

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE



EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA

Divergencias e inequidades en salud

Mario Ociel Moya
(Editor)

Santiago de Chile, mayo de 2022

Se sugiere citar esta publicación como:

Moya, M.O. (Ed.) (2022). *El quehacer de la salud pública. Divergencias e inequidades en salud*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, Universidad de Chile.

Ediciones FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile

www.flacsochile.org

Impreso en Santiago de Chile

Mayo de 2022.

ISBN Libro impreso: 978-956-205-276-4

Descriptores:

1. Salud pública
2. Antropología de la salud
3. Sistema de salud
4. Nutrición
5. Género en salud
6. Cuidado informal

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.

Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile.

Las opiniones versadas que se presentan en este trabajo son de responsabilidad exclusiva de sus autoras y autores, y no reflejan necesariamente la visión o puntos de vista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile).

En el presente libro se intenta usar un lenguaje no discriminador ni sexista a pesar de que en nuestra lengua, hasta el momento, no hay soluciones generales que sean consensuadas y sistemáticas ni que necesariamente facilitan una lectura convencional; se usa el masculino genérico en algunas ocasiones y se especifican las diferencias entre hombres y mujeres cuando corresponde.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	13
PRÓLOGO	15
María José González Rodríguez e Ismael Bravo Rodríguez	
INTRODUCCIÓN	29
La salud pública como problema	
Mario Ociel Moya	
PARTE 1.	35
EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA	
CAPÍTULO 1.	37
Políticas de salud y nutrición en Chile: una perspectiva histórica	
Fernando Vio y Cecilia Albala	
CAPÍTULO 2.	51
Políticas públicas en salud: más que decisiones técnicas.	
El caso de la Píldora del Día Después	
Soledad Barría Iroumé y Nydia Contardo Guerra	
CAPÍTULO 3.	69
Sumergirse en el antropoceno: más allá de pública,	
poblacional o colectiva	
Yuri Carvajal B. y Manuel Hurtado	

PARTE 2.	81
LA CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL OBJETO EN SALUD PÚBLICA	
 CAPÍTULO 4.	 83
Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud Didier Fassin	
 CAPÍTULO 5.	 113
La (des)gubernamentalización del malestar: racionalidades, lógicas y disputas en la producción de la verdad médica Hugo Sir Retamales y Nicolás Fuster Sánchez	
 CAPÍTULO 6.	 135
El objeto/sujeto de las políticas sobre “discapacidad”: los cuerpos in-disciplinables Miguel A. V. Ferreira	
 PARTE 3.	 167
GÉNERO, FEMINISMO(S) Y SALUD	
 CAPÍTULO 7.	 169
De la ciencia androcéntrica hacia la construcción de un modelo sanitario con enfoque de género Alexandra Obach y Alejandra Carreño	
 CAPÍTULO 8.	 189
Feminismo(s) y epistemologías feministas: desafíos para la salud pública Rodolfo Morrison Jara	
 CAPÍTULO 9.	 219
Sobrecarga y desigualdades de género en el cuidado informal de largo plazo: un fenómeno invisibilizado Milda Galkutė y Claudia Miranda Castillo	

PARTE 4.	235
PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA	
 CAPÍTULO 10.	 237
Sobre la importancia de nombrar: el concepto de violencia obstétrica y sus implicancias	
Michelle Sadler	
 CAPÍTULO 11.	 255
La migración y la respuesta del sistema de salud en Chile: aprendizajes y desafíos	
Báltica Cabieses	
 AUTORAS Y AUTORES	 285

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.
ADN	Ácido desoxirribonucleico.
AMIPAR	Asociación de Matronas Independientes de Parto Respetado.
AMUCH	Asociación de Municipalidades de Chile.
APROFA	Asociación Chilena de Protección a la Familia.
APS	Atención Primaria en Salud.
ASOMAT	Asociación Nacional de Matronas y Matrones, Chile.
AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas, Chile.
BCN	Biblioteca del Congreso Nacional.
CASEN	Encuesta Poblacional de Caracterización Socioeconómica Nacional, Chile.
CDT	Centros de Diagnóstico Terapéutico.
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
CENABAST	Central Nacional de Abastecimiento.
CENEM	Centro Nacional de Estudios Migratorios de la Universidad de Talca.
CEP	Centro de Estudios Públicos.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.
CLADEM	Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

COLMED	Colegio Médico, Chile.
CONIN	Corporación para la Nutrición Infantil.
CNAF	Cánula nasal de alto flujo.
CRLP	Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.
CRS	Centros de Referencia Secundaria.
DEM	Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
DFL	Decreto con fuerza de ley.
DIU	Dispositivos intrauterinos.
DL	Decreto ley.
DSS	Determinantes sociales de la salud.
DTO	Decreto.
EGO Chile	Programa Estrategia Global contra la Obesidad, Chile.
ECTG	Estudios de Ciencia, Tecnología y Género.
ENS	Encuesta Nacional de Salud.
ENUT	Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
ESP	Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
EVN	Esperanza de Vida al Nacer.
EVS	Esperanza de Vida Saludable.
FF.AA.	Fuerzas armadas, Chile.
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
FONASA	Fondo Nacional de Salud.
GES	Garantías Explícitas en Salud.
JUNAEB	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
JUNJI	Junta Nacional de Jardines Infantiles.
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos.
INE	Instituto Nacional de Estadísticas, Chile.
INTA	Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
INTEGRA	Red de Salas Cuna y Jardines Infantiles.
IPS	Instituto de Previsión Social.
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional.
ISFEM	ONG para la Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer.

ISL	Instituto de Seguridad Laboral.
ISP	Instituto de Salud Pública.
ITS	Infección de Transmisión Sexual.
LEDIS	Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
LEPA	Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
LGBTQI+	Lesbiana, Gay, Transexual, Bisexual, Queer, Intersexual, + más todas las identidades sexo-genéricas no binarias.
LIONDAU	Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
LISMI	Ley de integración social de los minusválidos.
MCA	Medicinas complementarias y alternativas.
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación, Chile.
MINEDUC	Ministerio de Educación, Chile.
MINJUSTICIA	Ministerio de Justicia, Chile.
MININT/MININTERIOR	Ministerio del Interior, Chile.
MINREL	Ministerio de Relaciones Exteriores, Chile.
MINSAL	Ministerio de Salud, Chile.
MUMS	Movimiento por la Diversidad Sexual.
NNA	Niños, niñas y adolescentes.
NutriRSE	Programa Nutrición de Responsabilidad Social Empresarial.
OIDSMET	Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo.
OIM	Organización Internacional para las Migraciones.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
ONRED	Objetivismo, el Naturalismo, el Realismo y el Empirismo Deductivo.
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana.
OVO	Observatorio de Violencia Obstétrica, Chile.
PAE	Píldora Anticonceptiva de Emergencia.
PAE	Programa de Alimentación Escolar de JUNAEB.
PEM	Programas de Empleo Mínimo.

PES	Planificación Estratégica Situacional.
PCD	Personas con discapacidad.
PCR	Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa.
PNAC	Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
POJH	Programa Ocupacional de Jefes de Hogar.
PRODEMU	Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer.
RCA	Revista Colombiana de Antropología.
RECHISAM	Red Chilena de Investigación en Salud y Migraciones.
RELACAHUPAN	Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento.
RMC	Registro Mensual Consolidado.
SE	Semana epidemiológica.
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor.
SERNAMEG	Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género.
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
SIMCE	Sistema de Medición de la Calidad de la Educación.
SOCHIPAR	Sociedad Chilena de Parto y Nacimiento.
SNS	Servicio Nacional de Salud.
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud.
SSR	Salud sexual y reproductiva.
TC	Tribunal Constitucional.
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
UCIM	Unidades de Cuidados Intermedios.
UDP	Universidad Diego Portales.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
VMI	Ventilación mecánica invasiva.

PRÓLOGO

*María José González Rodríguez e Ismael Bravo Rodríguez
Programa Trabajo, Empleo, Equidad y Salud
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile)*

En tiempos actuales, donde la salud y las políticas sanitarias son objeto de discusión diaria a nivel mediático y personal, en planos nacionales como internacionales, el re-pensar o re-mirar el rol que tiene la salud pública resulta crucial. La pandemia por COVID-19 ha dado pie para cuestionarnos sobre el diseño y adecuación de ciertas políticas públicas; hoy más que nunca los sistemas de salud y la política sanitaria han debido responder a la inmediatez del curso de la pandemia con facilidad de adaptación y versatilidad para hacer frente a este fenómeno que pocos creímos poder vivir.

Es en este contexto donde el presente libro y las valiosas contribuciones de sus autores resultan más valorables, por cuanto problematizan el rol de la salud pública frente a una diversidad de temas actuales que invitan a la reflexión y discusión.

El documento, se encuentra organizado en cuatro secciones. La primera de ellas se orienta a la discusión sobre el quehacer de la salud pública y alberga los primeros tres capítulos del libro.

El primer capítulo brinda un recorrido histórico de las políticas de salud y nutrición en el país. Los autores (Fernando Vio y Cecilia Albala), comienzan realizando un repaso acucioso y detallado por diversos hechos históricos y cifras relacionadas con la mortalidad infantil y de los enfoques de las primeras políticas de nutrición infantil, donde se reconoce la importancia de la alimentación como factor protector de la salud de las personas.

En dicho sentido, se señala la relevancia de la institucionalidad sanitaria y las políticas públicas afines para potenciar la entrega de alimentos, el acceso a la salud de niños y embarazos, y la ampliación de la cobertura del sistema de salud hacia áreas aisladas o rurales. Se destaca la acción conjunta de la prevención primaria, secundaria y terciaria para alcanzar

el logro de erradicar la desnutrición infantil en un período inferior a dos décadas entre los años 70 y 90.

A pesar de lo anterior, los autores presentan un punto controversial de suma relevancia para la actualidad; y que se relaciona con el hecho que la disminución de la mortalidad infantil generó un incremento de la esperanza de vida –por lo cual fue tarea del sistema de salud el responder a dicha realidad debiendo re-pensar las políticas focalizadas en el envejecimiento–, y el control de la desnutrición infantil un incremento explosivo en la obesidad a mediados del siglo XX. En este último punto los autores destacan como factores potenciadores la disminución de la desocupación, incremento del ingreso en las familias, la llegada de las cadenas de comida rápida, el trabajo de la mujer fuera de la casa.

Los autores finalizan el escrito destacando la falta de continuidad y sostenibilidad en el tiempo de las políticas para el manejo de la obesidad, a diferencia de aquellas centradas en la erradicación de la desnutrición, lo cual destacan como un elemento de especial urgencia actual considerando que uno de los factores de riesgo para COVID-19 es efectivamente la obesidad y la prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

El segundo capítulo presenta el complejo recorrido que deben sortear ciertas políticas públicas de salud para ser implementadas, especialmente si su contenido suscita fuertes debates y tensionamiento ideológico en determinados sectores de las sociedades en que se insertan. De este modo, se desglosa con lujo de detalle tanto los avances como los retrocesos del proyecto iniciado durante el año 2006 que buscaba extender la entrega de la “píldora anticonceptiva de emergencia” (PAE) en todos los establecimientos públicos de salud primaria de Chile, favoreciendo el acceso de adolescentes y mujeres de escasos recursos a este método anticonceptivo, a la cual ya accedían profusamente los sectores más acomodados del país.

Un aspecto interesante del escrito radica en la riqueza testimonial que reviste su relato, puesto que precisamente una de las autoras (Soledad Barría) ocupó el cargo de Ministra de Salud durante el periodo en que se debió implementar y defender la continuidad de una política que con el correr de los años demostraría generar un importante aporte a la salud pública (los embarazos adolescentes disminuyeron de 40.355 en el año 2008 a 35.184 casos el año 2012 y 17.242 en 2017).

Básicamente, el lector se encontrará con la posibilidad de acceder a un escrito que narra de primera fuente, en la voz de una de sus protagonistas, el desenvolvimiento de la discusión que rodeó al proyecto de la entrega

de la PAE, haciendo especial énfasis en el componente político de las políticas públicas en salud, puesto que se señalan los principales actores involucrados y cómo pudieron cambiar el curso del enfrentamiento y sus posiciones de fuerza en las diferentes etapas que vivió el proceso. En este sentido, las autoras son sumamente enfáticas en señalar el carácter marcadamente ideológico que asumió este debate puesto que *“la distribución de la PAE alineó fuertemente a los diversos actores según su ideología. Los detractores avanzaron, impidieron por años su distribución, pero finalmente la determinación del ejecutivo y muy en especial la fuerza de la ciudadanía, en este caso de las mujeres organizadas y activas, logró que se impusiera la medida”*.

Sin dudas, el testimonio y análisis planteado por las autoras corresponde a una serie de reflexiones y aprendizajes que deben ser recogidos por cualquier persona que se encuentre abocada a la tarea de mejorar la salud pública. En particular, rescatamos dos: a) los ministerios de salud no deben ni pueden entenderse como carteras meramente técnicas, en cuenta *“las medidas de salud pública son políticas y sociales, y se debe contar con capacidades técnicas internas, además de sociales y políticas para llevar adelante las medidas”*; y b) en el campo de la salud pública, suele ocurrir que los resultados se evidencian en el largo plazo, por ende trascienden el tiempo que suele durar un ciclo gubernamental, por lo que la capacidad política de diseñar su proyección y sostenibilidad para que se conviertan en políticas de estado resulta crucial.

La primera parte del libro finaliza con el tercer capítulo a cargo de Yuri Carvajal y Manuel Hurtado. En un lenguaje distinto, los autores brindan una interesante reflexión a cómo analizar o entender la pandemia actual por COVID-19.

Con una clara intención política, los autores deciden tomar como punto de partida el antropoceno; una forma de manifestar a los mismos individuos como agentes de la realidad actual que vivimos por la pandemia del Coronavirus.

De esta forma, sugieren dislocar la mirada usual que tenemos de la pandemia, invitando al lector a cuestionar sobre cómo la propagación del virus o los lugares o poblaciones donde éste “se encuentra más cómodo”, en palabras de los autores, nos vienen finalmente a interrogar sobre cómo organizamos las ciudades y nuestros hábitos diarios.

Es en ese último punto donde radica el valioso mensaje que los autores quieren brindar con el escrito. Desde nuestra interpretación buscan

hacer un llamado al análisis de la pandemia desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, buscando no profundizar solamente en el análisis clínico del mismo, si no en las estructuras o condiciones sociales que propician factores de riesgo para su mayor propagación y mortalidad. En ese sentido, resulta crucial tratar el sedentarismo en las ciudades, la hiperconectividad, la destrucción de nichos ecológicos que actúen como barreras de propagación, etc.

El cuarto capítulo da paso a la segunda parte del libro, orientada a discutir sobre el objeto de la salud pública. Este capítulo, que bien podríamos catalogar como un ensayo –e incluso un manifiesto teórico para ser más precisos–, se encuentra a cargo del connotado antropólogo de origen francés Didier Fassin, quien de forma expresa declara perseguir tres objetivos.

En primer lugar, pretende tomar posición por la agenda de la antropología de la salud y así, evidenciar cómo se diferencia de los enfoques tradicionales asociados a la antropología médica, señalando que debe nutrirse de una doble lectura, tanto histórica como política. En este sentido, el autor plantea la crítica transversal a los estudios antropológicos en torno a la enfermedad, puesto que se enfocaban exclusivamente en la dimensión individual de una realidad innegablemente social, prestándose, en consecuencia, poca atención a elementos como:

“... los sistemas de protección social y de higiene pública, a los programas de prevención de las epidemias y de lucha contra las grandes endemias, a las políticas internacionales de cuidados básicos y locales de la salud en la medicina comunitaria, a los proyectos de desarrollo sanitario en los países pobres y de desarrollo social en los barrios pobres de los países ricos, a los dispositivos de información epidemiológica y de regulación económica, todo lo cual constituye, en el fondo, la cotidianidad del campo de la salud”.

Tal como señala Fassin, este planteamiento no apunta a reformular a la disciplina antropológica como una ciencia centrada en el abordaje de los grandes problemas y temáticas sociales o que se especialice en la formulación de recomendaciones técnicas, sino que la crítica apunta a identificar que estos aspectos que pueden parecer anexos al fenómeno de la salud, resultan ser igualmente portadores de sentido que la enfermedad y son, por tanto, dignos de recibir un trabajo interpretativo que profundice los análisis.

El segundo objetivo declarado por Fassin, consiste en escrutar la relación que existe entre los procesos de objetivación y subjetivación en los

fenómenos relativos a la salud, en sus palabras, *“desvelar la tensión que existe entre la realidad objetivada por los epidemiólogos o los economistas y su traducción subjetiva en las representaciones y las acciones”*. En este punto, el autor recurre de forma didáctica a una serie de ejemplos que dan cuenta de que no basta con la presencia de una patología para que se manifieste un problema de salud, sino que se requiere la operación de actores que le otorguen existencia social y del mismo modo. Pero, del mismo modo, esta subjetivación no ocurre sin la objetivación que proveen los exámenes de laboratorio o toxicológicos. Nos encontramos, en definitiva, frente al planteamiento de una dinámica prácticamente dialéctica entre objetivación y subjetivación de la salud.

Ya en tercer, y último lugar, el autor busca sentar las bases para establecer ciertos análisis que conjuguen los escenarios locales y mundial de salud, proceso que denomina globalización sanitaria. Puntualmente, se plantea la posibilidad de que la antropología de la salud pueda hacer gala de su capacidad para integrar en el análisis aspectos que sobrepasan lo que comúnmente enmarcamos dentro del sector de salud. En términos prácticos, el argumento estriba en que la antropología permitiría atenuar los efectos de opacidad que afectan al análisis de los fenómenos sanitarios, como lo son el fuerte consenso en torno al cuerpo considerado sano y la exclusividad que se arropan los especialistas (cuestionando sus dispositivos y mecanismos de producción de conocimiento).

Llegado este punto, el lector podría genuinamente cuestionarse si las reflexiones planteadas por Fassin —que parecieran circunscribirse exclusivamente a las ciencias sociales en general y de forma más particular al campo disciplinar de la antropología—, resultan de utilidad para quienes se encuentran ajenos a los debates que allí se suscitan. Interrogante frente a la cual no dudamos en responder con un tajante sí, puesto que los derroteros teóricos explorados por Fassin son atingentes para todos quienes han hecho de los fenómenos relativos a la salud su campo predilecto de investigación y estudio, pero serán aún más esclarecedores, e incluso reveladores, para quienes se encuentren inquietos por tender puentes entre los, a veces lejanos, terrenos de las ciencias sociales y la salud pública.

El quinto capítulo del presente escrito constituye una reflexión con una potente base teórica para analizar el proceso de construcción y generación de realidad asociada a la salud y la medicina. Los autores, Sir Retamales y Fuster, realizan una reflexión de la mano de la idea de gubernamentalidad, concepto planteado por el filósofo francés Michel Foucault y que es entendido como un espacio donde se ejerce el poder. En base a ello, se cuestionan si son entonces los diagnósticos, indicadores, cuidados y mejoras una parte de un ejercicio de dominación particular.

Siguiendo dicha base teórica, los autores problematizan el predominio de la lógica patologización, normalización y medicalización de la salud de las poblaciones como un enfoque que, incluso con un fin político, ha sido utilizado a lo largo de la historia para sustentar el predominio de los intereses de las instituciones y el Estado sobre los deseos y prácticas individuales y colectivas. De esta forma, se ejemplifica el caso de Chile con el surgimiento de la cuestión social en a fines del siglo XIX, donde se visibiliza claramente la aparición y predominio del saber médico en la arena política para justificar intervenciones técnico-sanitarias.

Una segunda lógica predominante en el estudio de la producción de la verdad médica es la de funcionalización-rentabilización. Dicho proceso se asocia a una individualización de las prácticas médicas y los procesos de medicalización son asociados ahora a objetos de consumo y diferenciación social expresados en estilos de vida en salud que dan valor.

Por último, los autores reflexionan sobre una tercera lógica que esta vez se desmarca de la lógica de la gubernamentalización y, al contrario, se enfoca en mecanismos donde problemas estructurales se buscan resolver en el plano individual. Esta es comprendida como la lógica de la micropolítica.

La forma en el que los autores analizan la lógica de la micropolítica en relación con la salud resulta especialmente atinente a la actualidad y brindarán al lector una interesante forma de cuestionar la organización de la institucionalidad sanitaria. Esto por cuanto invita a reflexionar sobre cómo muchas veces políticas públicas de salud que buscan el empoderamiento personal o actuar sobre el plano individual, finalmente terminan por ocultar las carencias estructurales del sistema, no haciéndose cargo de las reestructuraciones profundas que se requieren.

Dichas micropolíticas a su vez potencian la colectivización de los malestares o diagnósticos y terminan muchas veces por convertirse en reivindicaciones sociales que, de la mano de la organización y participación social, cuestionan las tradicionales formas de ejercicio del poder e invitan a cuestionar su marco de acción. Partiendo entonces desde un análisis social crítico, dichas articulaciones tienen el potencial de la imaginación política, pudiendo incluso cuestionar los espacios de poder y exigir la modificación de los sistemas de salud y la institucionalidad asociada.

Si bien recién nos acercamos a la mitad de los capítulos que componen la presente publicación, nos atrevemos a afirmar que el título número seis condensa especialmente el espíritu que ha intentado erigir el libro que los lectores tienen en sus manos. Y es que precisamente el apartado redacta-

do por Ferreria, abordando las particularidades de un segmento de la población, a saber, las personas con discapacidad (PCD), engloba una contundente crítica epistemológica, un sólido marco teórico, una profunda problematización, una denuncia al origen positivista que tienen las políticas dirigidas a las PCD y las limitaciones que emanan de dicho origen, así como evidencia empírica del caso español que refuerza los planteamientos.

Estamos ante un verdadero manifiesto político-teórico para las PCD, una bandera que recoge tanto su identidad como sus demandas y que se sustenta en una tesis central, según la cual a raíz del *“proceso de modernización occidental y de la hegemonía [...] de una epistemología positivista, la discapacidad ha sido objeto de un tratamiento orientado exclusivamente por un enfoque médico”*. Esto al menos hasta la década de 1980, que representó un punto de inflexión en la medida de que se comienzan a instalar enfoques como la filosofía de la vida independiente o el modelo social —siendo el principal postulado de este último, que la discapacidad es un fenómeno social producido por la inecuación de diferentes estructuras sociales que no contemplan las necesidades de las PCD, desalojando el problema en la fisiología de los individuos y trasladándolo a las esferas cultural y política—, permitiendo que las PCD transiten de ser un mero *“objeto de intervención médico para pasar a constituirse en un sujeto colectivo de acción política, reivindicando los derechos que les han sido negados”*.

Este giro identitario descrito por Ferreira, tiene su correlato en cierto vuelco que experimentó la orientación de las políticas que los estados han fijado en sus itinerarios en materia de discapacidad, cruzando la barrera del asistencialismo sanitario que implicaba la rehabilitación, muchas de estas políticas perseguirán tanto la promoción del reconocimiento expreso de derechos como el aseguramiento de la inclusión de las PCD.

Sin embargo, el autor se muestra crítico al plantear que en su mayoría esta nueva tendencia de las políticas dirigidas hacia las PCD ha sido simplemente discursiva, evidenciándose que la modificación de los marcos jurídicos que regulan su existencia ha permitido la obtención de cierto reconocimiento, pero no ha devenido en *“una transformación sustancial en sus condiciones reales de existencia”*. El autor plantea, que este desajuste entre reconocimiento legislativo o normativo y las condiciones de existencia de las PCD radica en que aun no ha sido abordada la esencia misma de la opresión que las afecta, vale decir, el cuerpo y la corporalidad. Siguiendo a Ferreira, *“el sujeto político ha eludido la cuestión fundamental de su condición de objeto médico. Así, una vez abierta la batalla política, en el camino hacia un pleno reconocimiento de derechos, las personas con discapacidad todavía tienen que hacer valer su verdadera fortaleza”*. Esta

fortaleza radica en la reapropiación, hasta ahora, negada de sus cuerpos, trascendiendo las regulaciones impuestas y asumiendo su condición no normalizable y, por ende, no disciplinable.

De este modo, Ferreira sentencia que independientemente de la orientación o declaración de principios que postulen las políticas que se diseñan e implementan para PCD, es el sustrato positivista que por antonomasia inhibe la apropiación de sus cuerpos en cuanto sujetos políticos el que condena a dichas políticas a una inevitable ineficacia en la búsqueda de la inclusión social de las PCD como colectivo.

La tercera parte del libro se enfoca en la discusión de una temática especialmente actual y relevante al momento de analizar el quehacer de la salud pública: cómo incorporar la perspectiva de género y feminista en el modelo de salud. Con dicho propósito, las autoras Alexandra Obach y Alejandra Carreño comienzan reflexionando acerca de la preponderancia que ha tenido en el área de la salud los ámbitos biológicos, por sobre los culturales. Desde su perspectiva, esto ha implicado la instalación y profundización de diversas inequidades, dentro de las cuales predominan aquellas asociadas a inequidades de género.

A partir de dicha reflexión, las autoras llegan al argumento central del escrito, el cual dice relación con la tesis de que la incorporación de la perspectiva de género en salud puede reducir las desigualdades en salud y mejorar la eficiencia y efectividad de los sistemas de salud. Sin embargo, ello requiere de la incorporación de una perspectiva interseccional, puesto que la compleja interacción entre las múltiples identidades que constituyen a las personas, como son las de género, clase, raza, entre otras, permiten profundizar y comprender mejor los comportamientos y exposiciones diferenciadas relacionados a la salud, y el acceso y uso de los sistemas de salud por parte de la población. A modo de ejemplo, se señala que, si a la dimensión de género se suma, por ejemplo, la de ruralidad y adultez mayor, el índice de pobreza multidimensional aumenta significativamente, alcanzando un 44,4% en mujeres rurales con 60 años o más (PRODEMU, 2020).

Luego de proporcionar una revisión del concepto de androcentrismo, las autoras fundamentan cómo el género resulta ser un elemento clave para abordar una perspectiva científica y sanitaria capaz de incluir a todos los sujetos más allá de su posición en el sistema sexo/género y así superar el paradigma androcéntrico que resulta ser la base de dichas inequidades.

A partir de diversos ejemplos y casos, las autoras evidencian cómo dicho paradigma ha resultado responsable de la instalación de mandatos

de género en salud. De esta forma, siguiendo el marco conceptual de Determinantes Sociales, es posible concebir al género como un determinante de tipo estructural, el cual, al combinarse con otras variables, principalmente de clase social y étnicas, son fundamentales en los resultados de salud de las poblaciones.

Buscando desmarcarse de los análisis tradicionales de género que sólo se enfocan en temáticas relativas a las mujeres, el relato da espacio para el análisis sobre cómo los paradigmas asociados a la masculinidad también tienen consecuencias e implicancias para la salud de los hombres. El modelo de masculinidad clásico promueve idearios donde el hombre debe mostrarse activo, fuerte, autónomo, jefe de hogar, entre otros, condiciones que igualmente marcan sus resultados en salud y los exponen a determinados riesgos, por ejemplo, en el ámbito laboral.

Una última reflexión que merece destacarse, en especial para el público hacia el cual este libro está dirigido, es aquella que proporcionan las autoras sobre cómo la profundización de estos paradigmas ha conllevado a la formación de marcos cognitivos clínicos con un profundo sesgo de género, los cuales han impactado fuertemente en la formación de profesionales del área de la salud.

A pesar que se han evidenciado avances en la actualidad para superar estas visiones tradicionales, las autoras hacen un llamado a continuar profundizando en estas reflexiones para transformar el accionar de los sistemas de salud, lograr cambios profundos en el sistema sexo-género y conseguir, como que todas las personas *“se encuentren en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados”*.

El segundo capítulo de esta tercera parte del libro está a cargo de Rodolfo Morrison. A lo largo del octavo acápite, el autor, nos plantea una contundente crítica de corte epistemológico al enfoque que tradicionalmente ha estudiado la salud pública, el cual se ha caracterizado por el empleo de un paradigma positivista y biomédico, aspectos que quizás resultan más fáciles de identificar, a los cuales el autor adiciona un tercero, bastante menos asumido, que es el androcentrismo de sus planteamientos y todas las consecuencias que derivan de ello.

En este sentido, el autor plantea que la forma en que se han producido históricamente los saberes científicos dentro de este campo (aunque extensible a la gran mayoría de las áreas del conocimiento humano) responden a estructuras tradicionales, patriarcales y androcéntricas las

cuales han devenido, naturalmente, en políticas públicas que dictaminan que ciertos sujetos componente el imaginario de “lo público”, mientras otros quedan relegados a la invisibilización.

Las principales perjudicadas de esta delimitación han sido las mujeres, las personas no heterosexuales, los migrantes, los pobres y los indígenas, quienes han sido despojados como sujetos de derecho al no ser considerados por las políticas públicas de salud, viéndose fuertemente desprotegidos. Situación que se agrava, cuando evidenciamos que las pocas veces que las políticas públicas de salud han tenido la intención de superar esta barrera epistemológica y abordar específicamente a alguno de estos colectivos, han recurrido al uso de estereotipos y sesgos sexistas, provocando que tanto la efectividad como los potenciales beneficios de dichas políticas queden en entredicho.

A lo largo del capítulo, Morrison se plantea un contundente itinerario para abordar su crítica epistemológica, lo que no debe confundir al lector, puesto que por más teóricamente elevados que puedan mostrarse los planteamientos expuestos, el autor siempre encuentra el momento preciso para aterrizar el debate y señalar la forma concreta en que se engarza la epistemología feminista con los estudios de salud pública, dando cuenta del enorme potencial inexplorado que encierra esta relación.

Para cerrar esta tercera parte del libro, Galkutè y Miranda brindan una contundente reflexión con respecto a la organización de los sistemas de cuidado de adultos mayores para el caso chileno, país que muestra los índices más altos de envejecimiento de la región. Las autoras centran su análisis en el caso de los cuidadores informales, debido a la deficiencia y escasez de políticas públicas orientadas en mejorar la calidad de vida y bienestar de personas que se desempeñan en dicha ocupación.

Desde la perspectiva de las autoras, difícilmente sería posible conducir un análisis de este tipo sin considerar la perspectiva de género como eje conductor. Esto por cuanto los roles tradicionales que la sociedad impone a las mujeres, y que se fundamentan en inequidades de género y en la división sexual del trabajo, han implicado que sean las mujeres quienes mayormente se desempeñen en tareas de cuidado, especialmente informales.

Considerando el objetivo primordial que tiene la presente publicación, este capítulo particular proporciona elementos relevantes para repensar el quehacer de la salud y la salud pública. A partir del análisis de los sistemas de cuidado, se releva la necesidad de políticas públicas que

ayuden en la reducción de las inequidades de género, por cuanto los datos presentados por las autoras explicitan que las mujeres cuidadoras informales son quienes suelen sufrir mayores efectos negativos en su salud, en comparación a los hombres.

En complemento de lo anterior, las autoras abogan por una institucionalidad clara y eficiente que soporte la demanda existente y futura asociada al cuidado de larga duración, y que no se soporte en el incremento del sistema de cuidado informal que, como se señaló, genera importantes consecuencias para quienes se desempeñan en él.

La cuarta parte del libro agrupa los dos capítulos finales de la publicación y se orienta a reflexionar sobre dos problemas de salud pública contingentes. En el primero de ellos, tal como señala el título del capítulo, Michelle Sadler, se aboca a la visibilización de un tipo particular de violencia, la violencia obstétrica, planteando de forma simple y directa un problema del que como sociedad hemos optado por rehuir. La autora, al proveernos un marco para comprender la particularidad de la violencia obstétrica, nos plantea que, a diferencia de otros tipos de violencia, carece de una identificación mecánica de los victimarios o responsables, situándose su origen en niveles estructurales de la sociedad (específicamente en las ideas ideologías de género imperantes y en la visión que tiene el sistema biomédico de los procesos reproductivos de las mujeres). Esta condición provoca que tanto su comprensión como su abordaje revistan de cierta complejidad, especialmente en lo que respecta a su posicionamiento como una temática urgente en el quehacer de los países y sus agendas políticas.

Sin embargo, la autora no nos plantea únicamente la profundidad de este problema, sino que también arroja luces sobre su abordaje como una preocupación acuciante de la salud pública que debe ser nombrada sin tapujos. Esto en gran parte, debido a que la violencia obstétrica se expresa de forma más concreta y material al interior de los establecimientos de salud, siendo ejercida principalmente por el personal durante todo el proceso de gestación, pero con especial crudeza en el momento mismo del parto, tal como se da cuenta mediante el relato de Alma y la herida que dejó en ella su experiencia.

La brillantez del capítulo radica en cumplir tenazmente lo que se propone, hacernos ver lo que sabemos que está, pero que nos hemos acostumbrado a ignorar. Proceso que no resulta fácil, por todas las contradicciones tanto internas como colectivas que conlleva, pero que sin duda se facilita gracias a la claridad y decisión con que la autora plantea la problemática. Este capítulo es un claro ejemplo de que el apasionamiento e involucramiento

del autor o autora por los temas que investiga no representa un problema para el desarrollo de los mismos, sino que, muy por el contrario, podemos apreciar como la responsabilidad asumida por la autora *“de entregar un ambiente de cuidado y respeto para las mujeres que dan a luz, sus bebés y sus familias”*, así como *“de que nunca más a una mujer le duela el alma por la forma en que fue tratada durante el parto”*, nutren y respaldan profundamente tanto su investigación como sus planteamientos.

El libro finaliza con la valiosa contribución de Báltica Cabieses para analizar el fenómeno de la migración y la respuesta del sistema de salud chileno. Esta temática resulta de especial relevancia por cuanto en los últimos años, ha podido observarse un flujo migratorio sin precedentes al país que ha puesto en evidencia las vulnerabilidades asociadas a dicha condición con respecto a la salud y calidad de vida de la población migrante.

Al respecto, el relato de Cabieses se presenta cargado de evidencia sólida para analizar la relación entre migración y salud, la cual se relaciona mayormente con las condiciones en las cuales dicho proceso migratorio se desarrolla, más que con la condición de migrante en sí. En palabras de la autora, *“la salud de las personas migrantes internacionales está determinada por las diversas experiencias que enfrentan durante las diversas etapas del proceso migratorio, es decir, en el lugar de origen, en el tránsito, en el lugar de destino y en el retorno”*.

Para profundizar su análisis en el caso chileno, la autora presenta una importante y contundente síntesis del sistema de salud chileno en cuanto a su organización e institucionalidad, entregando un espacio específico y especialmente detallado para analizar la normativa existente para el acceso de la población migrante al sistema de salud y protección social.

A pesar de lo anterior, la autora reflexiona sobre el escaso acceso de la población migrante a dichos sistemas y las barreras asociadas con ello. Haciendo un énfasis en la población migrante venezolana, la autora evidencia cómo dicha población presenta barreras para llegar a la consulta, para ser atendidos en los establecimientos de salud, en el acceso a prestaciones universales como AUGE-GES, entre otras.

Para profundizar este argumento, un valor particular del presente relato es el análisis comparado de datos que realiza la autora sobre el uso efectivo y barreras de acceso para problema de salud de corto plazo para la población chilena, inmigrantes y población migrante venezolana específica. Asimismo, destaca el análisis histórico proporcionado por la autora, sobre el manejo de la pandemia por COVID-19 en relación con la

población migrante y las medidas que desde la institucionalidad sanitaria chilena se implementaron.

La contribución de Cabieses finaliza con una síntesis de propuestas para la promoción de la salud de la población migrante en Chile. A partir de ello, se identifican cuatro propuestas concretas para el re-diseño de políticas públicas orientadas a migración y salud pública cuyo valor radica en su carácter inclusivo, participativo e intersectorial que, de seguro, serán de gran utilidad para el lector.

Las diversas reflexiones aquí presentadas nos invitan a cuestionar el quehacer y el rol de la salud pública, en un escenario sanitario actual marcado por la contingencia y la incertidumbre propias de la pandemia por COVID-19. Los aportes de los distintos autores aquí presentados permiten reflexionar sobre re-estructuraciones necesarias de realizar en el diseño de las políticas públicas de salud actuales para abordar o reducir las inequidades en salud. Lo anterior resulta especialmente relevante en el contexto de la Región de América Latina, la cual corresponde a una de las más desiguales del mundo (OPS, 2018), razón por la cual una proporción importante de su población se ve muchas veces expuesta a condiciones vulnerables, tanto sociales como de salud.

Referencias bibliográficas

- PRODEMU (2020). Encuesta de Bienestar General en Mujeres. Chile. Recuperado de: https://prodemu.feriasprodemu.cl/wp-content/uploads/2021/estudios/3-Encuesta-Bienestar-General-%286%29-JULIO.pdf?_t=1617201506
- OPS (2018). Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49505>)