo puede y es dueño de todo. Asistimos a una descentralización incompleta del Estado y de los organismos públicos y a la emergencia de un papel cada vez más importante del sector privado, en mayor o menor grado en casi todos los países. Simultáneamente, el Estado —con diversos grados de éxito— ha estado tratando de asumir, con muchas limitaciones, sus roles indelegables de garante de los derechos ciudadanos, de factor de cohesión social y de articulador colectivo de proyectos nación. Para ello, trata de fortalecer su poder rector y regulador, lo que implica un proceso de transformación muy profundo que requiere de cambios estructurales y de cultura, que aún está lejos de culminar con éxito.

En el plano de la ciudadanía, crece con fuerza la noción de derechos sociales y la exigencia de soluciones inmediatas. La asociatividad como tradicionalmente se entendía se fragiliza. Surgen y desaparecen, con gran rapidez, movimientos de gran intensidad modulados por las redes sociales y muy ligadas a situaciones coyunturales que cohesionan a determinados grupos de interés en relación con intereses puntuales y generalmente de corto plazo. Demandas crecientes, exigencia de inmediatez y una creciente desconfianza y descrédito en las instituciones y en la política tradicional abren escenarios de cierta incertidumbre. Entre todo, las personas ya no aceptan el mal trato y una percepción de «abuso» por parte de las elites crece y se instala en la medida de que los derechos de las personas no se respetan.

Por otra parte, los cambios tecnológicos y el efecto de las redes sociales en el manejo de la política y de las comunicaciones parecieran instalar un escenario en que las demandas no solo son percibidas como infinitas, sino todas posibles y exigibles de modo ilimitado, en paralelo a que la resolución de lo que se demanda ya no está radicado en el espacio del trabajo y del esfuerzo de la propia persona con su comunidad, sino que afuera de este, colocando los individuos, fragilizados en sus nexos

comunitarios estables, la responsabilidad por sus demandas en un externo proveedor. La no satisfacción de las demandas genera rabia, una mayor desafección y condiciones para formas de vinculación violentas y desconfiadas en la vida en sociedad.

Relacionado con los nuevos contextos, la gestión pública también queda en cuestión. De forma aún incipiente, un concepto más democrático de las políticas y gestión públicas pugna por abrirse espacios —aún tímidos— a nuevas formas de participación de la sociedad civil en la definición de los intereses públicos y en las formas de satisfacerlos (muchas veces dicha participación sigue siendo más que nada utilitarista o clientelar). La administración de lo público ya no debería ser cuestión exclusiva de la burocracia estatal, sino de toda la sociedad. En el sector de la salud, la gestión de las políticas públicas implica no solo asegurar universalmente acceso a servicios de calidad, sino sobre todo actuar, en conjunto a las personas y sus comunidades, como garante de la resolución integral de las necesidades de personas y sus comunidades, y conseguir, con el concurso de los ciudadanos, que los servicios provistos sean valorados por ellos.

La mayoría de los países declaran compartir la visión de que los sistemas de atención deben asegurar acceso equitativo y salud universal a todos sus ciudadanos, lo que implica buena atención de la salud de acuerdo con las necesidades y no a la capacidad económica de las personas, bajo iguales condiciones para todos, sin importar las circunstancias sociales, de género, etnia, o en qué parte del país habitan. Asimismo, declaran de alguna forma el «derecho a la salud» en sus constituciones. Concordamos entonces en lo declarativo, siendo evidente que la distancia entre lo que se señala en discursos, cuerpos legislativos y hasta en las constituciones, dista mucho de la realidad, distancia que persiste porfiadamente. Es así como muchos interpretaron a la Atención Primaria a la Salud como «servicios pobres para los pobres», interpretación nada más alejada al espíritu de Alma Ata. Las condiciones que dieron origen a la meta social y política de «Salud para todos» y a la estrategia, también social y política, de la «atención primaria de salud», se han ido profundizando con el tiempo dado a la persistencia en las Américas de grandes inequidades, al predominio de la visión médica curativa y a la

escasa participación social en los sistemas de salud. Por ello, en el concierto internacional se ha insistido con renovar llamados a la acción en distintos foros, tal como sucediera recientemente en Astaná con motivo de los cuarenta años de la conferencia de Alma Ata, o en el esfuerzo de la Comisión de Alto Nivel «Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata» que convocara la directora de OPS al objeto de que se efectuaran propuestas para hacer efectivo el derecho a la salud de las personas.

La conmemoración de los cuarenta años de Alma Ata, sin duda, convocó a diversos grupos a indagar sobre las razones que han dificultado una efectiva mirada de promoción y prevención, de participación social, de acción de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo, desde los territorios con y para las comunidades; para superar los factores subyacentes que obstaculizan la materialización del derecho a la salud. Desafortunadamente dichas reflexiones se efectuaron de la manera clásica con que suele desarrollarse las propuestas político-técnicas, sin permear ni involucrar a la ciudadanía. La dificultad y el riesgo que esto conlleva es que en cuarenta años más, volvamos a mirar hacia atrás y observemos que lo avanzado aún es insuficiente.

Es evidente que el desafío es complejo, por tanto, no acepta interpretaciones lineales ni soluciones parciales. Los múltiples ámbitos para acometer en simultáneo guardan relación con lo que hace casi dos siglos señalaba Rudolf Virchow, en referencia a que salud es una construcción social y que la política no es más que salud en una escala más amplia. Por ello, los esfuerzos guardarán relación con procesos colectivos a desarrollar de manera permanente, para el logro de sociedades más inclusivas y equitativas, donde la persona humana como co-constructor de nuevas realidades, pueda convivir en plena armonía consigo mismo, con otros y el ambiente. En paralelo, deberemos contribuir a generar cambios en la siguientes líneas: a) que el modelo biomédico se permee a una mirada integradora del multiverso de lo humano; b) que los servicios de atención se estructuren efectivamente desde el territorio, haciendo que las personas y sus comunidades —ya habiendo recibido el poder que les pertenece— tomen un rol protagónico, y c) logrando que quienes trabajamos en salud seamos serviciales y empáticos

colaboradores, que apoyen desde sus experticias a la implementación conjunta de políticas, planes, programas y actividades compartidas.

Está claro que lo anterior requerirá de diferentes condiciones estructurales, institucionales y de cultura. Por ello, esta publicación intenta contribuir al abordaje del gran desafío que los servicios estén efectivamente centrados en las personas y sus comunidades, desde la epistemología, las ciencias sociales, la construcción de los marcos legales, la forma en que se estructura el modelo de atención y elementos esenciales tales como la calidad, la gobernanza y la gestión y formación del talento humano. Entre líneas, está la esperanza y la certeza de que la transformación no solo es necesaria, sino también posible.

PRIMERA PARTE:

Sistemas y paradigmas

Sistemas de salud basados en las personas y sus comunidades: las posibilidades filosóficas y las preguntas antropológicas

Ricardo Oyarzún¹

Introducción

Los sistemas de salud han sido diseñados sobre la base de la ciencia y práctica médica occidental.² Por lo tanto, los sistemas de salud responden a las demandas que la asistencialidad médica les impone de acuerdo con sus prácticas clínicas con una perspectiva netamente curativa, lo que ha devenido en un sistema de salud hospitalo-céntrico.

Proponer un cambio desde un sistema basado en la enfermedad a otro basado en las personas y comunidades implica un cambio esencialmente epistemológico, transitar desde la epistemología positivista y cartesiana a uno de carácter fenomenológico que vea a las personas y sus comunidades en sus contextos sociales, económicos, ambientales y culturales. Desde esta perspectiva se requiere un cambio al modelo médico de laboratorio, con una historia de más de trescientos años en occidente, hegemónico con fuerte sustento en los ámbitos académicos, políticos y de mercado (Lain Entrelagos 1978; Breilh 2013).

.....
¹ Antropólogo, Master of Public Health. Académico del Instituto de Salud Pública Facultad de Medicina Universidad Austral de Chile.

² Por cultura occidental ha de comprenderse al conjunto de valores, costumbres, prácticas, tradiciones, creencias religiosas, sistema económico y organización político-social representativos de Europa occidental.

Plantearse la posibilidad de un rediseño de los sistemas de salud, hoy basados en la enfermedad, incluso en el órgano o función enferma, como entes descontextualizados del cuerpo humano y social, desde hace más de trescientos años, es un desafío mayor que requiere observaciones epistemológicas que den cuenta de la magnitud del desafío. Dicho rediseño requiere además de preguntas que provengan desde la Antropología de la salud que oriente las posibilidades filosóficas —epistemológicas y culturales— para lograr cambios de tal profundidad y amplitud en la cultura médica sustentada por la academia, el sistema político y en el orden cultural del mundo occidental.

Esto nos obliga a examinar los modelos etiológicos y terapéuticos de los sistemas médicos y su devenir histórico desde las culturas médicas chamánicas, monásticas y escolásticas —desde la edad media al renacimiento— para comprender el quiebre que provoca el descubrimiento del microscopio que orienta la nueva medicina de laboratorio con una fuerte dependencia de la microbiología. Por lo tanto, la medicina de hoy se sustenta en su historia universal, derivando en una medicina centro hospitalaria que, contextualizada en una sociedad neoliberal que mercantiliza la vida, ha generado a través de la biopolítica un biopoder como sistema de control social en nuestra contemporaneidad. Es desde aquí donde se diseñan y construyen los sistemas de salud, como sistemas funcionalmente abiertos al resto del sistema social y político con los que se comparten e intercambian energías e información en un proceso constante de retroalimentación, donde el sistema político, el mercado de la salud y la academia genera cierta entropía que tiende a mantener el *status quo* en el tiempo.

Así, plantearse la construcción de un sistema de salud basado en las personas y sus comunidades implica un proceso de cambio cultural que demuestre que la medicina molecular y de laboratorio no responde integralmente a las necesidades de salud del cuerpo social, al que todo sistema de salud debe proteger, cuidar, recuperar y compensar con las debidas garantías de proteger la salud y la calidad de vida. Por lo tanto, es necesario revisar la formación médica en sus fundamentos filosóficos, sociológicos y políticos sostenida en la epistemología positivista y cartesiana en el desarrollo de la medicina. Esta revisión tiene como

propósito central examinar los modelos formativos en los centros académicos y discutir las posibilidades políticas y el rol del Estado en su responsabilidad en la regulación del mercado para proteger la salud de la población.

Todo lo anterior implica cambios culturales profundos y de largo plazo donde muchos sectores y actores deben incorporarse en esta discusión. Esto implica examinar los procesos de producción del conocimiento médico y su dependencia cultural en los diferentes estadios de la historia de la medicina, para luego revisar la cultura médica, sus cambios y mecanismos adaptativos a los desafíos que ha debido enfrentar desde la epistemología imperante con una perspectiva diacrónica.

Las culturas médicas, su conocimiento y la formación profesional

Pensar en la posibilidad de un sistema de salud distinto nos obliga a analizar y discutir las epistemes que contiene el paradigma que ha gobernado la producción del conocimiento médico y la formación de los profesionales, técnicos y personal de apoyo que forman la fuerza de trabajo en los sistemas de salud, para luego preocuparnos del sujeto institucional de esta discusión: sistema de salud basado en las personas y sus comunidades.

La epistemología nos acerca al estudio de cómo se genera y se valida el conocimiento de las ciencias. Su función principal es analizar los preceptos que se emplean para justificar los datos e información que el método científico produce, describe, explica y predice, considerando los factores sociales, psicológicos e históricos que se conjugan. Los sistemas de salud se basan en el conocimiento científico que el sistema médico produce y reproduce y que hoy se funda en el conocimiento molecular que articula las explicaciones de la enfermedad. Así, podemos buscar respuestas a preguntas tales como ¿qué es el conocimiento médico?, ¿cómo razonamos sobre este conocimiento? o ¿cómo establecemos la verdad de ese conocimiento?

EDICIONES UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE

Director

Yanko González C.

Representante Legal

Rector Hans Richter B.

Producción Editorial

César Altermatt V. Coordinador de Producción Editorial.

Silvia Valdés F. Diagramación y Diseño.

María Jesús Hernández G. Secretaria.

Consejo Editorial

Yanko González C. Director Unidad Editorial.

Ronnie Reyes A. Director (i) de Vinculación con el Medio.

Luis Vera C. Director Sistema de Bibliotecas UACH.

Mylthon Jiménez C. Vicerrector de Investigación, Desarrollo y Creación Artística.

Leopoldo Ardiles A. Coordinador Área Ciencias de la Salud.

Jorge Arenas B. Coordinador Área Ciencias de la Ingeniería y Tecnologías.

Carlos Lequesne G. Coordinador Área Ciencias Silvoagropecuarias.

María Angélica Illanes O. y Pablo Szmulewicz E. Coordinadores Área Ciencias Sociales.

Ana Traverso M. y Pedro Araya R. Coordinadores Área Humanidades y Artes.

Carlos Oyarzún O. Coordinador Área Ciencias Exactas y Naturales.

Lectores Especialistas

- Fabián Almonacid Z., Universidad Austral de Chile.
Álvaro Amigo, Sernageomin.
Hugo Aránguiz Aburto, Universidad de Concepción.
Óscar Arteaga Herrera, Universidad de Chile.
Óscar Balocchi L., Universidad Austral de Chile.
Susana Bandieri, Universidad Nacional del Comahue, Argentina.
Jaime Bassa M., Universidad de Valparaíso.
César Bermúdez T., Universidad de Antioquia, Colombia.
Raúl Bernal-Meza, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
Carla Christie Remy-Maillet, Universidad Austral de Chile.
Paulo Corti, Universidad Austral de Chile.
Simón Guendelman, Universidad de Humboldt, Berlín, Alemania.
Verónica Guzmán Del Río, Instituto Mindfulness, Chile.
María Loreto Egaña Barahona, PIIE, Chile.
Donatila Ferrada Soto, Universidad Católica del Maule.
Dimas Floriani, Universidad Federal de Paraná, Brasil.
Paula Gädicke L'Huissier, Universidad de Concepción.
Óscar Galindo Villarroel, Universidad Austral de Chile.
Jaime Gallardo Casanova, abogado.
Mabel García Barrera, Universidad de la Frontera.
Soledad González D., Universidad de Chile.
María Gabriela Guzmán, Universidad Austral de Chile.
Rodrigo Hucke-Gaete, Universidad Austral de Chile.
María de la Luz Hurtado Merino, Universidad Católica de Chile.
Andrés Kalawski, P. Universidad Católica de Chile.
Andrea Kottow Keim, Universidad Andrés Bello.
Paola Lagos L., Universidad de Chile.
Julio Larenas Herrera, Universidad de Chile.
Gloria López H., Universidad Mayor.
Mauricio Mancilla M., Universidad Austral de Chile.
Eduardo Mandiola, Universidad Andrés Bello.
Sergio Mansilla Torres, Universidad Austral de Chile.

Sofía Martínez Espinoza, Colegio Sagrado Corazón, Talagante.
Maribel Mora Curriao, Universidad de Chile.
Vicente Neumann G., Universidad de Antofagasta.
Francisco Orrego González, Universidad Austral de Chile.
Ricardo Oyarzún Bahamondes, Universidad Austral de Chile.
Liliana Pedraja-Rejas, Universidad de Tarapacá.
Walescka Pino-Ojeda, Universidad de Auckland, Nueva Zelanda.
Dante Pinochet, Universidad Austral de Chile.
Cecilia Quintrileo L., Universidad Austral de Chile.
Luis Riffo Pérez, CEPAL, ONU.
Pablo Razeto Barry, Instituto de Filosofía y
Ciencias de la Complejidad, IFICC.
José María Ripalda, UNED, España.
Paola Ritter Arcos, Instituto Nacional del Cáncer, Chile.
Emilio Roessler Bonzi, Universidad del Desarrollo.
Horst Rolf Nitschack, Universidad de Chile.
Graciela Rubio Soto, Universidad de Valparaíso.
Laura Rueda Castro, Universidad de Chile.
Augusto Samaniego M., Universidad de Santiago de Chile.
Alejandro Santibáñez Handschuh, Universidad de Los Lagos.
Óscar Skewes Ramm, Universidad de Concepción.
Domingo Suárez F., exacadémico P. Universidad Católica de Chile.
Gonzalo Valdivia Cabrera, P. Universidad Católica de Chile.
Patricio Valdivieso F., Universidad de Los Lagos.

El derecho a la salud es un concepto en permanente construcción, cuyo tránsito, actualmente y desde la perspectiva que ofrecen los autores de esta publicación, abandona su concepción de «derecho a prestaciones médicas» para reentenderse como el acceso —emanado del reconocimiento de la dignidad del ser humano— a obtener condiciones para una vida saludable y plena. El desafío, inmanente en ello, es lograr que los sistemas de salud estén efectivamente orientados a resolver integralmente las necesidades de las personas y sus comunidades, más aún en tiempos en que la pandemia por COVID-19 ha expuesto el desequilibrio entre las capacidades para regular los movimientos de capital y las mercancías, en paralelo a las debilidades para dar gobernanza global ante la crisis sanitaria.

Médicos, académicos y profesionales de Chile, Argentina, Uruguay, México y Canadá concretan en esta obra un esfuerzo plural e interdisciplinario por profundizar en esta problemática y proponer mecanismos y soluciones que contribuyan a una acción eficaz de los Estados sobre las determinantes sociales de la salud, de modo que los modelos de desarrollo favorezcan la equidad y la justicia social. Convergen aquí visiones desde la epistemología, las ciencias sociales y jurídicas, medicina, calidad, gobernanza y la gestión y formación del talento humano. Entre líneas, está la esperanza y la certeza de que la transformación no solo es necesaria, sino también posible.