

<https://doi.org/10.32735/S2735-652320220006116>

193-236

SALUD COLECTIVA Y FORMACIÓN MÉDICA EN CHILE.

UN DESAFÍO PENDIENTE

Collective health and medical education in Chile. A pending challenge

LEONOR BENITEZ ALDUNATE¹

Universidad Alberto Hurtado

l.benitez.aldunate@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7120-5578>

ANTONIO INSUNZA VIDAL

Universitat Rovira i Virgili

antonioinsunza@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0001-8274-4027>

MARISOL E. RUIZ

Universidad Austral de Chile²

marisol.ruiz@uach.cl

<https://orcid.org/0000-0003-4810-4151>

RESUMEN

La salud de las comunidades está relacionada con bienestar o malestar, conduciendo a momentos de atención, tratamiento y rehabilitación, dando cuenta de procesos que implican la interacción con los equipos de salud. Los objetivos de este ensayo son analizar la relación entre el sistema de salud institucionalizado, las personas y las comunidades en Chile, y proponer cambios en la formación médica fomentando el empoderamiento de los sujetos que reciben atención. En primer lugar, se toman elementos de la historia social y la antropología de la salud generando un análisis crítico de la formación médica en Chile, retratando períodos de impulso y

¹ Red Chilena de Antropología de la Salud y Asamblea Territorial Juan Antonio Ríos

² Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina.

Recibido: 20 de diciembre 2021

Aceptado: 12 de julio 2022

fragmentación vinculados a los procesos sociopolíticos del país, neoliberalizando la formación médica y restando relevancia a las comunidades. En segundo lugar, se propone que la formación médica incluya enfoques teórico-metodológicos para validar las subjetividades de las comunidades, e incorporar metodologías participativas para el desarrollo del trabajo comunitario. Se concluye que es urgente un abordaje integral de la formación médica y de las profesiones de la salud que considere la historia de la salud pública chilena y que articulen una nueva forma de relacionarse con la comunidad desde la horizontalidad, el vínculo y la reciprocidad, reconociendo los saberes del conjunto de la sociedad.

Palabras claves: Formación médica; sistema de salud; formación del recurso humano en salud; formación integral.

ABSTRACT

The communities' health is related to well-being or discomfort, which leads to time care, treatment and rehabilitation, accounting for processes that involve interaction with health care teams. The aims of this essay are: 1. To analyze the relationship between the institutionalised health system, people and communities in Chile; and 2. To propose changes in medical training promoting the empowerment of the subjects receiving health care. At first, elements of the social history and anthropology of health are taken, generating a critical analysis of medical training in Chile, portraying periods of momentum and fragmentation linked to the sociopolitical processes of the country, neoliberalising medical training and reducing relevance to the communities. Secondly, it is proposed that a theoretical-methodological approach should be included in medical training to validate the subjectivities of communities, incorporating participatory methodologies for the development of community work. In conclusion, there is an urgent need for a comprehensive approach to medical training and health professions that considers the history of Chilean public health. Furthermore, horizontality, reciprocity and a better link with community should be the bases to recognise the knowledge of different groups in society.

Key words: Medical training; health system; training of human resources in health; comprehensive training.

1. INTRODUCCIÓN

La salud de las comunidades está relacionada con bienestar y malestares que conducen a momentos de atención, tratamiento y rehabilitación, y que se van constituyendo en flujos interconectados, dando cuenta de procesos. Nos referimos a los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados (s/e/a/c),³ donde la prevención también se considera parte de los cuidados (Menéndez, 1985; Anigstein, et al., 2021). Esos procesos están en permanente tensión, pues son el resultado de los factores culturales, sociales, biológicos y medioambientales que van conformando la experiencia de vida de los sujetos. La expresión de salud de las comunidades se vuelve carne, se corporiza en las personas, pues son ellas quienes experimentan cotidianamente los efectos de estos procesos.

Este artículo busca abordar la relación entre los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados, y las comunidades respondiendo a dos interrogantes ¿Cómo se ha construido la relación entre el sistema de salud institucionalizado, las personas y las comunidades en Chile? Y ¿de qué modo la formación médica puede integrar saberes y fomentar el apoderamiento de los sujetos de atención? Por un lado, hemos decidido abordar la formación médica como una manera de acercarnos a la formación de todas las profesiones del ámbito de la salud. No obstante, la medicina tiene sus particularidades, no sólo por su mayor presencia en el continuo del proceso de atención, sino porque además ostenta una situación de poder frente al sistema institucionalizado de atención de salud. Por otro lado, hablamos de apoderamiento refiriéndonos a un proceso por el cual los sujetos son agentes activos que se dotan a sí mismos/as

³ También nos referiremos a éstos como: procesos colectivos de salud.

de lo necesario para construir salud, recuperando saberes y discursos que tienen a su disposición, haciendo ejercicio de su autonomía frente a las instituciones y agentes gubernamentales (Chapela, 2010).

Ambas interrogantes nacen desde nuestra historia. Somos tres profesionales de la antropología que hemos tenido distintos acercamientos al ámbito de la salud, ya sea desde intereses particulares de formación de postgrado en la materia, desde experiencias de participación en una asamblea territorial, desde la incomodidad de ser “paciente” por experimentar una enfermedad crónica, desde la trayectoria laboral o desde las aulas como docentes formadoras. Hemos podido percibir fragmentos de los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados que nos inquietan y nos invitan a reflexionar en conjunto para intentar aportar a un debate en permanentes tensiones, que se relaciona con la posibilidad de construir un diálogo horizontal entre las comunidades y los equipos de la salud para lograr una mayor autonomía comunitaria.

Tras décadas o incluso siglos de supremacía biomédica en el quehacer de profesionales de la salud, nos interesa empujar la discusión hacia el reconocimiento de otras formas de aprendizaje colaborativo e integrador. Este ensayo nace de un interés por colaborar con un proceso de transformación política emancipadora al interior de la formación médica y el sistema de salud en Chile, que fomente el desarrollo una mirada social y crítica autónoma⁴ con respecto a las dimensiones subjetivas, colectivas y de poder involucradas en el desenvolvimiento de los sistemas de salud-enfermedad-atención y cuidados.

⁴Por autónoma entendemos la capacidad de generar un análisis argumentativo y reflexivo de los problemas de manera autogestionada, que permita construir estrategias creativas y complejas de solución. En ese sentido, recogemos lo planteado por Sánchez-Contreras (2018) con respecto a la taxonomía socioformativa de Tobom (2017).

Comenzaremos realizando un análisis crítico de los contextos sociohistóricos que influyen en los vínculos establecidos entre el sistema de salud institucionalizado, las personas y comunidades, generando diversas formas de participación y perspectivas educativas en el área de la salud. Las cuales consideramos se enmarcan en las dinámicas de poder y dominación desplegadas entre el Estado y los pueblos, enfatizando una reflexión sobre cómo se configuran los efectos de dichas dinámicas en la construcción de la hegemonía biomédica.

Asimismo, analizaremos y reflexionaremos sobre los procesos simbólicos que se producen y reproducen al interior de la educación superior, mediante los cuales la población estudiantil internaliza una configuración hegemónica de la biomedicina, que les permite construirse como sujetos de autoridad. Con esto nos referimos al modelo de pensamiento y acción que ha imperado en la formación y el quehacer de profesionales del área de la salud en el que se establece una relación “médico-paciente” asimétrica y subordinada, donde la sabiduría de la persona que está experimentando su proceso de salud-enfermedad queda invisibilizada y excluida, despojándose de la posibilidad de sostener una relación complementaria e integradora que valide su conocimiento y experiencia. Este enfoque o modelo también ha medicalizado al extremo los problemas de salud, incluso aquellos que son parte de un proceso fisiológico, como el embarazo. Y tras el devenir de los años, el desarrollo del capitalismo y la privatización de los derechos sociales ha situado el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados como una mercancía intercambiable en el sistema de salud privado, mientras que, en el público, la lógica del estado subsidiario lo ha dispuesto como un beneficio individual, focalizado en aquel sector de la población con menor capacidad adquisitiva. Esto forja una relación “prestador de servicios-cliente” dentro de lo privado y una relación “interventor-objeto de intervención” dentro de lo público, donde las relaciones de poder asimétricas se reproducen en otra dimensión.

Creemos importante destacar las actividades interpretativas que se constituyen al interior de los procesos formativos, a través de las cuales se elaboran las dimensiones de la realidad médica rutinaria. Aquí es donde se fortalece una óptica jerárquica basada en una ontología biologicista que subalterniza otros saberes.

Subrayamos la importancia y necesidad de incorporar un enfoque relacional desde la antropología y la salud colectiva, tanto en el entendimiento y abordaje de la salud, como a las instancias de formación médica. Este enfoque permite dar cuenta del modo en que las diferentes prácticas y representaciones de la salud se relacionan en el campo sociocultural, histórico y político, lo que permite construir un abordaje holístico que se encuentra en permanente diálogo con las dimensiones colectivas y subjetivas de los sistemas de salud-enfermedad-atención y cuidados, recuperando las representaciones, prácticas y saberes más significativos para las comunidades en este ámbito y democratizando la toma de decisiones con respecto a la salud.

Es importante destacar que Chile se ha caracterizado por mantener de manera sostenida buenos indicadores en materia de salud, en comparación con el resto de los países de la región. Esta historia de la salud pública chilena está estrechamente relacionada con el vínculo entre salubristas como Salvador Allende y los inicios de la Medicina Social Latinoamericana, que ya para 1930 comenzaba a gestarse bajo el nombre de Medicina Preventiva (Illanes, 2010). A pesar de los enormes retrocesos vividos como sociedad producto de la instauración de las políticas neoliberales a partir del golpe de Estado cívico-militar de 1973 (como se desarrolla más adelante), Chile logró mantener una buena base en materia de salud pública. No obstante, al pasar de los años esa base se ha ido desmembrando cada vez más, probablemente, porque las políticas públicas han caminado en el sentido contrario. Tras casi dos años de esta crisis socio sanitaria donde es más acertado hablar de sindemia que de

pandemia (Ruiz et al., 2020), el modelo biomédico ha evidenciado las falencias de un enfoque soberbio que fragmenta los procesos de s/e/a/c, desarticulando la experiencia vital y contribuyendo a un mayor malestar social y sanitario (Revista Chilena de Salud Pública ed., 2020) tanto a nivel macro -hacia el conjunto de la población-, como a nivel micro -hacia las comunidades y territorios (Madariaga, et al., 2021). Urge entonces generar un abordaje integral de la formación médica y de las profesiones de la salud, que se inspire en la historia social de la salud pública chilena articulando una nueva forma de relacionarse para poder responder a las demandas sociales actuales, sobre todo tomando en cuenta el contexto de cambio constitucional en Chile. Es fundamental poder construir relaciones de horizontalidad, que reconozcan la palabra y los saberes de los diferentes miembros de la sociedad donde se generen relaciones construidas desde el vínculo y la reciprocidad.

2. EL ESTADO, LA MEDICINA Y LAS COMUNIDADES: UNA RELACIÓN HISTÓRICA, SOCIAL Y POLÍTICA

Hablar de la relación entre los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados, por un lado, y las comunidades donde éstos se despliegan, por el otro, implica necesariamente referirse a los procesos históricos, sociales y políticos que dan forma a las condiciones materiales, subjetivas y colectivas en que ese vínculo emerge y se desarrolla tanto desde lo conceptual como desde lo aplicado.

Para lograr este vínculo es necesario tener en cuenta los conceptos de educación y participación que, siguiendo a Muñoz (2019) podrían ser entendidos como procesos sociales dinámicos a los que se tiene una mejor aproximación incorporando en su análisis una perspectiva histórica que sitúe las experiencias.

Además, el análisis de este vínculo necesita de la perspectiva de la salud colectiva, la cual otorga un abordaje que permite mirar y asentar la discusión

sobre elementos que van más allá del ámbito de la salud, lo que es facilitado, según Muñoz (2019), por sus características transdisciplinarias y exigido por la complejidad del objeto de estudio, que abarca distintos campos de lo social y es construido desde diversas epistememes, en distintos momentos de la historia. De esta manera, permite analizar cómo las sociedades latinoamericanas se han incorporado a un sistema capitalista con efectos en los procesos colectivos de salud (Laurell, 1986) y en la consolidación del modelo médico hegemónico (Menéndez, 2005).

2.1 LA UNIDAD POPULAR, LA DEMOCRATIZACIÓN DEL PODER Y LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA

Illanes (2010) señala que, entre la década del sesenta y el noventa del siglo XX en nuestro país, se produce un proceso donde el Estado Asistencial vive su auge y su caída, el cual está marcado por un camino de búsqueda de soluciones institucionales a las agudas contradicciones sociales que existirían desde inicios de siglo.

Estas soluciones, según Illanes (2010) afirma, agitan el descontento social debido a su incapacidad relativa, pero también siembran la historia de nuestro país con iniciativas, en el ámbito de la salud y la educación que, paradójicamente, construyen una 'cultura social institucional' sobre la cual se configura la sociedad chilena del siglo XX.

En paralelo, esta fase histórica se ve revolucionada por la ideología humanista, que despierta y presiona desde abajo por la democratización real del poder y del sistema institucional en general (Illanes, 2010), lo cual encuentra especial expresión durante el gobierno de la Unidad Popular, que propone la participación como eje transversal de la política pública (Muñoz, 2019). Esto se manifiesta en una participación de la población que atraviesa distintos ámbitos,

como la satisfacción de necesidades de salud, educación (incluyendo la pre-escolar), abastecimiento, movilización, y otros.

En ese sentido, se busca generar formas de participación que permitan a estas organizaciones de base hacer un real ejercicio del poder, incidiendo en la toma de decisiones estructurales, por ejemplo, a través de la creación de la Asamblea del Pueblo, “como medio de expresión de la soberanía y la incorporación de las organizaciones sociales en cada uno de los niveles del Estado Popular para el diagnóstico y solución de sus determinados radios de acción” (Muñoz, 2019, p. 77).

Asimismo, y en el marco de la construcción de un Sistema Único de Salud, se impulsa la participación popular en la gestión y ejecución de las acciones de salud a nivel local, mediante los Consejos Locales y Paritarios (Ruiz, 2007; Muñoz, 2019), ligados a las distintas áreas y establecimientos del Servicio Nacional de Salud (SNS), cuyo principal propósito sería la “Medicina socializada que ponía a la salud como un derecho a ejercer “que emerge de las bases mismas de la comunidad y de todos nuestros trabajadores” (Infante, 1971, en Muñoz, 2019, p. 91).

En ese camino, el proceso de humanización de la formación médica que se expandió con la reforma universitaria de 1967 se profundiza. Esta reforma obedece a una idea bastante sinérgica en Latinoamérica, desde la reforma de Córdoba en 1918, que apela al poder transformador del movimiento social de la juventud para cambiar el mundo (Mariátegui, 1928). Así, los “jóvenes de los años sesenta irrumpen, en el escenario político y socio-cultural, con gran energía y protagonismo en los procesos sociales de su tiempo histórico” (Casali Fuentes, 2011, p. 83) impulsando cambios en las orientaciones institucionales de las universidades que aspiran a convertirlas en promotoras del “desarrollo e intercambio cultural con la sociedad” (Huneeus, 1988, p. 10). Esto último, implica la incorporación en el estamento médico de una mirada que comprende el ejercicio de su profesión en un marco social en el que hay fenómenos

determinantes como la desigual estructura económica y política de la sociedad, el nivel de vida de la población y la presión de la colectividad exigiendo servicios (San Martín, Peña y Biel, 1966, en Illanes, 2010). En este marco, la persona no se entiende como un ente abstracto:

nace, se desarrolla, vive, trabaja, se reproduce, enferma y muere, en sujeción estricta al ambiente que lo rodea, cuyas diferentes modalidades originan modos de reaccionar diversos, frente a los agentes productores de enfermedades. Esta condición-ambiente está determinada por el salario, alimentación, vivienda, vestuario, cultura y demás factores concretos y actuantes (Allende, 1939, p. 68).

Tanto el impulso a la gestión popular en salud, como la humanización de la formación médica tensionan la visión de la medicina hegemónica hasta ese momento. Primero, al plantearse la pregunta por el rol de los médicos frente al trabajo colectivo en los consejos, surge la tensión en cuanto al lugar de privilegio que habían ocupado como la “inteligencia” del país en condiciones propias de la oligarquía (Bustos, en Muñoz, 2019). Segundo, al formularse la interrogante con respecto a cómo integrar la medicina y las ciencias sociales en los espacios formativos, se coloca en tensión el hecho de cuál debe predominar en los programas educativos (Illanes, 2010).

Tales tensiones no son resueltas del todo. Así vemos cómo los médicos de la época disputan en sus órganos colegiados cuál es su rol funcionario y su perspectiva del sistema de salud; al tiempo que se manifiestan sobre las políticas gubernamentales, poniendo en cuestión éstas porque consideran que conllevan la precarización de su labor, o bien, defendiendo las mismas porque comparten el ideal democratizador que las sostiene (Muñoz, 2019).

Mientras tanto, las universidades incorporan con distintos grados y énfasis perspectivas críticas como la medicina social, popular y comunitaria, que

reconocen las desigualdades de poder al interior de la sociedad y las comunidades, adquiriendo asignaturas como sociología y antropología, internados rurales, programas de extensión con la comunidad, carreras vespertinas y técnicas para trabajadores, investigación en las áreas económicas, culturales y organizacionales de la salud, además de vinculaciones con el sistema de salud a través del Servicio Nacional de Salud (Illanes, 2010, Muñoz, 2019). Esto configura a la medicina social como nueva hegemonía cultural durante el periodo, en el campo educativo de la salud pública (Illanes, 2010) y participativo de las organizaciones en salud, lo cual, no necesariamente significó un cambio en la relación médico-paciente en espacios como los *box* de atención, dando lugar a que se mantuviera la biomedicina como hegemonía cultural en el campo de lo propiamente clínico.

2.2 LA DICTADURA CÍVICO-MILITAR, LA DESPOLITIZACIÓN DE LO LOCAL Y LA PREDOMINANCIA DE LA SALUD CURATIVA

El proyecto del gobierno de la Unidad Popular fue “sumergir” al Estado en la base de la sociedad para transformarlo en una práctica democratizadora del poder y avanzar en la vía chilena al socialismo. Sin embargo, esta iniciativa fue detenida por el golpe de estado y la dictadura cívico-militar de Augusto Pinochet, proceso que funda una relación entre Estado y sociedad basada en la represión y la exclusión.

En este camino se impone un modelo de régimen autoritario, que a su vez genera el escenario propicio para la instalación de un modelo económico neoliberal que teñirá el amplio espectro de las relaciones dentro de la sociedad y de la economía con el Estado chileno (Illanes, 2010-1993, Muñoz, 2019).

La participación social, comprendida como una estrategia para la democratización del poder y el sistema institucional desde la base, es reducida. Se eliminan las formas de participación social enfocadas en la toma de decisiones globales, se despolitiza la participación en el ámbito local y se

niega el reconocimiento hacia las organizaciones y los movimientos sociales de oposición.

El nuevo modelo trae consigo la subsidiariedad de la pobreza y la disminución de la participación directa del Estado a través de la privatización de las empresas públicas y la focalización del gasto, especialmente en el área social, proceso en que según Muñoz (2019) se evidencian dos fases. La primera dura hasta 1982 y en ella se generan profundas transformaciones a nivel de política y administración estatal, mientras la segunda dura hasta 1989 y en ella se produce una consolidación del modelo impuesto a sangre y fuego.

Bajo el principio de subsidiariedad, se reducen y focalizan las políticas sociales, lo cual conlleva “la asignación individual de los beneficios, considerando a los/as pobres, ‘objetos’ de políticas sociales (ni siquiera consumidores por su escaso poder adquisitivo), sin reconocer sus organizaciones naturales” (Valdés y Weistein, 1989, p. 4). Estos acontecimientos propician el desarrollo de la biomedicina como una configuración hegemónica dentro del campo de los procesos de salud colectivos, ya que favorecen la priorización de lógicas individualizantes en el tratamiento y abordaje de los malestares, siempre en consonancia, como señala Gaete (2018), con la concepción de mundo privatizadora instalada por la dictadura cívico-militar.

En ese proceso, la reforma municipal permite al gobierno materializar el principio de subsidiariedad, ya que desde los municipios era posible focalizar las políticas sociales, a la vez que privatizar las funciones que en ese plano realizaba anteriormente el Estado Central, posibilitando “la reformulación de la política, definida como de ‘nueva participación social’, esto es, ajena a los partidos, fuertemente controlada por el ejecutivo y concentrada en los problemas cotidianos de la población” (Valdivia et al., 2012, p. 18). Esto propicia la “alcaldización de la política”, ya que se otorga un rol clave a los alcaldes en la

ejecución del proyecto, buscando que éstos sean la principal figura, agente y constructor de apoyos políticos, mientras que el rol otorgado a la ciudadanía es el de involucrarse en sus problemas inmediatos, los cuales son manejados desde el municipio (Valdivia et al., 2012).

De acuerdo con el Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social GICAMS (1992) la municipalización de la atención primaria trajo consigo el uso discrecional de la autoridad administrativa por parte de alcaldes y corporaciones municipales de salud, generando una irregular asignación de funciones y responsabilidades, contrataciones y remuneraciones de personal, que trastocaron absolutamente las exigencias de integralidad que requería una acción tan compleja como es la gestión en salud.

En paralelo, esto significó la instalación de mecanismos de financiamiento como la facturación por atención prestada que llevaron a “privilegiar las acciones curativas en cantidad, en desmedro de las acciones de prevención y estímulo a la participación de la comunidad en la gestión de la salud local” (GICAMS, 1992, p. 2). Los equipos de salud sufrieron una ruptura de su identidad debido a la pérdida de estabilidad y derechos laborales, de posibilidades para perfeccionarse y de participación efectiva, al tiempo que recibieron remuneraciones desiguales cumpliendo iguales funciones, enfrentando a jefaturas técnicas no siempre idóneas. Las decisiones de asignación de mayores recursos no dependían de una racionalidad dada por el sistema nacional de salud y sus políticas, sino de la voluntad política del alcalde, las habilidades técnico-administrativas de la corporación privada y de la situación económica de cada comuna (GICAMS, 1992).

Paralelamente, las dinámicas de atención que genera el sistema privado van permeando al sistema público, porque se ve en la necesidad de alcanzar un mayor grado de competitividad, entrando a jugar con fuerza el recurso humano que transita entre uno y otro espacio (público y privado) de acuerdo a lógicas

mercantiles. En consonancia con lo anterior, dentro del campo de la educación superior, Slachevski Aguilera (2015) señala que

“se articulan numerosas reformas que dan forma a un sistema educacional neoliberal (...) hoy arraigado en la sociedad chilena, en el que la educación se establece como un bien individual bajo la égida de la competencia generalizada, el objetivo de la eficiencia y la cultura de la evaluación” (p. 1473).

Mientras que, en términos de acción político-social, se produce un disciplinamiento, mediante el cual “la dictadura se propuso terminar con toda práctica de participación democrática popular en las escuelas y universidades, y tanto profesores como estudiantes fueron sometidos a un modelo de control y conducción ‘corporativista’ de carácter gremial, jerárquico y autoritario” (Bolla Chávez, 2015, p. 105). En consecuencia, el trabajo docente se transforma debilitando los sindicatos, lo que tiene repercusiones en sus remuneraciones y su capacidad de decisión respecto al quehacer profesional (Zurita Garrido, 2020).

Desde un punto de vista teórico, político y valórico, la dictadura cívico-militar moviliza perspectivas “posibles de ser caracterizadas de antimarxistas, nacionalistas, corporativistas, neoliberales, católicas, de seguridad nacional, entre otras” (p. 23) al interior de las escuelas y universidades, impulsando una reorientación curricular amplia (Muñoz, 2019) dirigida hacia la erradicación de las corrientes de medicina social, popular y comunitaria en las carreras de medicina.

En el caso de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile el personal docente, funcionario y estudiantil comprometido con el desarrollo de estas corrientes sufre asesinatos, torturas y persecución, propiciando la dolorosa transformación del trabajo generado en torno a la medicina social para adaptarlo

a la lógica del nuevo modelo instalado a partir del régimen del terror. Este proceso también se materializó en la eliminación de la unidad de sociología de la Escuela de Salud Pública al interior de la misma casa de estudios, entre otras cosas, para garantizar “una armónica convivencia universitaria” (Figueroa, 2019, p. 10), con el objetivo de “lograr una docencia objetiva y pluralista y evitar el uso de la función universitaria con fines proselitistas y sectarios” (Figueroa, 2019, p. 10), de acuerdo con el discurso oficialista de la dictadura cívico-militar.

De igual manera, en el marco del fenómeno conocido como “fuga de cerebros” producto de la represión en dictadura (Enríquez, 1978, Chonchol, 1978, en Rifo Melo, 2019) se exilia a un sector del profesorado vinculado a las perspectivas críticas de la medicina y pertenecientes a diversas universidades chilenas, algunos de los cuales logran dar continuidad a su compromiso social, profesional y político en los países de acogida, concretando aportes en sus campos de acción y reflexión. Hablamos, por ejemplo, de Edgardo Enríquez, Bernardo Baytelman y Jaime Serra, que contribuyeron a los campos de la formación médica, la etnobotánica medicinal, la antropología médica y la salud pública desde sus lugares de exilio en América Latina (Hersch Martínez, 2021).

En relación con lo anterior, la reestructuración del sistema de financiamiento de las universidades, pasando de un sistema de financiamiento directo a uno indirecto, principalmente a través del pago de aranceles estudiantiles, genera mayor incertidumbre en el profesorado, ya que significó la merma del financiamiento, aun con la creación del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico FONDECYT en 1981 (Rifo Melo, 2019). Reorientando, asimismo, las distintas funciones universitarias de docencia, investigación y extensión desde la perspectiva de un bien de consumo más que de un bien social que busca solucionar las problemáticas colectivas que aquejan al país (Slachevski Aguilera, 2015). En síntesis, la dictadura cívico-militar conlleva un proceso de despolitización transversal a todos los ámbitos de la vida nacional que, sumado a la reorientación mercantil de las funciones educativas,

logra desarticular y fragmentar las perspectivas de la medicina social, popular y comunitaria en las carreras universitarias de medicina y en los distintos niveles de atención del sistema de salud, mermando el rol y poder de decisión de las comunidades organizadas en relación con los procesos de formación en medicina y de atención en salud. Por ende, las comunidades experimentan una restricción de su poder, y se ven forzadas a asumir un rol individualizado y pasivo, recibiendo atención principalmente en el plano curativo siempre que tenga la capacidad de pagar o pueda calificar dentro de los grupos vulnerables.

2.3 LA POSTDICTADURA Y LA POLÍTICA DEL CONSENSO COMO SUSTENTO DE LA PARTICIPACIÓN CONSULTIVA EN SALUD

Durante el periodo de postdictadura podemos apreciar cómo se mantiene la despolitización de los distintos ámbitos de la vida en el país. Si bien se recuperan algunas miradas de medicina social al interior de las universidades e instancias de participación en el sistema de salud, estas generan mecanismos principalmente consultivos abocados a la transmisión de información, antes que procesos vinculantes enfocados a la toma de decisiones sobre problemáticas locales o globales asociadas a los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados.

De acuerdo con Muñoz (2019), la transición a la democracia entendida como el trayecto que va desde el plebiscito de 1988 hasta la toma del poder de Patricio Aylwin (representante de una coalición de centro-izquierda con espíritu social demócrata, donde se encontraba desde la Democracia Cristiana hasta el Partido Socialista), dejó una serie de tareas pendientes a los mandatos democráticos venideros, especialmente en las esperadas reformas a la Constitución de 1980 que tenderían a disminuir los enclaves autoritarios amarrados por la dictadura,

la carga moral de la resolución de los temas asociados a las violaciones a los derechos humanos y la tarea de transformar a la mayoría electoral que permitió el triunfo del no en una mayoría gobernante que permitiría mantener una mayoría política en el actual sistema electoralio (p. 105).

En ese marco, este periodo se caracterizó por una política-institucional explícitamente marcada por los pactos asumidos con los militares para lograr la transición democrática, constituyéndose una política del consenso que promovió la negociación entre los cuatro actores principales del poder político heredado de la dictadura cívico-militar: las Fuerzas Armadas, la derecha política, la coalición de gobierno y al sector empresarial, perpetuando una cultura autoritaria instalada por la dictadura cívico-militar (Muñoz, 2019). Por ende, se sostiene una justicia “en la medida de lo posible” que decantó, según Muñoz (2019) en estrategias de reparación y justicia por las violaciones a los derechos humanos, principalmente, de índole simbólica y económica hacia un sector de sobrevivientes de la dictadura, quienes obtienen justicia penal de manera parcial. Asimismo, se impulsan al menos 31 reformas constitucionales, de las cuales solo una -la de 2005- logra disolver parcialmente algunos de los amarres constitucionales, al terminar con los senadores vitalicios, los designados y la inamovilidad de los comandantes en jefe de las Fuerzas Armadas, entre otras normas heredadas de la dictadura (CNN, s/f). Aun así, una mayoría del país mantuvo su apoyo durante tres periodos consecutivos hacia la coalición gobernante, como forma de rechazo explícito hacia la derecha política y a su historia de vinculación con la dictadura cívico-militar (Muñoz, 2019).

En ese contexto, se ahondaron las políticas neoliberales y mantuvieron las lógicas de subsidiariedad estatal, propiciando la mercantilización de los derechos sociales básicos y la individualización de las problemáticas y soluciones que los rodean. Las demandas de democratización social entendidas como “la superación de las desigualdades, la integración de sectores

marginados y la canalización de demanda social de movimientos y sociedad civil organizada, protagonistas de los ochenta” (Muñoz, 2019, p. 101) no fueron profundizadas. El proyecto autoritario y neoliberal levantado por la dictadura sobrevivió a la llegada de la democracia. Y por mucho tiempo la política de fragmentación del tejido social se perpetuó, pues el Estado no se ocupó activamente de reparar la desarticulación de las organizaciones sociales, sino al contrario, fomentó la privatización de lo público y la fuerza disgregadora del mercado. Todos estos elementos configuraron una sociedad profundamente fraccionada, con escasa conexión entre sus partes.

Como señala Muñoz (2019) en el plano de la salud esto se expresó en la creación en 1990 de un Consejo Consultivo Nacional de Salud como órgano asesor y consultor del Ministerio “para la formulación de políticas y planes de salud e instrumentos de coordinación con otros sectores institucionales” (p. 186), cuya conformación estaba dada por treinta personas, todas ellas en altos cargos de instituciones públicas y privadas vinculadas a la salud, sin incorporar a representantes de la sociedad civil organizada.

Por otro lado, en 1995 se crearon los Consejos de Desarrollo anclados en cada establecimiento de salud, conformados por grupos organizados de la comunidad, el personal de salud y por instituciones intersectoriales como escuelas, Carabineros, Bomberos, entre otras (Ruiz, 2007). Estas instancias habrían surgido como una posibilidad de establecer diálogo entre representantes del sistema de salud institucionalizado y la comunidad, donde esta última pudiera tomar decisiones respecto a ámbitos de gestión. Sin embargo, estos consejos devienen en instancias instrumentalizadas por las direcciones, limitándose a trabajar en temas de promoción y prevención desde una perspectiva más bien informativa y de apoyo a las actividades institucionales (Weinstein, 1997), donde la participación en la toma de decisiones se desperfila.

Asimismo, en el año 2000 la promoción de la salud se instala como un área prioritaria en la política de salud, lo que conlleva la presentación de un Plan Estratégico para el Consejo Nacional de la Promoción de la Salud *Vida Chile* que inserta los Comités Comunales *Vida Chile*, constituidos por representantes municipales, del sector salud, del intersector y de las organizaciones sociales (Muñoz, 2019), impulsando así una mayor articulación del tejido social-comunitario.

Desde el 2005 el sistema de salud se reorganiza en el contexto de la Reforma de Salud de Chile, en una atención centrada en la Atención Primaria de Salud (APS) con un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS). Este modelo busca fortalecer la promoción y prevención incrementando la resolución ambulatoria e integral para el conjunto de los problemas de salud. Se promueve una mayor participación de la población en los distintos ámbitos de diseño, implementación y evaluación de los programas de salud. No obstante, el modelo propuesto no logra generar una respuesta pertinente a nivel territorial, con las comunidades en el ámbito local (Saavedra Pincheira, 2021). Desde la dictadura, la lógica mercantil imperante se sigue viendo reflejada en la definición de metas de desempeño con un fuerte componente biomédico. Es necesario recordar que estas metas están asociadas a los incentivos económicos y el modo de financiamiento del sistema de salud, más que a aspectos preventivos, comunitarios o participativos.

En el ámbito de la formación académica técnica y universitaria en promoción de la salud, se reconoce la existencia de una diversidad de enfoques que recogen elementos particulares de cada una de las disciplinas que forman parte de los equipos en Atención Primaria en Salud (APS), más que de un enfoque multidisciplinario y holístico con una mirada integral necesaria para el trabajo en promoción en salud en las comunidades (Saavedra Pincheira, 2021).

Volviendo a la importancia del rol de la medicina social en Chile con relación a los procesos institucionales de apertura a las comunidades, a partir de

nuestro conocimiento podemos afirmar que actualmente existen escasos programas de pregrado y posgrado a través del país vinculados a este ámbito. Entre ellos contamos al Magíster de Salud Colectiva de la Universidad de Los Lagos (ULAGOS, s.f.), los programas de pregrado en Medicina y posgrado en Salud Pública que contemplan en su planteamiento y/o contenidos la generación de análisis reflexivos y críticos en relación con los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados, o que abordan estrategias sanitarias con pertinencia local, territorial y comunitaria, como sucede en la Universidad de La Frontera (UFRO, s.f) y en la Universidad de Chile (Burgos De La Vega & Medina Gay, 2021), y determinados programas como el Internado Rural Interdisciplinario de la Universidad de La Frontera.

La escasez de estas experiencias en este ámbito da cuenta de la despriorización que tuvo la medicina social, popular y comunitaria, y que sigue vigente hasta cierto punto. Este período de la historia no sólo ha tenido un carácter subsidiario y neoliberal, sino también se ha observado un entrelazamiento entre ese carácter y la supremacía del enfoque biomédico al interior de los sistemas de salud y de las universidades encargadas de reproducirlo en las carreras de medicina y del área de la salud, con resistencias aisladas y fragmentadas entre sí.

3. DEFORMACIONES Y PRAXIS: SU IMPORTANCIA EN LA CULTURA DE LA SALUD

La revisión anterior ha dejado en evidencia que la cultura organizacional en el ámbito de la salud va intrínsecamente ligada con el modo en que se aprende el quehacer en las profesiones de la salud, como por ejemplo en la carrera de medicina. Para develar de un mejor modo los distintos aspectos que componen este entramado, en primer lugar hemos querido aproximarnos a los aspectos culturales de la formación que juegan un rol preponderante en la

actualidad, para, en segundo lugar, proponer un modo distinto de desarrollo centrado en una articulación integral.

3.1 CONSTITUCIÓN DE LA REALIDAD BIOMÉDICA DESDE SU FORMACIÓN

En este apartado expondremos algunas de las características fundamentales del enfoque biomédico, para dar cuenta de sus procesos de interpretación de la realidad dentro de la formación superior en medicina y mostrar cómo el quehacer orientado a partir de este enfoque tiene dificultades en generar un diálogo que integre la salud en las vidas de las personas y las comunidades y no solo en sus cuerpos biológicos individualizados. Con ese fin, pondremos el foco en elementos específicos de la praxis médica, que sin embargo son extrapolables (en mayor o menor medida) al resto de las profesiones del área de la salud en cuanto estas también están permeadas por un enfoque biomédico.

El modelo biomédico, lo abordaremos, siguiendo el concepto de Menéndez (2003), como “modelo médico hegemónico (MMH)”, el cual se posiciona desde una identificación con la racionalidad científica/técnica excluyendo, en relaciones de hegemonía/subalternidad, a otras formas de atención no biomédicas. Consideramos pertinente aclarar que, pese a los cuestionamientos y críticas que expondremos sobre este modelo,

no cabe duda de que ha hecho y sigue haciendo constantes aportes para reducir la morbilidad y la mortalidad, basado en el desarrollo técnico y científico. Y es respecto de esta eficacia real que necesitamos pensar en las posibilidades de un nuevo MMH, sin abandonar por supuesto las críticas y los peligros que genera, pero asumiendo que es la eficacia comparativa – junto con otros procesos– lo que ha contribuido y posibilitado la hegemonía del modelo actual (Menéndez, 2020, p. 4).

En ese sentido, no queremos que nuestros planteamientos se lean como una crítica descarnada a la ciencia y a la biomedicina. Sino más bien como una invitación a abrir la mirada, entendiendo que, durante el desarrollo y los avances de la medicina, se ha puesto el foco en ciertos elementos, principalmente biológicos, lo cual ha producido la invisibilización de otros que nos gustaría rescatar por su centralidad en los procesos de *s/e/a/c*.

De acuerdo con Good (2003), la construcción del objeto y la praxis biomédica se puede evidenciar, con especial claridad, en los procesos de formación de estudiantes de medicina. El autor parte de un estudio de caso en la Universidad Harvard y tomando el concepto acuñado por el filósofo Ernst Cassirer, plantea mirar la medicina como una forma simbólica: Al abordarla desde este concepto, “la entendemos como modos de experiencia y clases de conocimiento (...), como formas de actividad que articulan y revelan el mundo de la experiencia” (Good, 2003, p. 136). En ese sentido, se entiende el lenguaje en una relación constante, recíproca e indisoluble con la práctica, la percepción y la experiencia, planteando la importancia de centrarse en los procesos generativos, y en este caso en específico, en

las prácticas formativas de las [que] se formulan la enfermedad y otras dimensiones de la realidad médica (...), hay que centrarse en las actividades interpretativas a través de las que las dimensiones fundamentales de la realidad son confrontadas, experimentadas y elaboradas (Good, 2003, p. 136).

Para Good (2003), introducirse en la formación médica es una experiencia de habitar otro mundo, donde emergen diversas dimensiones que difieren radicalmente del mundo habitual. En ese contexto, el aprendizaje de modos especializados de ver permite al estudiantado resignificar el cuerpo abriendo la exploración a un mundo interno lleno de diferentes capas que se aprecian tanto

a nivel anatómico, como celular y molecular, las cuales hablan de un complejo y detallado orden jerárquico asociado a una verdad biológica. Ésta se sustenta en certezas visuales desde diferentes tecnologías y actividades que permiten acceder a ese mundo tal cual es, como pueden ser las disecciones o el trabajo en los microscopios electrónicos desarrolladas en las diferentes asignaturas que componen la formación en medicina, particularmente, en los laboratorios prácticos de biología celular y molecular o de anatomía. De esta manera “fenómenos que afloran a la superficie en forma de signos, síntomas y experiencia, se muestran como susceptibles de ser comprendidos en relación con mecanismos subyacentes a un nivel ontológico previo.” (Good, 2003, p. 148). Cada patología se comprende desde estos mecanismos, y cuando hay enfermedades que no se logran explicar, es solo necesario encontrar esas causas o eslabones perdidos dentro de una arquitectura de conocimiento dada (Good, 2003).

Luego, se aprecian aprendizajes asociados a maneras particulares de escribir y hablar, los cuales toman especial fuerza durante las fases de internado, donde el estudiantado pasa a formar parte de los equipos médicos en hospitales. En esta instancia los/as estudiantes aprenden a entrevistar a la población usuaria, escribir sus historias y evoluciones clínicas y presentarlas frente al personal médico, y a partir de ello se tomarán decisiones sobre los tratamientos a utilizar y se evaluará el desempeño del estudiantado. En ese sentido, la escritura, como práctica que da pie a una serie de actividades, es uno de los elementos más importantes de este proceso de formación, ya que: “Escribir refleja y modela conversaciones con los pacientes. Aporta las categorías y estructuras de esas conversaciones” (Good, 2003, p. 152). Luego, presentar oralmente los casos clínicos es un ejercicio donde se pone a prueba la capacidad para seleccionar y atender a lo que es relevante en torno a los datos de las personas y cuáles son prescindibles y no aportan a la prescripción de tratamiento. Además, es un proceso que instituye autoridad al estudiantado,

“un hablar como médico”, un “aprender a ir al grano” que “exige la capacidad de explicarse bien, de referir la historia bien organizada cronológicamente, de situar los orígenes y las consecuencias del proceso de la enfermedad y de esbozar un diagnóstico” (Good, 2003, p. 154). Estas prácticas se presentan como la síntesis de un proceso en el que estudiantes aprenden a habitar y construir una realidad médica rutinaria, donde se transforma a la persona sufriendo en un proyecto médico susceptible a tratamiento.

A pesar de que la biomedicina no pueda, de ninguna manera, reducirse a las prácticas mencionadas anteriormente, estos son elementos fundamentales en la formación médica básica que inciden directamente en las maneras en que la medicina se relaciona con la población usuaria. Como bien nos dice el autor, los medios que utiliza la biomedicina para interpretar la realidad “son poderosos, iluminadores de muchos fenómenos de la enfermedad y aportan la base para la terapéutica, pero al mismo tiempo, son profundamente ideológicos y a menudo desorientadores” (Good, 2003, p. 148). La concepción de un cuerpo constituido y afectado en tanto biología, nos lleva a abordarlo de manera refleja como cuerpos individuales y medicalizados. En el aprendizaje del escribir y hablar se profundiza esto, ya que al aprender a ordenar y seleccionar la información que construye el diagnóstico, se aprende a ignorar la experiencia vital y subjetiva de la persona, la cual solo tiene relevancia en cuanto refleje y permita desentrañar el orden patofisiológico subyacente (Good, 2003). Podemos hablar de una medicina que se distancia sustancialmente de una concepción social de la salud y cuya praxis se desvincula del sujeto, con su experiencia en el mundo y con sus propias construcciones de sentido, moviéndose por un carril separado que muchas veces anula procesos de apropiación de la salud.

De acuerdo con Menéndez (2020), lo anterior puede verse profundizado por procesos que actualmente vive la biomedicina, como son la creciente robotización e inclusión de la inteligencia artificial en sus procesos rutinarios y

el papel que está tomando la genética como determinante de los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados. El primer fenómeno podría llevar a una paulatina desaparición de los seres humanos de los procesos de atención y, por consiguiente, también de la relación entre los médicos y los usuarios. El segundo podría profundizar una sobredeterminación biológica que explique, desde la predisposición a ciertas enfermedades hasta una adicción o una actitud violenta (Menéndez, 2020). Estos elementos también implican cambios en la formación biomédica, en tanto son técnicas y conocimientos que deben integrarse en las mallas curriculares, pudiendo desplazarse aún más la relación con la persona durante el proceso de formación.

3.2 EL ENFOQUE RELACIONAL COMO ALTERNATIVA PARA RECUPERAR UNA SALUD INCRUSTADA EN LO SOCIAL

A continuación, expondremos algunas discusiones que nos permiten cuestionar el enfoque biomédico y su hegemonía, desde una perspectiva antropológica/relacional que nos plantea otras maneras de mirar y comprender la salud incrustada en lo social, explicitando así la necesidad de alternativas más integradoras.

Los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados se configuran como elementos constitutivos de una gran parte del establecimiento colectivo de la subjetividad y de la producción de simbolizaciones. Es decir, la salud y las maneras de entender lo que la rodea son fuentes de diversas concepciones culturales con las que nos explicamos el mundo y desde las cuales entendemos la constitución de la persona; se relaciona con nuestras concepciones ético/morales, con la manera de relacionarnos con nuestros cuerpos, con cómo significamos el sufrimiento y la muerte, entre otras múltiples posibilidades. Al mismo tiempo, estos procesos son estructurantes de la producción de la vida y la reproducción social de la misma, en cuanto abordan los padecimientos a través de la construcción de saberes enraizados en representaciones y prácticas.

Por consiguiente, las actividades y las técnicas de los procesos de s/e/a/c están colmadas de contenidos sociales y culturales, pero que, a la vez, al ser aplicadas sobre sujetos y grupos, estos los absorben desde sus propias representaciones y prácticas. Lo anterior implica que, si bien hay sistemas médicos que se vuelven hegemónicos globalmente, como el biomédico, tales sistemas no logran erradicar todas las prácticas y concepciones existentes en las diferentes comunidades y grupos sociales (Menéndez, 1994).

Existen diversos autores que han relevado el enfoque relacional. Para Bourdieu (1991), las relaciones serían independientes de los entes (que pueden ser sujetos, instituciones u objetos) y anterior a ellos, constituyéndose en sí mismas como un agente social con capacidad de definición. Para Menéndez (1994) es fundamental poder abordar los procesos de salud/enfermedad/atención desde un enfoque relacional capaz de atender a estos desde los entramados que se van constituyendo entre los sujetos, los microgrupos, los conjuntos sociales y las instituciones, pudiendo visualizar la dinamicidad propia de este proceso. A partir de lo planteado, el enfoque relacional:

asume la existencia de toda una serie de diferenciaciones que aparecen en los niveles diádicos, microgrupales y/o comunitarios. En estos niveles se generan actividades que no pueden ser explicadas en términos puntuales a partir del análisis exclusivo de los grandes conjuntos sociales. En todos los conjuntos micros y/o macros, es a partir de las relaciones existentes entre las partes donde se debe analizar el proceso s/e/a, incluyendo, de ser posible, los diferentes niveles en que dicho proceso opera, así como la articulación entre niveles (Menéndez, 1994, p. 73).

Es decir, el modelo relacional reconoce la determinación de las estratificaciones sociales como la clase, el género y la etnia, destacando que están

siempre en relación con una serie de elementos microgrupales y comunitarios que no están subordinados a las estratificaciones. De esta manera, para entender y abordar los procesos de colectivos de salud es importante tener en cuenta las diversas determinaciones que se mueven en los distintos niveles y cómo éstas se asientan en contextos y grupos o sujetos particulares. En torno al vínculo médico/paciente, Menéndez (1994) señala que debe ser analizado como una relación diádica donde se produce un encuentro técnico y social, que además de ser descrito y analizado en ese nivel, debe ser referido “a las múltiples relaciones dentro de las que intervienen entre otras: las institucionales, étnicas o socioeconómicas, y que remiten a otros niveles de análisis que debieran ser articulados con el primero, pero a partir del análisis específico de la relación señalada” (p. 73).

En este análisis hay que tomar en consideración las relaciones de poder, poniendo especial atención en estas cuando estamos analizando la interacción entre los sujetos, los microgrupos, el modelo biomédico y otras prácticas y representaciones de la salud. Siguiendo a Bourdieu (1991), podemos plantear que la biomedicina se posiciona desde un poder simbólico producido por un cuerpo de especialistas en un campo de producción relativamente autónomo, que tiende a imponer un orden como natural para los sujetos y grupos, a los cuales despoja de los instrumentos de producción simbólica sobre su propia salud. El sitio principal donde se ubica este poder es el cuerpo, en el cual “se escribe, se graba, se inscribe la historia de la relación entre el poder de dominación y el ser humano” (Chapela, 2009, p. 77). Como afirma Chapela (2009, 2010) el cuerpo-territorio es un lugar donde el capital, el espacio y la construcción del espacio están puestos a disposición del poder hegemónico, por lo que, “puede ser conquistado, invadido, enajenado, por acción de la inculcación de conocimiento y valor, seleccionados desde las agencias del poder dominante, siendo una de estas agencias, históricamente poderosa, las profesiones de la salud” (Chapela, 2009, p. 77) que tocan el miedo, el dolor, el

sufrimiento y la desesperanza de las personas, a la par que éstas abren su cuerpo físico, exponiéndolo como cuerpo-territorio. En la mayoría de los casos, señala la autora, este “tocar” fluye de manera unidireccional desde el profesional de la salud hacia la persona mediante elementos como la mano, el instrumento, el aparato, la receta, el interrogatorio, el medicamento, el consejo y el carnet, siendo vehículo de significados seleccionados de acuerdo con intereses de poder y “constructores de las disposiciones necesarias para la invasión, toma del territorio y subordinación” (Chapela, 2009, p. 77). De esa manera, se sostiene la asimetría y subordinación en las relaciones “médico-paciente” que el lenguaje contribuye a perpetuar mediante nominaciones que confirman la asimetría relacional entre los sujetos involucrados.

Sin embargo, señala Chapela (2009), los contenidos en estos vínculos pueden fluir de forma bidireccional, como posibilidad de desarrollo de autonomía, cuando los distintos sujetos involucrados cobran conciencia sobre lo que, “aludiendo a Bourdieu, está en juego, es capital en sus distintas formas” (p. 78) y de que el objetivo del vínculo puede ser crítico y “ayudar a la construcción, reconstrucción y expansión de los espacios humanos” (p. 78). De ahí la importancia de la noción de autoatención propuesta por Menéndez (2018) que rescata la capacidad de los sujetos y microgrupos para reproducirse biosocialmente y atender sus padecimientos haciendo uso de diversos saberes biomédicos y no biomédicos que se entrecruzan y sintetizan en las relaciones de la vida cotidiana, posibilitando el desarrollo de una noción de autonomía que contemple la existencia y uso de estos saberes con una intención emancipadora.

Este concepto resulta relevante por dos motivos. En primer lugar, porque posibilita explorar las articulaciones entre diferentes saberes y formas de atención biomédica y no biomédica, las cuales suelen considerarse

incompatibles, pero que en la vida cotidiana son utilizadas frecuente y simultáneamente por los sujetos y microgrupos. Sobre esa base es posible cuestionar la concepción dominante que opone los saberes tradicionales y populares a los saberes científicos, planteando en cambio que estos saberes suelen integrarse en la cotidianidad de los sujetos, los cuales van en búsqueda de la eficacia de los diferentes conocimientos y prácticas de salud. En segundo lugar, la noción de autoatención da cuenta de prácticas donde las personas y los grupos se apropian de sus procesos de *s/e/a/c*, generando una cantidad infinita de conocimiento (Menéndez, 2018). La medicina debe ser capaz de dialogar con estas prácticas de autoatención, más que rechazarlas asociándose con “los peligros” de la automedicación. De esta manera, la medicina podría aportar en los procesos de autonomía de la salud al reconocer y valorar los conocimientos de los sujetos que se construyen más allá de lo biomédico.

4. UNA PROPUESTA DESDE LA SALUD COLECTIVA PARA LA FORMACIÓN EN MEDICINA DENTRO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

A partir del enfoque relacional de la salud que acabamos de exponer, el cual nos permite tener una visión integradora de los procesos de *s/e/a/c*, queremos presentar una propuesta inscrita en la corriente de salud colectiva, realizada por Martínez-Hernández y Correa-Urquiza (2021), quienes plantean ciertos principios para una medicina que sea capaz de generar un diálogo con las personas, las comunidades y sus mundos.

La salud colectiva se desarrolla a partir de “la formación de grupos de académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud que se unieron a los movimientos de trabajadores y de estudiantes y a las organizaciones populares disconformes con el modelo económico denominado desarrollista, que se implementó con intensidad en la década de los sesenta en América Latina” (Iriart et.al, 2002, p. 129).

Esta tendencia apunta a un entendimiento y abordaje holístico de los procesos colectivos de salud, planteando la necesidad de integrar un enfoque epistemológico y teórico que ponga como objeto y reflexione en torno a la salud (en contraposición a la enfermedad) y desde ahí tomar en cuenta la estructura y las relaciones sociales, lo micro y lo macro, lo sociocultural y lo biológico. En este sentido, plantea la necesidad de incluir metodologías cualitativas en la epidemiología que permitan superar los enfoques desde el individuo y los factores de riesgo⁵, y que den lugar a abordajes de los colectivos y los determinantes socioculturales. Como parte de las relaciones sociales también se observa e intenta incidir sobre las relaciones de poder que se dan dentro de las instituciones de salud, sobre todo entre trabajadores de la salud y la población usuaria (Iriart et.al, 2002; Casallas, 2017).

De acuerdo con Menéndez, un enfoque crítico como el anterior aplicado a la formación en medicina implica que los y las estudiantes adquieran un conocimiento básico en humanidades, medicina social y salud colectiva. Pero fundamentalmente que complementen su proceso de especialización con una visión holística que considere elementos más allá de lo biológico, desarrollando una conciencia de que el padecimiento que buscan comprender en profundidad a partir de su especialización forma parte de un todo que no pueden conocer completamente y que no se reduce al saber médico. Para indagar en ese mundo complejo que no conocen, señala el autor, el estudiantado debe ser capaz de construir una relación con las personas que padecen y sus entornos. Paradójicamente, la especialización debe complementarse con una “no especialización” expresada en la apertura hacia la experiencia subjetiva de las personas con las cuales se vincula desde su posición saber médico.

⁵ Para una problematización del concepto de los factores de riesgo ver Menéndez (1998).
222 | INTEREDU N°6 VOL. I (JULIO 2022) PÁGS. 193-236. ISSN: 2735-6523

Martínez-Hernández y Correa-Urquiza (2021)⁶ plantean posibles aportes de la antropología médica y sobre todo de la etnografía como maneras de aproximarse desde lo “no dado” o desde la incerteza al padecimiento de los sujetos. Sugerimos que estos aportes, deberían incluirse en los enfoques teórico-metodológicos de los programas de medicina, a fin de facilitar la apertura del estudiantado a los procesos experienciales de la población usuaria, construyendo marcos de referencia que le permitan tener conciencia de la complejidad del mundo social, considerando las diferentes maneras de vivir la salud y los modos en que esta se incrusta en los mundos culturales de cada comunidad.

Estos autores señalan que la enfermedad y el sufrimiento son fenómenos que experiencialmente tienden a paralizar el mundo vital y quebrar los sentidos establecidos, por lo que invitan a una “conciencia lateral” que permita pensar y pensarse de forma diferente. Desde ahí, proponen la necesidad de reivindicar una práctica reflexiva que consideramos necesaria de desarrollar entre los/as estudiantes de medicina, la “que suspende el saber ya dado para explorar aquel que nace de la intersubjetividad y que permite construir lo colectivo” (Martínez-Hernández y Correa-Urquiza, 2021, p. 231), y que podríamos agregar, permite abordar de manera más efectiva la enfermedad y el sufrimiento, dialogando con prácticas y representaciones significativas para los sujetos y comunidades.

La etnografía se posiciona en un “no saber”, es decir, desde una intencionalidad de generar una relación donde se suspenden las concepciones de mundo propias, para abrirse más bien a una atención desprejuiciada con la intención de poder comprender cómo se constituye el mundo para las comunidades, desapegándose de un interés normativo (dirigido a una

⁶ Los autores proponen un posicionamiento desde la salud mental colectiva, sin embargo, en este caso consideramos pertinente extrapolarlo a la salud como un todo. El sistema psiquiátrico a pesar de ser un campo especializado, al ser parte de la biomedicina, comparte esencialmente las mismas lógicas, representaciones y prácticas biologicistas, por lo que consideramos extrapolable su propuesta.

búsqueda de lo bueno y lo malo, de lo normal y lo patológico). Este ejercicio tiene históricamente un interés analítico, pero reivindicable políticamente en tanto se asuma una voluntad transformadora y un compromiso con los sujetos con los que se trabaja, lo que implica reconocer los saberes de las personas y los grupos a los cuales se accede en un quehacer intersubjetivo, que a la vez requiere de la generación de un vínculo con el otro (Martínez-Hernández y Correa-Urquiza, 2021). Esta idea se contrapone a la concepción de un investigador que observa y plasma la realidad tal cual es, por lo que rehúye de un vínculo que pueda distorsionar la objetividad de su descripción. Aquí nos posicionamos tanto ética como epistemológicamente, desde una necesidad de generar una interacción afectiva que nos permita aprehender el mundo del otro y construir un mundo con el otro, y con el resto de las comunidades que conforman la sociedad. Es un ejercicio dialéctico de construcción colectiva, mediante el cual el estudiantado de medicina puede practicar en distintos momentos de su formación la posibilidad de establecer diálogos comunitarios. A modo de ejemplo, y particularmente durante el proceso de internado o vinculado a un programa de extensión universitaria, se podría favorecer la observación, relación e involucramiento emocional en actividades de la vida cotidiana y colectiva de la población usuaria, reconociendo su autonomía, y la propia incertidumbre sobre la realidad que se habita. A partir de esta experiencia sería posible colaborar con una acción o perspectiva que contribuya a promover el bienestar de la comunidad, a partir de la co-construcción de prácticas y afectividades relacionadas con los procesos de s/e/a/c.

En un contexto de “la medicina basada en evidencias”, plantean los autores, “deberíamos recordar que lo que realmente es evidente en el campo de la salud es el sufrimiento, y que dar cuenta de él o dialogar con él es también restituir la condición humana, social y subjetiva de la enfermedad, es ser más vínculo que certeza” (Martínez-Hernández y Correa-Urquiza, 2021, p. 234). En

consecuencia, reivindicamos esta dimensión “vincular” como un elemento fundamental al que la formación en medicina debe abrirse, con todo lo que implica en cuanto a la pérdida de certeza, control y rutinización en la relación con las personas.

Martínez-Hernández y Correa-Urquiza (2021), mencionan cuatro principios generales que se estructuran desde la etnografía y la antropología médica, y que nos invitan a transformaciones sociales para promover una salud colectiva en la formación médica. Estos son: la permeabilidad, la lateralidad, la reciprocidad y la singularidad. El primero y el segundo refieren a una abertura y descentramiento de los saberes biomédicos dados, para generar diálogos interdisciplinarios reales con disciplinas de dentro y de fuera del sistema médico y para desligarse de la lógica de “paciente” como sujeto pasivo, con el fin de tomar en serio la experiencia de la persona. Esto último, señalan los autores es posible trabajando con narrativas que abren un nuevo campo de conocimiento relativo a estas subjetividades, ayudando a interpretar cómo es entendido el mundo desde el lugar de la aflicción y revelando saberes existentes que son activos y efectivos, a pesar de ser constantemente negados, ocultados y desatendidos. Tales condiciones de permeabilidad y lateralidad podrían lograrse generando cursos de formación general que integren a estudiantes de medicina y de las distintas ciencias sociales en la concreción de trabajos colectivos e interdisciplinarios, relevando un enfoque etnográfico de investigación con sentido cualitativo y narrativo.

Es fundamental en este proceso tomar en cuenta las relaciones de hegemonía y subalternidad que reproducen las lógicas impermeables de lo biomédico y jerarquizan los saberes, para desarticularlas. Uno de los desafíos principales de este vuelco epistemológico es el choque con lo no dado, donde los significados o las causas se escapan, son difusas y múltiples. La terapéutica y la relación con las personas se transforma en un trabajo siempre en construcción que se configura en el vínculo con los otros.

Desde aquí emergen los conceptos de reciprocidad y singularidad como principios donde situar el vínculo. En el enfoque biomédico, las enfermedades se abordan partiendo de una naturalización y encubrimiento de las relaciones sociales que las producen, y por consiguiente, las terapias y tratamientos toman esas mismas características. Es decir, se trata los síntomas o las manifestaciones corporales y mentales que han sido catalogadas previamente de manera aislada y descontextualizada. Es así como las enfermedades y los tratamientos, entre otros múltiples elementos del quehacer de los equipos de salud, cobran vida, protagonismo e identidad y median la relación entre las personas, obstruyendo la posibilidad de un encuentro intersubjetivo (Martínez-Hernández y Correa-Urquiza, 2021).

En cambio, la relación de reciprocidad otorga siempre mayor relevancia al sujeto que a la cosa (en este caso la enfermedad, el tratamiento, entre otras); en ese sentido, “dota de existencia al otro. Lo hace partícipe del juego social. Lo constituye en su legitimidad de ser y estar en el vínculo, (...) le proporciona un cobijo donde poder ser alguien” (Martínez-Hernández y Correa-Urquiza, 2021, p. 246). Este principio permite y necesita de la construcción de una singularidad, la cual reivindique una identidad vivida en contraposición a una identificación patológica. Lo singular, “hace [al sujeto] “sí mismo” y lo diferencia del resto mientras, al mismo tiempo le permite sumarse a lo colectivo. Lo colectivo no puede pensarse sin lo singular” (Martínez-Hernández y Correa-Urquiza, 2021, p. 246). Para contribuir a desarticular las lógicas jerárquicas del enfoque biomédico, la formación médica puede trabajar ambos principios destacando la singularidad de la experiencia, validando las subjetividades. Un modo de realizar esto es a través de ejercicios en duplas de estudiantes que permitan reconocer la singularidad de cada uno/a. Por ejemplo, mediante una técnica propuesta por Chapela, inspirada en la pedagogía dialógica freiriana, consistente en reconocer y dibujar en un papel una inscripción o marca del

propio cuerpo, referida a un hecho significativo de la historia vital, para luego compartir tal dibujo con el/la compañera y relatar la historia de dicha marca (C. Chapela, comunicación personal, 15 de marzo de 2021; S. Burgos, comunicación personal, jueves 6 de mayo de 2021). Este ejercicio permite reconocerse mutuamente en una posición singular de vulnerabilidad y profunda humanidad que libera a la persona de la necesidad de ostentar un poder diferenciador del resto, como se ha inscrito en la formación médica.

Los principios presentados apuntan a superar una relación asentada en el enfoque biomédico, donde la dupla “médico-paciente” se reproduce sin mayores cuestionamientos. Esta relación está construida a partir de una autoridad del saber que le entrega agencia al personal sanitario y pone a la población usuaria en una posición pasiva. La palabra “paciente” hace referencia a quién tiene paciencia, al que padece corporalmente y/o está bajo la atención médica. A pesar de que la segunda y la tercera definición apuntan al concepto médico, el tener paciencia es un elemento central en la conformación del sujeto de atención. En el enfoque biomédico el paciente debe asumir esta posición pasiva que implica la imposibilidad de realizar sugerencias o interferir, y confiar en lo que se le están realizando sin hacer mayores preguntas (Allue, 2013), su agencia se reduce a comprender y obedecer las instrucciones entregadas. Por esto consideramos importante cuestionar este concepto desde los primeros años de la formación médica, y buscar opciones lingüísticas que reivindicuen roles activos de los sujetos en sus procesos de s/e/a/c.

Pero más allá del nombre, es necesario construir nuevas maneras de vincularse que tensionen y movilicen las relaciones de poder asentadas (Álvarez, et al. 2021), que pueden visibilizarse con claridad en esta dicotomía “médico-paciente”, impulsando una formación médica que promueva la permeabilidad y la mirada lateral hacia los diferentes saberes y que establezca relaciones de reciprocidad, tomando en cuenta la singularidad de los sujetos, abriendo una puerta hacia procesos de apoderamiento de su salud.

Somos conscientes de que dependiendo del contexto médico en que nos situemos será posible y pertinente transformar en prácticas estos principios que esperamos se transmitan durante la formación universitaria en medicina, lo que debiera extrapolarse al resto de las carreras de la salud. También sabemos que es determinante la generación de un sistema de salud que entregue los espacios y los tiempos para aplicarlos. Creemos, sin embargo, que la medicina se constituye a partir de una relación social y, por lo mismo, podemos pensar estos principios como una actitud o una disposición a transversalizar y democratizar los espacios.

En ese sentido, pensamos que la salud primaria debería ser el espacio médico por antonomasia para hacerlo, ya que es una instancia donde el vínculo y el diálogo pasan a tener la misma relevancia que el conocimiento técnico de la biomedicina. Potenciar la importancia y reivindicar la centralidad de esta estrategia es primordial para poder sostener un sistema de salud más integral.

Actualmente, en Chile está vigente un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), que fue difundido el año 2005, sin embargo, en la práctica no logra configurarse como una estrategia robusta de atención primaria. Este espacio es desdeñado por los profesionales de la salud y sobre todo desde la medicina, pues en su formación se prioriza un enfoque hospitalocéntrico y de especialización, que no incorpora abordajes holísticos. A la vez, se realiza escasa formación en el área de salud primaria que posibilite a los profesionales llevar a cabo acciones de promoción de la salud que potencien una participación efectiva en la toma de decisiones, ni tampoco existe un enfoque multidisciplinario que integre a las profesiones propiamente asistenciales (Ues por el territorio, 2022).

Finalmente, otro problema estructural radica en la configuración de las metas sanitarias (que están asociadas al modo en que se financian los distintos niveles de atención). En el caso del Índice de Actividad de la Atención Primaria

(IAAPS), los indicadores propuestos están más enfocados en una lógica de producción y de gestión de la enfermedad (Ministerio de Salud de Chile, 2013), más que apuntar a un cumplimiento de procesos desde una perspectiva de atención integral. El problema del enfoque actual es que se contrapone con las orientaciones del MAIS, lo que genera contradicciones al momento desarrollar estrategias tendientes a operativizar este modelo de atención. Si no se logran incorporar herramientas (desde el ámbito formativo o a partir de un proceso de formación continua, por ejemplo) coherentes con el MAIS y con las Orientaciones para la planificación y programación en red que realiza cada año el Ministerio de Salud, que además se encuentren blindadas y sean parte de la estructura del sistema, se seguirá gestionando la enfermedad desde un enfoque biomédico que no conduce a mejorar el bienestar social.

En ese marco y principalmente dentro de la salud primaria, consideramos fundamental promover el apoderamiento y empoderamiento de su salud, de quienes acuden a los centros de atención y de las comunidades en general, a fin de construir relaciones que faciliten el diálogo desde una perspectiva horizontal. Parte de estos procesos de apoderamiento conllevan la recuperación de los saberes y recursos de la vida cotidiana que se ponen en juego en las prácticas de autoatención de los padecimientos, pero también de todas las prácticas y representaciones que permiten reproducir la vida. Desde una mirada biomédica, estas prácticas no se ubican en el ámbito de la salud, sin embargo, desde una mirada de la salud colectiva son parte de las determinaciones históricas, sociales y espaciales que rodean y constituyen a los sujetos sociohistóricos que enferman. Dentro de ese grupo de prácticas y representaciones queremos reconocer los procesos de participación y lucha por el territorio que tienen un carácter político, cultural, social y epistémico cuestionando la colonialidad al aportar una mirada del territorio que conecta a la tierra con las distintas dinámicas de la vida (Borde y Torres-Tovar, 2017). La identificación de los procesos de re-territorialización permiten analizar cómo los

sujetos adquieren una nueva forma de entender y vivir los territorios, que busca reconocer y establecer otras territorialidades, “un mundo donde caben muchos mundos” (Borde y Torres-Tovar, 2017, p. 270), contribuyendo a sus procesos de autonomía, apoderamiento y bienestar en contextos de colonización, globalización capitalista, despojo territorial, urbanización global acelerada y crisis sanitaria.

De ahí que consideremos fundamental incorporar como enfoque teórico-metodológico a la formación médica y del resto de las carreras de la salud, una perspectiva crítica que reconozca las relaciones de poder y promueva los procesos de autonomía de los sujetos, donde la noción de territorio tenga un lugar clave y se comprenda interdisciplinariamente en términos de materialidad, simbolismo, apropiación y construcción de identidad, lo que implica su multiplicidad y heterogeneidad, y sus efectos sociales y biológicos en la producción de la vida y, por ende, de la salud (Borde y Torres-Tovar, 2017). En consonancia con lo anterior, proponemos incorporar a la enseñanza de medicina, metodologías y técnicas pedagógicas de corte participativo y emancipador que permitan el acercamiento y la transformación de la realidad de la población usuaria en contextos territoriales diversos. Creemos, que tales perspectivas pueden tener especial pertinencia en la salud primaria, por los contextos de subsidiariedad y municipalización que habita este campo y que producen una serie de diferenciaciones y desigualdades territoriales en la atención a las personas y las comunidades. Asimismo, nos parece pertinente aplicar este enfoque en el levantamiento y evaluación de las distintas instancias de participación social de la institucionalidad sanitaria, con el objetivo de identificar los modos en que se concibe y se aplica el poder de las comunidades al interior de esas instancias, en relación con la promoción de sus propios saberes y procesos territoriales. Esto no significa institucionalizar esos saberes, como lo que ocurre cuando se incluyen a curadores/as no biomédicos/as en los centros

de salud, puesto que frecuentemente esta dinámica sigue sosteniendo las relaciones de hegemonía-subalternidad. Más bien, es necesario dialogar, reconocer y validar los mundos simbólicos y de experiencia de las personas y las comunidades con las cuales se trabaja, incentivando la construcción de la salud fuera de las instituciones y autónomamente desde las cotidianidades territoriales, al tiempo que se busca una alineación con sus intereses y necesidades otorgándoles poder vinculante sobre las instituciones sanitarias y sus sistemas de atención. Creemos que interiorizando en distintos momentos de la formación una mirada dialógica, potenciará un desarrollo integrador con enfoque comunitario que le otorgará mayor sentido al quehacer orientado a promover el bienestar social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allende, S. (1939). *La realidad médico-social chilena (Síntesis)*. Ministerio de Salubridad.
- Allué, M. (2013). *El paciente inquieto: los servicios de atención médica y la ciudadanía*. Bellaterra.
- Álvarez, A; Ruiz, M; Anigstein, M; Oyarce, A. (2021). Desafíos para la antropología de la salud, repensando un abordaje teórico-metodológico para la formación, la investigación y la acción. *Revista Chilena de Antropología*-, 4, 96-112 - <https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64434>
- Anigstein, M. S., Watkins, L., Escobar, F. V., & Osorio-Parraguez, P. (2021). En medio de la crisis sanitaria y la crisis sociopolítica: cuidados comunitarios y afrontamiento de las consecuencias de la pandemia de la covid-19 en Santiago de Chile. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (45), 53-77.
- Bolla Chávez, F. (2015). Biopolítica y educación. Una posibilidad de entender la invención, emergencia y procedencia de los discursos neoliberales

- [Tesis para optar al grado de magíster en Filosofía, Universidad de Chile]. Repositorio académico de la Universidad de Chile.
- Borde, E. y Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental de la salud. *Saúde debate*, 41, 264-275
- Bordieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Editorial Taurus
- Burgos De la Vega, S. y Medina Gay, S. (2021) *Perspectivas Críticas para la Promoción de la Salud*. Programa Curso Magíster Salud Pública Universidad de Chile. 2021.
- Casali Fuentes, A. (2011). Reforma Universitaria en Chile, 1967-1973. Pre-balance histórico de una experiencia frustrada. *Intus-Legere-Historia*, 5(1), pp. 81-101.
- Casallas, A. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Rev Cienc Salud.*, 15(3), 397-408.
- Chapela, M. (2009). Vinculo intersubjetivo: alternativa de cambio en las profesiones de la salud humana. *Rev Fac Nac Salud Pública* 27(1), 76-80.
- Chapela, M. y Cerda, A. (2010). Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos. Universidad Autónoma Metropolitana.
- CNN Chile. (s.f.). Las reformas realizadas a la actual constitución y los cambios que proponen los expertos. Consultado el 30 de noviembre de 2021. <http://derecho.uc.cl/cn/noticias/derecho-uc-en-los-medios/13463-las-reformas-realizadas-a-la-actual-constitucion-y-los-cambios-que-proponen-los-expertos>
- Figueroa D. (2019). *Recopilación testimonial de académicos de la Facultad de Medicina. Proyecto Ruta de Memoria y Reparación de DDHH*. 2019.

- Gaete, J. (2018). La salud pública y su difícil desarrollo. *Revista Chilena de Salud Pública*, 22(1), 5-7.
- Good, B. (2013). *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Bellaterra.
- Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social (GICAMS) (1992). Municipalización de la salud: Coyuntura para el debate de la crisis política de salud nacional. *Salud y Cambio. Revista Chilena de Medicina Social*, 3(7), 2-3.
- Hersch Martínez, P. (2021). Lecciones imprescindibles de tres maestros chilenos en México: Edgardo Enríquez, Bernardo Baytelman y Jaime Serra. *Pacarina del Sur. Revista de Pensamiento Crítico Latinoamericano*, 37.
- Huneus, C. (1988). *La reforma universitaria. 20 años después*. Corporación de Promoción Universitaria CPU.
- Illanes, M. A. (2010 [1993]). "En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia, (...)". *HISTORIA SOCIAL DE LA SALUD PÚBLICA. CHILE 1880/1973 (Hacia una historia social del siglo XX)*. Ministerio de Salud.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. (2002). *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos*. *Rev Panam Salud Pública*, 12(2), 128-136.
- Laurell, A.C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico-Sociales*, (37), 1-10.
- Madariaga, C., Oyarce, A. M., Martínez-Hernández, A., & Menéndez, E. L. (Ed) (2021). *Repensar la salud mental colectiva: Diálogos, saberes y encrucijadas*. Contrakorriente.
- Mariátegui (1928). *La reforma universitaria*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO.
- Martínez-Hernández, A., y Correa-Urquiza, M. (2021). Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en la salud mental colectiva. En C.

- Madariaga, A. M. Oyarce, A. Martínez-Hernández, & E. Menéndez (Ed), *Repensar la salud mental colectiva: Diálogos, saberes y encrucijadas* (pp. 229-252). Contrakorriente.
- Menéndez E. L. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, 7(28), 11-27.
- Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios sociológicos*, (87), 37-67.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, 8, 185-207
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1(1), 9-32.
- Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, (58), 104-113.
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud colectiva*, 16, e2615.
- Ministerio de Salud de Chile (2013). Índice de actividad de la Atención Primaria (IAAPS). Orientación técnica y metodológica de evaluación.
- Muñoz, C. (2019). *La Salud en Chile. Una historia de Movimientos, Organización y Participación Social*. Ediciones Uach.
- Revista Chilena de Salud Pública (Ed). (2020). *Virus y Sociedad: hacer de la tragedia social una oportunidad de cambios*, Santiago de Chile. Escuela de Salud Pública.

- Rifo Melo, M. E. (2019). Transformación de las universidades chilenas durante la dictadura cívico-militar. ¿El inicio de un sistema neoliberal privatizado o la construcción de una crisis? [Tesis para optar al grado de doctor en Educación, Universidad Autónoma de Barcelona]. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Ruiz, M. (2007). Organizaciones comunitarias y trabajo en salud. Tensiones y aprendizajes en el centro de salud Carol Urzúa [Tesis para optar al grado de magíster en Estudios de Género y Cultura no publicada] Universidad de Chile.
- Ruiz, M. E., Álvarez, A., Anigstein, M. S., Oyarce, A. M. (2020). Desigualdades sociales y procesos de salud-enfermedad-atención en tiempos de COVID-19: Un análisis en clave antropológica. En Revista Chilena de Salud Pública, (Ed). Virus y Sociedad: hacer de la tragedia social una oportunidad de cambios (pp. 68-78). Escuela de Salud Pública.
- Saavedra Pincheira, L. (2021). Percepción de los equipos de salud de atención primaria sobre las actividades de promoción en salud en la comuna de Quillota, Valparaíso, Chile, durante el año 2021. [Tesis para optar al grado de magíster en Salud Pública]. Universidad Andrés Bello.
- Sánchez-Contreras, M. L. (2018). Taxonomía socioformativa. Un referente para la didáctica y la evaluación. En J.M. Vásquez-Antonio (Coord.), Reflexiones sobre la evaluación socioformativa. Centro Universitario CIFE.
- San Martín, H., Peña, J., Biel, F. (1966). Educación médica. Lo social y lo integral en la asistencia médica y en la enseñanza de la medicina. Cuadernos Médico Sociales, 7(3), 22-27.

- Slachevsky Aguilera, N. (2015). Una revolución neoliberal: La política educacional en Chile desde la dictadura militar. *Educacao o. Pesquisa.*, 41, 1473-1486.
- Ues por el territorio (2022). Transformando la formación profesional en salud: Barreras detectadas y estrategias propuestas. Documento de trabajo.
- Universidad de la Frontera (s.f.) Magíster en Salud Pública y Desarrollo Local. Consultado el 30 de noviembre de 2021. <http://postgrado.ufro.cl/index.php/magister/9-sin-categoria/87-magister-en-salud-publica-comunitaria-y-desarrollo-local>
- Universidad de la Frontera (s.f.) P.I.R.I. Programa Internado Rural Interdisciplinario. Consultado el 30 de noviembre de 2021. <http://piri.ufro.cl/index.php/piri/objetivo>
- Universidad de los Lagos (s.f.). Magíster en Salud Colectiva. Consultado el 30 de noviembre de 2021. https://www.ulagos.cl/curso_postgrado/magister-en-salud-colectiva-ptomontt/
- Valdivia, V., Álvarez, R. y Donoso, K. (2012). La alcaldización de la política. Los municipios en la dictadura pinochetista. LOM Ediciones.
- Valdés, T. y Weistein, M (1989). Organización de pobladoras y construcción democrática en Chile. Notas para un debate. Documento de Trabajo, Programa FLACSO-Chile, 434, 4
- Weinstein M. (1997). Participación social en salud. Acciones en curso. FLACSO.
- Zurita Garrido, F. (2020). El trabajo docente durante la dictadura cívico-militar en Chile (1973-1990). Una mirada desde las políticas públicas educacionales. *Revista de Historia da Educacao*, 24, 1-31.9