

The background of the cover is a black and white photograph showing several hands of different skin tones reaching towards the center, holding a small, textured, woven object. The background is slightly blurred, showing foliage.

Promoción de la salud en Latinoamérica - *Abya Yala* Caja de herramientas

TOMO I
Trasfondo histórico y actual:
corrientes de pensamiento en promoción de la salud

María Constanza Granados Mendoza
Compiladora

Este libro es el primero de una obra pensada en tomos, resultado de un proceso colaborativo regional de innovación educativa, que nace desde la convicción del aporte que puede realizar la promoción de la salud al logro de transformaciones culturales en favor de la gestión de la salud y el cuidado de la vida. Tiene de base apuestas que reconocen la importancia de la participación, del diálogo de saberes, del fortalecimiento de capacidades y de la construcción de comunidad. Recoge la experiencia de grandes referentes del pensamiento crítico latinoamericano, quienes se constituyen en pilares que se orientan hacia la conformación de alternativas al modelo de desarrollo y a la gestión de la salud y, favorecen las comprensiones de salud que expanden las capacidades de las comunidades, en condiciones de equidad y con énfasis en la protección de todas las formas de vida.

La obra se focaliza en un público académico con el propósito de efectuar contribuciones significativas a la formación de recursos humanos en promoción de la salud. Convoca a dialogar con los textos, a asumir posturas críticas, a ser coproductores de salud desde el lugar de la región en que cada uno se encuentre, a tejer reflexiones que lleven a prácticas transformadoras potentes y a ser parte de la comunidad en promoción de la salud, a fin de fortalecer caminos que impulsen modos de vida saludables y prácticas de cuidado mutuo, a partir de la construcción colectiva de saberes y praxis.

Promoción de la salud en Latinoamérica - *Abya Yala*

Caja de herramientas

TOMO 1

**Trasfondo histórico y actual:
corrientes de pensamiento en promoción de la salud**

MARÍA CONSTANZA GRANADOS MENDOZA

Compiladora



Trasfondo histórico y actual: corrientes de pensamiento en promoción de la salud /
María del Consuelo Chapela Mendoza... [et al.]; Compilación de María Constanza
Granados Mendoza. - 1a ed compendiada. - Mar del Plata: EUDEM, 2024.

Libro digital PDF

Archivo digital: Descarga

ISBN 978-987-8997-91-9

1. Promoción de la Salud. I. Chapela Mendoza, María del Consuelo II. Granados
Mendoza, María Constanza, comp.

CDD 613.09

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723 de Propiedad Intelectual.
Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio o método, sin autori-
zación previa de la editorial y los autores.

ISBN: 978-987-8997-91-9

Este libro fue evaluado por el Dr. Miguel Malo

Primera edición digital: octubre 2024

© 2024, María Constanza Granados Mendoza

© 2024, EUDEM

Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata

Jujuy 1731 / Mar del Plata / Argentina

Edición: Estefanía Milani

Corrección: Stephanie M. Bustamante Salvatierra

Colaboración en la revisión del contenido: Lorena Lázaro Cuesta

Arte y Diagramación: Luciano Alem

Imagen de tapa: Shane Rounce en Unsplash



Libro
Universitario
Argentino



Índice

Prólogo

<i>María Constanza Granados Mendoza</i>	7
---	---

Introducción

<i>María del Consuelo Chapela Mendoza</i>	11
Vivir, <i>salutis</i> y nuestros promotores/as de salud.....	14
Reflexión y coherencia en las prácticas de PS	15
Un paréntesis y un auxiliar para nuestra reflexión	17
Una nave que ya zarpó, y su timonela	21
Bibliografía	24

Capítulo 1: Aportes a la Promoción de la Salud en Latinoamérica: un proceso colaborativo de innovación educativa

<i>María Constanza Granados Mendoza</i>	27
Contexto.....	27
PS LA – <i>Abya Yala</i> Caja de Herramientas como proceso colaborativo interpaíses	30
Consolidación del proceso colaborativo	35
Etapas y momentos	37
Resultados	40
Proyecciones.....	49
Conclusiones.....	50
Bibliografía	52

Capítulo 2: Las promociones de la salud que hacemos

<i>María del Consuelo Chapela y Adrián Eduardo Alasino</i>	55
¿De qué salud estamos hablando?	59
¿Qué palabras son mejores para promover la salud?.....	71
¿Qué tan colonizadora es la PS que hacemos?	75
Bibliografía	91

Capítulo 3: Determinación sociohistórica de la promoción de la salud

*Anselmo Antonio Cancino Sepúlveda, María Fernanda Rivadeneira
Guerrero, María Carolina Morales Borrero, Adolfo Maldonado y Mónica
Osorio Simons* 97

Introducción..... 97

La determinación sociohistórica de la promoción de la salud para
la comprensión del Buen Vivir en los territorios..... 98

La emergencia de un nuevo paradigma de promoción de la salud
basado en el Buen Vivir..... 100

Experiencias de implementación de la promoción de la Salud desde
el Buen Vivir 109

Experiencias de promoción de la salud, hacia un Buen Vivir
en América Latina 112

Bibliografía 126

Capítulo 4: Equidad y promoción de la salud

*Ana Lucia Casallas Murillo, Ingrid Gómez Duarte y
Nancy Jeanet Molina Achury*..... 129

Introducción..... 129

Perspectiva sobre el proceso salud-enfermedad como base para
las acciones de promoción de la salud..... 130

Desigualdades sociales en salud en relación con la promoción
de la salud..... 132

Estrategias para reducir las inequidades sociales en salud 137

Movimientos globales hacia la equidad desde la promoción de la salud. 140

Contexto para una reflexión de promoción de la salud en
América Latina 142

Características de la carga de enfermedad y mortalidad en la región..... 145

La situación de los sistemas sanitarios en la región..... 146

Pospandemia: la urgencia por mayores esfuerzos en la promoción
de la salud..... 151

Experiencia: Mesa de Protección Social a través de la mirada de equidad y de la promoción de la salud.....	155
Buenas prácticas en las estrategias de promoción de la salud para abordar las inequidades sociales en salud	158
Estrategias en salud pública y promoción de la salud	160
Naturaleza de la agenda y sujetos participantes	161
Debate organizativo	163
Experiencia: Monitoreo crítico de las condiciones de salud y trabajo de los trabajadores del sector salud en Colombia	166
La promoción de la salud en este contexto	171
Aprendizajes de la experiencia	171
Conclusiones	173
Bibliografía	174

Capítulo 5: El derecho a la salud y la promoción de la salud: un binomio instrumental para proteger la dignidad de la persona

<i>Karen Vargas López</i>	179
Introducción	179
El derecho a salud como resultado del respeto por la dignidad humana	180
Interrelaciones entre derecho a la salud y la promoción de la salud.....	196
Conclusiones	213
Bibliografía	215

Agradecimientos.....219

Sobre los autores y autoras221

Prólogo

*María Constanza Granados Mendoza*¹

El contexto de profundas inequidades, movilizaciones sociales, crisis climática, violencias, en el que se gestó la obra, motivó una construcción colectiva que sea un aporte a un cambio cultural. En el momento histórico en el que vivimos se hace evidente la crisis civilizatoria, el avance hacia una destrucción de posibilidades para la vida, de especies y recursos naturales que genera además patrones epidemiológicos de exposición y vulnerabilidad diferenciales. La conciencia de la soberanía de los pueblos, la armonía en las relaciones entre los seres vivos, las prácticas de cuidado mutuo y el respeto por los saberes populares son cada vez más lejanos a las realidades cotidianas y a las formas de relación mediadas por el modelo de desarrollo imperante.

La hegemonía del modelo biomédico evidencia su limitado aporte a la salud y al buen vivir, que se constituyen en banderas de una utopía lejana, imposible de lograr sin cambios estructurales a nivel social, de la gestión de la salud y de la educación para la salud.

Promoción de la salud en Latinoamérica - *Abya Yala* Caja de herramientas es un proceso colaborativo regional de innovación educativa, que nace desde la convicción del aporte que puede hacerse desde la promoción de la salud al logro de transformaciones culturales en favor de la gestión de la salud y el cuidado de la vida. Tiene de base apuestas que reconocen la importancia de la participación, del diálogo de saberes, el fortalecimiento de capacidades y la construcción de comunidad. Abre, desde su gestación, la posibilidad de reflexionar y construir con otros valorando las diferencias de contextos, perspectivas y saberes. En coherencia con esto, los autores de la obra son de diferentes países, tienen experiencias diversas y vinculaciones desde las que aportan a la gestión de la salud. Los artículos que dan lugar a las partes de la plataforma y a los tomos de la publicación impresa se materializan luego de procesos reflexivos enriquece-

¹ Coordinadora proceso colaborativo *Promoción de la salud en Latinoamérica - Abya Yala. Caja de herramientas.*

dores en los que el complemento es una oportunidad real. Los equipos interpaíses son una posibilidad de encuentro para abrirnos a escuchar, aprender y ampliar perspectivas asumiendo posturas críticas, en tanto que desde las comunidades, territorios e instancias académicas nos retamos a lograr construcciones direccionadas hacia sociedades que cuiden la vida.

Las transformaciones culturales a las que se apuesta desde la obra colectiva se sustentan en las interacciones cotidianas. Invitan a relacionarnos aprendiendo a comprender, a reflexionar, a dialogar, a respetar profundamente a los otros, a desaprender caminos conocidos y a experimentar otros en los que construir juntos resulta motivante, posible y una apuesta colectiva. El posicionamiento ideológico vincula la obra a construcciones en América Latina relacionadas con procesos emancipadores y coherentes epistemológicamente con apuestas desde la promoción de la salud emancipadora. Esta obra recoge la experiencia y expertiz de grandes referentes del pensamiento crítico latinoamericano, quienes se constituyen en pilares que se orientan hacia la construcción de alternativas al modelo de desarrollo y a la gestión de la salud y, favorecen las comprensiones de salud que expanden las capacidades de las comunidades, en condiciones de equidad y con énfasis en la protección de todas las formas de vida.

Promoción de la salud en Latinoamérica - *Abya Yala* Caja de herramientas es un proceso vivo que nace, avanza en etapas, recupera aprendizajes y aporta de manera bidireccional al generar recursos y enriquecer las reflexiones desde procesos de equipos heterogéneos con públicos objetivo igualmente heterogéneos. Promover un liderazgo colaborativo es coherente con una coordinación colegiada que permite aprendizaje permanente y refundación de los objetivos a medida que se avanza en las etapas y se suman aliados con fortalezas y experiencias diversas.

El proyecto se concibió y se desarrolla en partes que dan lugar, en la obra impresa, a tomos independientes. Mientras que la obra virtual se dirige a un público amplio, heterogéneo, la obra impresa se focaliza en un público académico con el propósito de efectuar contribuciones significativas a la formación de recursos humanos en promoción de la salud (PS). Con los recursos de la caja de herramientas se espera realizar aportes a docentes, estudiantes, directivos de instituciones de educación superior, líderes comunitarios, gestores de salud desde entidades estatales, con conocimientos y habilidades que les permitan acompañar y fortalecer procesos de transformación cultural desde la gestión de

la salud. De esta forma, la obra impresa constituye un recurso más en la caja de herramientas que se pone al servicio de los interesados en el tema en Latinoamérica. Los autores encontraron en este nuevo ejercicio reflexivo la oportunidad para actualizar la obra a tiempos pospandemia en los que el cuidado de la vida sigue siendo una prioridad. Quienes han sido parte del equipo de base de la obra, autores de los capítulos, valoran la oportunidad de aprendizaje permanente, la riqueza de los espacios de reflexión, la posibilidad de innovar y de hacer camino.

Invitamos a quienes leen a dialogar con los textos, a asumir posturas críticas, a ser coproductores de salud desde el lugar de la región en que se encuentren, a tejer reflexiones que lleven a prácticas transformadoras potentes y a ser parte de la comunidad en promoción de la salud, con el objetivo de fortalecer caminos que impulsen modos de vida saludables y prácticas de cuidado mutuo, a partir de la construcción colectiva de saberes y praxis.

Introducción

María del Consuelo Chapela Mendoza

El libro que quien lee tiene en sus manos habla de *promoción de la salud* (PS), de quienes la piensan, y la practican en América Latina y de cómo la piensan y la practican. Es una obra única tanto en sus propósitos como en la manera en que se fue gestando. Está pensada como la primera de varias entregas de una obra peculiar en muchos sentidos.

Una de esas peculiaridades es que se trata de una creación colectiva con trasfondo de voluntad crítica y que no busca la unidad epistemológica o metodológica, sino contar historias de lo que pensamos y lo que hacemos e invitar a la reflexión tanto entre sus autores y autoras como entre las y los lectores, estudiantes, practicantes, investigadores/as e interesados/as en eso que suele llamarse “promoción de la salud”. Se encamina a propiciar la reflexión a partir del diálogo entre experiencias al concebir y promover la salud desde prácticas comunitarias que logran distanciamientos de modelos convencionales y desde las que se realizan esfuerzos para que en la gestión de la salud estén presentes las ideas de justicia social y de derecho a la salud. Es un libro escrito, en mucho, desde la práctica universitaria, con la confianza de que quien lea, estudiante, profesor/a, investigador/a o persona con la curiosidad necesaria, sabrá trazar su propio camino para transitar por él, entre sus páginas y capítulos, entre sus diferencias y convergencias, entre sus espacios de construcción teórica y práctica, entre sus tiempos y sus ritmos.

Otra peculiaridad de esta obra en general, y de este libro en particular, es que se inició hace muchos años, no podría precisar cuántos, en distintos lugares de América Latina —como llamamos a nuestro espacio-tiempo en nuestras luchas latinoamericanas en el contexto mundial—, *Abya Yala* —como lo llamamos en nuestras luchas identitarias decoloniales—, o *Nuestra América* —como la llamamos desde nuestra nosotridad, dignidad y solidaridad—. Quizás inició en la década de 1960, cuando distintas y distintos trabajadoras/es, académicas/os, servidores públicos y estudiantes se inconformaron por la manera en que la educación institucionalizada y los servicios de salud se utilizaban como dispositivos de los poderes de dominación y, consecuentemente, cuestionaron su

propia ubicación dentro de esos dispositivos.² Tiempo de dictaduras, de aceleración de las transformaciones del capitalismo³ y de profundización de las desigualdades en que América Latina continuó siendo entendida por las potencias invasoras coloniales y neocoloniales como tierra a despojar de sus recursos naturales.⁴ Tiempo también de resistencias y construcción y reconstrucción de pensamiento y praxis latinoamericana crítica, solidaria, comunitaria, con vocación emancipadora.

Para algunos y algunas resistentes a ser comparsa de los dispositivos del poder, la vinculación con las comunidades se convirtió en principio de existencia. La educación liberadora protagonizada por Paulo Freire (1921-1997),⁵ Orlando Fals Borda (1925-2008)⁶ o Carlos Rodríguez Brandão (1940-2023)⁷ y la formación de promotores comunitarios de la salud que también pretendía ser liberadora,⁸ se unieron en la educación de adultos y el trabajo comunitario en Chile, Costa Rica, Guatemala, El Salvador, México, Colombia, Brasil, entre

² *Dispositivos*: red de vehículos de significado utilizado como estrategia para la imposición de significados, sentidos y prácticas favorables al poder de dominación. Esos vehículos pueden ser, por ejemplo: discursos, prácticas institucionales, leyes, normas, enunciados científicos, proposiciones morales, estructuras y sistemas de conocimiento, etc. (Ver, por ejemplo: Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 26(73), 249-264. <http://www.sociologiamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/112/103>; Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores).

³ Laurell, A.C. (1981). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de salud*, 1(2), 7-25. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>

⁴ Galeano, E. (1971). *Las venas abiertas de América Latina*. Siglo XXI Editores.

⁵ Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.

⁶ Fals Borda O. (2010). *Antología Orlando Fals Borda*. Universidad Nacional de Colombia.

⁷ Rodríguez Brandão, C. (2019). “Eles” e “Nós” entre “Nós e Eles” algumas memórias e imaginários sobre a investigação-ação-participativa. En A. Noboa (Coord.), *Conocer lo social III. Las metodologías emergentes*. pp. 17-44.

⁸ Ver, por ejemplo: Werner, D. (1970). *Donde no hay doctor*. Hesperian Foundation; Asociación Demográfica Costarricense (1977). *Salud para todos*. ADC y Ministerio de Salud; Werner, D. y Bower, B. (1984). *Aprendiendo a promover la salud*. California: Hesperian Foundation; Peñaranda Correa, F., Bastidas Acevedo, M., Escobar Paucar, G., Torres Ospina, N., Pérez Becerra, F. y Arango Córdoba, A. (2011). *Educación para la salud: una mirada alternativa al modelo biomédico. La praxis como fundamento de una educación dialógica*. La Carreta Editores/ Universidad de Antioquia; Cárdenas, O. y García Angulo, S. (1992). *Autodidactismo solidario*. Servicio de Educación para Adultos, A.C.; Almazán Villalobos, C. (1994). *Testimonios y reflexiones de mujeres de la UCISV-Ver*. UCISV-Ver, Pobladores AC.

otros países de Nuestra América.⁹ La creatividad para acercar los saberes alopáticos acerca de las enfermedades y sus curaciones a los saberes ancestrales y cotidianos de las comunidades se puso a disposición del afán por aliviar el sufrimiento y generar conciencia de la situación de dominación-subordinación-explotación en que estábamos, y estamos, viviendo. Conceptos comunitarios ancestrales tales como “un solo corazón” o *tequio*¹⁰ alimentaron por lustros el trabajo comunitario en salud.

El despojo colonial y neocolonial incluye despojo y resignificación institucional de saberes. Tal es el caso de la Conferencia de Atención Primaria en Alma Ata (1976) y el de la Conferencia de Ottawa en Promoción de la Salud en 1986. En la primera se echó mano de los aprendizajes en la organización comunitaria en ausencia de servicios de salud en la India, aprendizajes que, ya en manos de las instituciones coloniales, fueron banalizados, desnaturalizados y usados en el fortalecimiento de los dispositivos del poder. La segunda, en Ottawa, reunió a personas anglosajonas que llevaban la experiencia de sus observaciones en el trabajo de formación de promotores de salud que hacíamos en América Latina y otros lugares en el mundo a los que se denominaba como “países en desarrollo”, negando nuestra madurez histórica. Así, trasladado de una cultura comunitaria a otra institucional, se institucionaliza como “promoción de la salud” algunos aspectos de lo que hacíamos como formación de promotores/as. He de reconocer que en la resultante Carta de Ottawa se puede identificar la impronta de los movimientos populares en salud en nuestra América.

Con el paso del tiempo, la PS en manos de las instituciones, se fue vaciando de contenido y sentido a la vez que se usó para designar diversas prácticas institucionales. La formación de promotores/as de salud comunitarios/as redujo al mínimo su capacidad de praxis y la PS fue subsumida nuevamente dentro de

⁹ Ver, por ejemplo: Puiggrós, A. (1988). *La educación popular en América Latina. Orígenes, polémicas y perspectivas*. Nueva Imagen; Hernández, I., Jara, O., Rodríguez Brandão, C., Vío Grossi, F., Gianotten V., de Wit, T. y Martinic, S. (1985). *Saber popular y educación en América Latina*. Ediciones Búsqueda-CEAAL; Chapela Mendoza, M.C. (2013). *Promoción de la salud y emancipación*. UAM-Xochimilco.

¹⁰ *Tequio*: forma de organización comunitaria en que entre varias personas se realizan las tareas comunitarias o de alguna persona en particular. Por ejemplo, un *tequio* para mejorar las fuentes de agua, la escuela o la casa de algún miembro de la comunidad.

los dispositivos del poder. Hoy, las y los promotoras/es de salud son mayoritariamente trabajadoras/es del sector salud capacitados y remunerados como tales, académicos y académicas interesados/as en el tema o profesionistas licenciados por instituciones académicas. Los currículos para la formación de promotores de salud, hasta la fecha, parecen erráticos, sin identidad dentro de los objetos y prácticas de las profesiones de la salud ni de las disciplinas de las ciencias sociales, dando como resultado la dispersión de promociones de salud y de prácticas de promotores de salud, además de la transposición y ligereza en el uso de los términos “promoción de la salud”, “educación en salud”, “trabajo comunitario” o “prevención”, entre otros.

Vivir, *salutis* y nuestros promotores/as de salud

Como práctica de la vida cotidiana, el saber y el hacer para promover la salud ha sido un recurso para la vida humana. Y es que *salud* es una palabra, y, como tal, una materialidad del conocimiento, de la relación que tenemos con el mundo. *Salud*¹¹, una palabra que nombra la vida, el vivir como gozo de la finitud humana; una palabra que atraviesa todo lo humano. Quizás sea por eso que es una palabra favorita en las disputas en los procesos de dominación y liberación, en donde se le resignifica a gusto de las distintas fuerzas en conflicto, entre ellas, tal vez la más poderosa, la empresa farmacéutica. Quizás sea por eso que se la vincula con la enfermedad en sus distintas variantes: promoción (sí, promoción) de las enfermedades, prevención, curación o prolongación (intencional o no) de la agonía; o invadida con contenidos de la administración y gerencia, por ejemplo, a través de palabras como *misión*, *visión*, *datos*, *activos*, *eficiencia*, u otras; o reducida a la dimensión de comunicación o instrucción acerca de contenidos “saludables”, “estilos de vida”, “buen vivir”, etc.

Vivir y *salutis* son expresiones de una sola cosa de la que en contadas ocasiones dan cuenta las instituciones de salud. A diferencia de salud, promoción de la salud es una creación institucional que responde a necesidades de legitimación, organización, planificación y práctica del control de las características y condiciones de la población. Sin embargo, las condiciones de gestación de la PS en Nuestra América, nos remontan a otra manera de entender la vinculación de la PS con lo médico. La dificultad —casi imposibilidad— de deslindarse de

¹¹ *salutis*, salvación

lo médico quizás está en el origen mismo de las palabras. En la palabra médico se enlazan las raíces *medeor*, que significa ‘cuidar’, y *meditari*, que significa ‘meditar’, palabra que también está en remediar. Estas tres prácticas son constitutivas de la PS: cuidar, meditar, remediar nos remiten nuevamente a la manera en que el ser humano es posible en el mundo. Eso hacemos, en mayor o menor medida, desde que evolucionamos como *Homo sapiens*. Así que, fuera de las instituciones, las personas no suelen incorporar en su vocabulario promoción de la salud; no asisten a los espacios institucionales buscando instrucción o asesoría de promoción de la salud, en cambio, sí lo hacen en relación con enfermedad. Y es que promotores de salud; sin reconocerse como tales, en nuestra América son muchos más de los que se adjudican esa tarea. Son todas y todos los *medeor* que, desde sus casas, sus barrios, sus colonias, sus pueblos, sus mundos, viven, observan, meditan, buscan remediar, para cuidar unos de los otros.

Reflexión y coherencia en las prácticas de PS

A partir de la década de 1970 en el campo académico se desarrollan nuevas perspectivas críticas nuestroamericanas en relación con la medicina, su objeto de estudio, la medicalización de la vida y el modelo médico hegemónico. A partir de entonces nace, por ejemplo, la medicina social,¹² la salud colectiva¹³ y la epidemiología crítica,¹⁴ entre otras maneras nuestroamericanas de comprender y transformar los procesos sociales de vivir, enfermar y morir. Tanto la continuación de la educación popular como los intentos por llevar estos avances críticos a la práctica, inciden en la PS que se conceptualiza y practica desde las universidades nuestroamericanas. Surgen entonces nuevos problemas para una PS que quiere nutrirse de estos avances críticos. Uno de esos problemas es la transposición de conceptos de la salud colectiva u otras propuestas críticas, dentro o fuera del campo de la salud, a la PS.

En un intento por ser inclusivos y armonizar la PS, o academizarla, se suele no ver, diluir, ocultar, simular o negar las diferencias y contradicciones entre

¹² Laurell, A. C., *La Salud-Enfermedad...*, *op. cit.*; Jarillo, E. y Granados J.A. (2016). *La Medicina Social en México. Cuarenta años de la Maestría en Medicina Social*. UAM-Xochimilco.

¹³ Spinelli, H. (Comp.). (2004). *Salud Colectiva*. Lugar Editorial.

¹⁴ Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Tiempo Editorial.

distintas maneras de entender el mundo, el otro, el poder, los saberes, las metodologías. La no identificación de las diferencias con frecuencia resulta en banalización de los conceptos e incoherencias epistemológicas, políticas y éticas que se manifiestan en las prácticas docentes, de investigación, en el servicio universitario, en la prestación de servicios institucionales y aún en la normatividad de lo referente a PS. Es por esto que una promoción de la salud crítica requiere de estudio y profundidad en la comprensión de lo que dice y lo que hace; precisa de un actuar prudente o *phronesis*.¹⁵

El actuar prudente, comunitario, crítico, de la PS, incluye la necesidad de curar (entendida la palabra *curar* como *curare*, ‘preocuparse’) y la necesidad de cuidar, meditar y remediar, entendiendo que eso solo es posible en la relación con el otro y con los otros, por lo que implica un posicionamiento, compromiso y responsabilidad epistemológica, ética y política. Una promoción de la salud tal requiere de praxis, una idea de práctica comunitaria que puede orientar lo que decimos, hacemos y cómo lo hacemos en el contexto colectivo. Con manifestaciones diferentes, la praxis llevará a actuar considerando al otro desde la reflexión ética, asumiendo la responsabilidad política e histórica de nuestro actuar en el mundo.¹⁶

En el momento incierto en que se escribe este libro (año 2024) es importante reflexionar sobre nuestra práctica de promoción de la salud. Por un lado, para enterarnos de lo que estamos haciendo (enterarnos, hacer entero algo, asegurar que sus distintas dimensiones pertenecen a los mismo). Por el otro, para vigilar la coherencia entre la manera en que nos entendemos y entendemos a los otros como seres en el mundo (reflexión ontológica), la manera en que clasificamos y organizamos el conocimiento de las cosas del mundo (reflexión epistemológica), la manera en que preguntamos, cómo preguntamos y cómo buscamos entendimiento de las cosas del mundo (reflexión metodológica) y la intención

¹⁵ A la idea de *phronesis* que propone Aristóteles, Habermas le da un sentido de capacidad, valor colectivo y proyecto dialógico. “El juicio prudencial o *phronesis* es una capacidad reflexiva que se ejercita y se practica en la acción y en la toma de decisiones, pues ella es la mediadora entre los diversos valores colectivos”. Lara, M.P. (1990). La identidad social en Habermas: entre el consenso y la alteridad. *Doxa. Cuadernos de Filosofía del Derecho*, (7). <https://doi.org/10.14198/DOXA1990.7.08>, p. 266.

¹⁶ Lledó Íñigo, E. (1985). Introducción. En Aristóteles, *Ética Nicomaquea. Ética Eudemia*. Editorial Gredos.

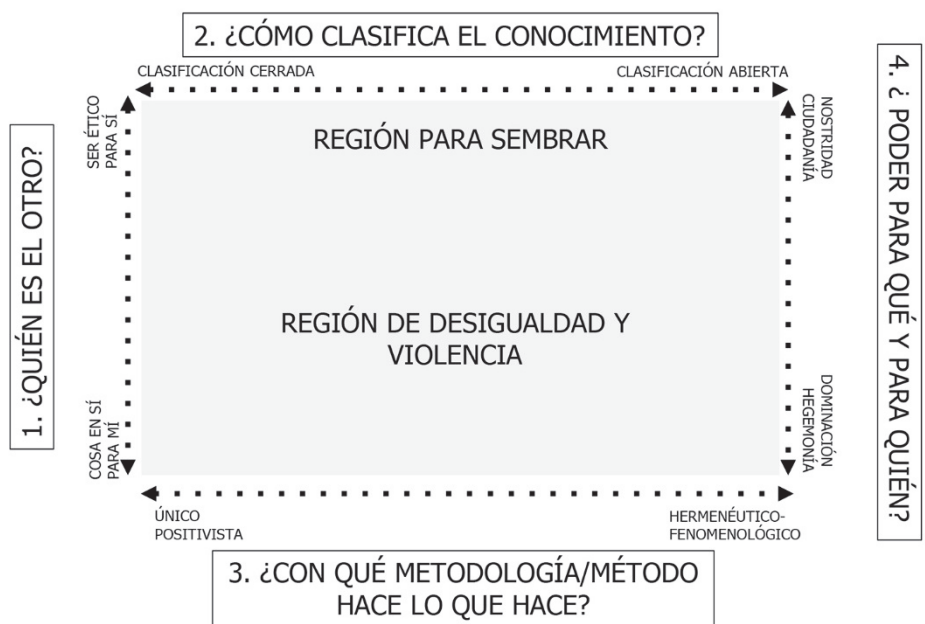
de hacer todo eso en función del uso que hacemos del poder que detentamos (reflexión ético-política). Y es importante reflexionar no solo sobre nuestra práctica, sino sobre la práctica más amplia en donde se inserta la propia. Por ejemplo, la de nuestras universidades, la de las agencias normativas económicas y políticas locales, nacionales e internacionales (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Banco Interamericano de Desarrollo, Fondo Monetario Internacional, Organización para la cooperación y el desarrollo económico), la de las agencias normativas del significado y sentido de las cosas (servicios de salud, escuelas, asociaciones, iglesias, redes sociales en la web, etc.), la de quienes están detrás de las decisiones políticas en nuestro entorno, es decir, la de los dispositivos de los poderes de dominación y, también, la de las prácticas locales y regionales de organizaciones comunitarias y organizaciones sociales que se oponen a esos dispositivos. Esta reflexión y vigilancia de coherencia, nos permitirá identificar rumbos para la transformación de las condiciones de sufrimiento de nuestros pueblos a través de nuestras prácticas de promoción de la salud, aún dentro de la confusión biológica-política-histórica en la que nos encontramos en este momento histórico.

Un paréntesis y un auxiliar para nuestra reflexión

Son prácticas de PS: historias, formulación de teoría, conceptos, ideas, modelos, rutas; libros, folletos, afiches, manuales, slogans; planes, programas, proyectos, campañas, financiamientos; cursos, talleres, consultas, asesorías, visitas, ferias, recorridos; eventos, reuniones, asambleas, charlas, u otra forma de intervención en la vida de las personas y los grupos sociales, en nombre de la PS. Con el objetivo de propiciar y ayudar en la reflexión para vigilar la coherencia entre propósitos, dichos y hechos en las prácticas de promoción de la salud, hago aquí un paréntesis para proponer, auxiliada por la siguiente figura, cuatro preguntas referidas a cuatro aspectos de esas prácticas: ontológico, epistemológico, metodológico y ético-político. Hay que recordar que la finalidad de este instrumento es propiciar la reflexión, no catalogar, medir, contar, evaluar o buscar porcentajes, significancias o probabilidades. El modelo requiere ser pensado no geométrica o matemáticamente. Al utilizarlo para la reflexión, estamos tratando de entender de qué se trata determinada práctica en tanto a las dimensiones de reflexión propuestas. Queremos distinguir entre lo que propone, dice y hace una institución, una persona o un grupo de personas e identificar en qué

región de ese modelo se ubica cada una de esas cosas: lo que se propone, lo que se dice y lo que se hace y cómo este proponer, decir y hacer se va modificando a lo largo del tiempo. Por este motivo, el instrumento no es estático; es necesario entenderlo como algo que refleja deseos, engaños y prácticas en evolución.

Figura 1. Cuatro preguntas auxiliares en la reflexión ontológica, epistémica, metodológica y ético-política de distintas prácticas de PS.



Fuente: Elaboración propia

El instrumento se construye con cuatro preguntas que enmarcan un espacio o región que se irá formando a medida que las vayamos respondiendo. La primera interroga sobre la concepción del otro que tiene quien realiza una práctica de PS: ¿Quién es el otro en esta práctica? Es decir, cómo considera al otro la persona, grupo de personas u organización social en cuanto a seres en cuyas vidas se tiene el propósito de intervenir, se va a intervenir, se está interviniendo o se intervino. Las posibilidades de respuesta van desde la consideración del otro como cosa en sí, que no sabe o poco sabe de sí (y por tanto es manipulable y utilizable para los fines de quien realiza la práctica), hasta considerarlo como un ser ético, es decir, un ser que sabe de sí, que construye su conocimiento y

sistemas de valores y desde ahí actúa. La segunda pregunta es epistemológica: ¿Cómo clasifica el conocimiento? Esta pregunta se refiere a la manera en que la instancia que diseña la intervención clasifica el conocimiento. Las posibilidades de respuesta comienzan en la clasificación cerrada, que se refiere a la rigidez en la clasificación de las cosas del mundo —mientras más a la izquierda nos movamos, más binaria será esa clasificación (bien-mal, mayor-menor, etc.) y más rígida en cuanto a su modificación— hasta la clasificación abierta, que se refiere a la disposición y capacidad de transformar el conocimiento de las cosas, con la disposición de comprender las cosas del mundo de maneras nuevas y hacer rupturas epistemológicas.

La tercera pregunta se refiere a la manera en que se busca conocer el mundo, a la forma de preguntar por las cosas del mundo, de informar la pregunta, de analizar e interpretar esa información y dar cuenta de la cosa que importa conocer. El espectro de posibilidades de respuesta para esta pregunta metodológica va de la concepción positivo-cartesiana del mundo que resulta en un método único, hasta la comprensión fenomenológica de las cosas del mundo que requieren de interpretación hermenéutica y dinamismo en la manera de construir e informar sus preguntas y objetos de estudio. Finalmente, la cuarta pregunta es práctica y, por tanto, ético-política, puesto que se está refiriendo a los sistemas de valores desde donde se posiciona la práctica de PS ante el otro y a su relación o distancia con un ideal de praxis. Dado que promover la salud implica intervenir en la vida de otros, quienes por lo general no solicitan esa práctica, es necesario tener una dotación, mayor o menor, de poder. Como propone Bourdieu, ese poder puede estar constituido como capital de distintas especies,¹⁷ lo que puede permitir a la o el promotor/a de la salud cierta capacidad de tasación de su valor y autoridad pedagógica. La pregunta es: ¿Para qué y para los fines de quién se ejerce ese poder? Las respuestas posibles se enmarcan entre uso del poder que la o el promotor de la salud ejerce con fines de dominación y fortalecimiento hegemónico de quien proviene el poder que la o el promotor de la salud ejerce, y el uso del poder con fines de liberación, emancipación en la construcción de nosotridad y la

¹⁷ Capital: toda cosa dotada de valor simbólico para su intercambio en un campo social. El capital lo encontramos en distintas especies: material, cultural, social, político, simbólico. Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1996). *An invitation to reflexive sociology*. [Una invitación a la sociología reflexiva]. Polity Press.

construcción de la ciudad, es decir, para la construcción de ciudadanos como nosotros que construimos/construyen su casa común.

Como el/la lector/a habrá comprendido, no hay manera de responder las cuatro preguntas sin una reflexión profunda y detallada de la práctica que se está observando. Al terminar de contestarlas, habremos identificado en qué región del rectángulo se encuentra la práctica observada en sus distintas dimensiones. Como ilustro en la figura 1, al responder las preguntas 1 y 4, dado que se refieren ambas a la relación con el otro, se conforman dos regiones: una hacia la parte inferior del espectro en donde se ejerce un poder mayor sobre uno menor, creando una región de relaciones de desigualdad y, por tanto, de relaciones violentas. Mientas más se rompa con esas relaciones desiguales de poder, lo que implica procesos emancipadores, se adquiere mayor posibilidad de construir, de sembrar, de avanzar en procesos de autonomía, justicia social, dignidad, es decir, de humanización. En cuanto a las posibilidades de la construcción del espectro entre la pregunta 2 y la 3, las respuestas a las preguntas 2 y 3 aportan información sobre la relación entre cómo construimos y validamos el conocimiento y lo que hemos encontrado al reflexionar sobre las preguntas 1 y 4. Esta reflexión puede ayudarnos a transformar la manera en que concebimos el mundo, es decir, lo que hacemos para concebir las cosas del mundo y el resultado de hacer eso, en términos de conocimiento, y así lograr que nuestras intenciones encuentren respuesta en nuestros actos

Viene aquí un ejemplo que, espero, sea breve pero ilustrativo: la observación de una campaña de vacunación convencional que se promueve como PS. Los vacunados son considerados números, listados, brazos, bocas, madres, niños, lo que nos llevará a contestar la primera pregunta hacia abajo del espectro. En cuanto a la pregunta epistemológica, desde un sustento biologicista, la relación que una campaña establece con las cosas del mundo es rígida y binaria (salud-enfermedad, vacunado-no vacunado, personal de salud-población, etc.), por lo que su ubicación estará hacia la izquierda del espectro, lo que corresponderá, en este caso, con la respuesta a la tercera pregunta referente a la metodología para pensar lo que se piensa y hacer lo que se hace. Finalmente, una campaña de vacunación convencional hace uso del capital institucional para convocar y asegurar que la gente asista (amenazas relativas a los desastrosos resultados de no vacunarse, culpabilización; pago con otros servicios como peluquería, consultas, folletos, leche, dulces, juegos, etc.; uniformes, camionetas, mochilas, el mismo biológico, credenciales, relaciones con las autoridades, etc.), por lo que

se hace un despliegue de la condición de desigualdad de capital y, por tanto, de poder, en la que se pone al otro. Con base en esto, una campaña de estas características se situaría en la parte inferior del espectro, en la región de la desigualdad. Considerando que toda relación de poderes desiguales en donde uno se impone sobre el otro es una relación violenta, esta práctica se ubica también en la región de la violencia.¹⁸

Nuevamente, hago énfasis en que, como instrumento de reflexión, no hay dos regiones separadas, buena-mala, sino un espectro de posibilidades de regiones en donde ubicar prácticas de PS. Podemos comparar y responder a preguntas como: “En esta práctica de PS ¿está en la misma región lo que se propone, lo que dice que hace, lo que hace, lo que hizo, lo que tiene pensado hacer?”; “Quiénes participan en esa práctica, ¿responden de la misma manera, se ubican en la misma región?”; ¿Qué aprendemos que nos ayude a transformar nuestra práctica de manera en que logremos coherencia onto-episte-metodológica y práctica?

Una nave que ya zarpó, y su timonela

Las y los autoras/es de esta obra somos iniciadoras/es, diseñadoras/es, pensadoras/es, propulsoras/es, críticas/os, seguidoras/es, comunicadoras/es, trabajadoras/es, administradoras/es, profesoras/es o investigadoras/es, practicantes y estudiantes de promociones de la salud que, con coincidencias y diferencias, lográndolo o intentándolo de una u otra manera, nos proponemos un actuar prudente y una praxis de promoción de la salud crítica en nuestros distintos espacios profesionales. Como herederos y herederas de los sentidos y significados de las palabras con las que construimos nuestras epistemologías, metodologías y prácticas de PS, iniciamos hace mucho tiempo los trabajos que aquí relatamos. Una tercera peculiaridad de esta obra es que, para nuestra fortuna, de una u otra forma, nos topamos de distintas maneras y en distintos lugares y tiempos, con María Constanza Granados Mendoza, una mujer convencida de la necesidad de intervenir en las condiciones de sufrimiento humano a través de promover la salud con perspectiva crítica y comunitaria; convencida de la

¹⁸ En Chapela Mendoza, M.C. (2013). *Promoción de la salud y emancipación*. UAM-Xochimilco, se relata una campaña de vacunación, en manos de la gente, localizada en la región de la siembra.

necesidad de contarnos nuestras historias latinoamericanas como promotores y promotoras de salud.

A partir de 2019, María Constanza se lanzó a la mar en una barca imparable. En años pasados, convocó a escribir un libro colectivo y comenzamos a escribir lo que nos correspondía a cada una o uno de los convocadas/os. Ya avanzado este proceso, nos comunicó su idea de hacerlo más abierto, para todos y todas quienes quisiéramos construirlo y reconstruirlo puesto que era importante tener una visión completa de lo que estábamos haciendo como promoción de la salud en Nuestra América. Entonces, diseñó, gestionó, construyó, difundió y mantuvo una página en la web abierta a las experiencias latinoamericanas en promoción de la salud.¹⁹ La diseñó como un proceso, como algo en movimiento permanente, como un espacio de información, de difusión y, más que nada, de diálogo potente para una construcción nuestroamericana de promoción de la salud. Por varios años esa página ha cumplido su misión. Ahora es el momento de discutir sobre las promociones de la salud que hacemos y pasar a compartir todo lo aprendido con nuevas/os interesadas/os en promover la salud. Con su característica tenacidad y capacidad de organización, mantuvo reuniones virtuales durante prácticamente todos los martes de varios años. Esas reuniones, que se mantuvieron vivas por el compromiso y dedicación de quienes a ellas asistieron, se convirtieron en semilleros de ideas para el avance de las discusiones nuestroamericana. También ahí se gestó un programa de formación en promoción de la salud en el que participarían distintos profesionales de la promoción de la salud nuestroamericana.

Entre los productos de ese trabajo colectivo, está este libro, *Trasfondo histórico y actual: corrientes de pensamiento en promoción de la salud*, es el primero de una obra en varios tomos, en donde se realizará un recorrido por distintos aspectos de la promoción de la salud nuestroamericana. Cada uno de estos volúmenes es el resultado de las reflexiones de un grupo de trabajo, y su ordenamiento va desde la exposición de un arsenal histórico y conceptual diverso, hasta la exploración de posibles futuros para la promoción de la salud nuestroamericana.

Inicia la primera parte de este libro, referido al trasfondo histórico y corrientes del pensamiento en promoción de la salud, un capítulo a cargo de la coor-

¹⁹ <https://www.promocionsaludregionamericas.com/>

dinadora el proceso colaborativo, María Constanza Granados Mendoza de Colombia, en el que se presenta el proceso de construcción de la obra colectiva regional. Le sigue un capítulo a cargo de María del Consuelo Chapela Mendoza (México) y Adrián Eduardo Alasino (Argentina), en el que se argumenta que no hay ni una promoción de la salud ni muchas promociones de la salud, sino que lo que en realidad tenemos son “las promociones de la salud que hacemos”. La tarea que se proponen quienes escribieron este capítulo es la de seleccionar algunos aspectos puntuales de la práctica de la promoción de la salud (PS) que nos puedan ayudar en la reflexión sobre la coherencia ética y epistemológica tanto de los discursos institucionales en relación con su práctica, como entre lo que queremos, decimos y hacemos como PS en la cotidianeidad de las universidades nuestroamericana. Este capítulo cumple la función introductoria a un abanico epistemológico, político y ético para leer y comprender el resto de la obra.

A continuación, Anselmo Antonio Cancino Sepúlveda (Chile), María Fernanda Rivadeneira Guerrero (Ecuador), María Carolina Morales Borrero (Colombia), Adolfo Maldonado (España/Ecuador) y Monica Osorio Simons (Brasil), en su capítulo “Salud: una mirada a su promoción y determinación sociohistórica”, comparten algunos de los desarrollos y experiencias en PS que se han realizado desde la mirada de la Salud Colectiva Latinoamericana y la perspectiva de la determinación socioambiental e histórica de la salud. En este contexto, introducen el *Buen Vivir* como posibilidad máxima de realización comunitaria e individual y del derecho a la salud, posible en el esfuerzo colectivo de perseverar y persistir en el compromiso con el bien común, el diálogo y la articulación de capacidades y habilidades para construir alianzas basadas en la esperanza, la creatividad, el amor y la solidaridad de nuestros pueblos.

Ana Lucía Casallas Murillo (Colombia), Ingrid Gómez Duarte (Costa Rica) y Nancy Jeanet Molina Achury (Colombia) en “Equidad y promoción de la salud” muestran las inequidades sociales y de salud que se manifestaron durante la epidemia de COVID-19. Argumentan que la PS requiere ser abordada desde una perspectiva de pensamiento crítico, más allá de las concepciones de salud como ausencia de enfermedad, más allá de su concepción vinculada a la ausencia de enfermedad, la Historia Natural de las Enfermedades o como función de la medicina. Las autoras toman distancia de los conceptos y prácticas de salud biologizadas dominantes. Proponen, entonces, a la salud

como un concepto que trasciende el sentido de bienestar para incluir en su concepción y práctica oportunidades sociales que favorezcan el desarrollo de las personas, como la participación comunitaria, la inclusión social éticamente responsable y sostenible y la construcción conjunta de las posibilidades de salud, desde diversos sectores de la sociedad.

Finalmente, en el último capítulo de esta obra, “El derecho a la salud y la promoción de la salud: un binomio instrumental para proteger la dignidad de la persona”, Karen Vargas (Costa Rica) se propone construir una guía para introducirnos en los fundamentos conceptuales y legales tanto del derecho a la salud como de la PS y sus interacciones dirigidas al beneficio de la salud de la población. Primero incursiona en lo legal relativo al derecho a la salud, al que mira como bien jurídico con primacía sobre otros bienes, haciendo referencia a la judicialización de la salud. Seguidamente, relaciona el derecho a la salud con la PS y su relación con la equidad sanitaria y la dignidad de la persona, lo que ejemplifica con la atención de la emergencia sanitaria en Costa Rica por COVID-19. En este capítulo se introduce la evolución que ha debido tener el derecho a la salud para adecuarse a los nuevos enfoques de la salud pública, y se sugiere la necesidad de mayor discusión sobre la relación entre derecho-salud-promoción de la salud-dignidad de la persona.

Las y los invitamos a navegar por las páginas de este libro, con la esperanza de que en ese navegar nos encontremos en un esfuerzo común por hacer una promoción de la salud que implique “quitarnos las sandalias y pedir permiso, ante la tierra sagrada del otro”²⁰, con el propósito de potenciar nuestra capacidad de ayudar al alivio del sufrimiento humano, a la consecución de la justicia social y a la realización del derecho a la salud en Nuestra América.

Bibliografía

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 26(73), 249-264.
<http://www.sociologiamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/112/103>
- Almazán Villalobos, C. (1994). *Testimonios y reflexiones de mujeres de la UCISV-Ver.* UCISV-Ver, Pobladores AC.

²⁰ Atribuido a Francisco Bergoglio a partir de reflexionar sobre fragmentos del texto bíblico “Éxodo” en la construcción de un discurso sobre el “acompañamiento”.

- Asociación Demográfica Costarricense (1977). *Salud para todos*. ADC y Ministerio de Salud.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1996). *An invitation to reflexive sociology*. [Una invitación a la sociología reflexiva]. Polity Press.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Tiempo Editorial.
- Cárdenas, O. y García Angulo, S. (1992). *Autodidactismo solidario*. Servicio de Educación para Adultos, A.C.
- Chapela Mendoza, M.C. (2010). Contenidos de poder en la historia de promoción de la salud. En M.C. Chapela Mendoza y A. Cerda García, *Promoción de la salud y poder. Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. UAM-Xochimilco.
- (2013). *Promoción de la salud y emancipación*. UAM-Xochimilco.
- Fals Borda O. (2010). *Antología Orlando Fals Borda*. Universidad Nacional de Colombia.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.
- Galeano, E. (1971). *Las venas abiertas de América Latina*. Siglo XXI Editores.
- Hernández, I., Jara, O., Rodríguez Brandão, C., Vío Grossi, F., Gianotten V., de Wit, T. y Martinic, S. (1985). *Saber popular y educación en América Latina*. Ediciones Búsqueda-CEAAL.
- Jarillo, E. y Granados J.A. (2016). *La Medicina Social en México. Cuarenta años de la Maestría en Medicina Social*. UAM-Xochimilco.
- Laurell, A.C. (1981). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de salud*, 1(2), 7-25. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>
- (1994). La salud: de derecho social a mercancía. En A.C. Laurell (Comp.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. UAM, Friedrich Ebert Stiftung.
- Lara, M.P. (1990). La identidad social en Habermas: entre el consenso y la alteridad. *Doxa. Cuadernos de Filosofía del Derecho*, (7), 257-272. <https://doi.org/10.14198/DOXA1990.7.08>
- Lledó Íñigo, E. (1985). Introducción. En Aristóteles, *Ética Nicomaquea. Ética Eudemia*. (pp. 7-119). Editorial Gredos.
- Peñaranda Correa, F., Bastidas Acevedo, M., Escobar Paucar, G., Torres Ospina, N., Pérez Becerra, F. y Arango Córdoba, A. (2011). *Educación para la salud: una mirada alternativa al modelo biomédico. La praxis como fundamento de una educación dialógica*. La Carreta Editores/Universidad de Antioquia.

- Puiggrós, A. (1988). *La educación popular en América Latina. Orígenes, polémicas y perspectivas*. Nueva Imagen.
- Rodríguez Brandão, C. (2019). “Eles” e “Nós” entre “Nós e Eles” algumas memórias e imaginários sobre a investigação-ação-participativa. En A. Noboa (Coord.), *Conocer lo social III. Las metodologías emergentes*. (pp. 17-44). Fundación Cultural Universitaria.
- Spinelli, H. (Comp.). (2004). *Salud Colectiva*. Lugar Editorial.
- Werner, D. (1970). *Donde no hay doctor*. Hesperian Foundation.
- Werner, D. y Bower, B. (1984). *Aprendiendo a promover la salud*. California: Hesperian Foundation.

Capítulo 1

Aportes a la Promoción de la Salud en Latinoamérica: un proceso colaborativo de innovación educativa

María Constanza Granados Mendoza

Contexto

Nacimos y vivimos asumiendo como natural un modelo de desarrollo centrado en la libertad de mercados y el consumo sin límites, que prioriza la propiedad privada y el individualismo, un capitalismo que destruye las oportunidades para una vida buena y de calidad en condiciones de equidad. No solo “la injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas”,²¹ como lo plantea el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, sino que nos acostumbramos a ver, como espectadores, la destrucción de los ecosistemas y la dificultad de la mayoría para lograr calidad de vida en el presente y para las futuras generaciones.

La pandemia en el año 2020 fue una voz de alarma que como humanidad decidimos no escuchar. Ese modelo de desarrollo que emerge natural nos anestesia, nos hace sentir impotentes y temerosos. Se fortalecen el individualismo y las alternativas de control de algunos sobre la mayoría. Las inequidades no solo prevalecen sino se exacerban. Como nos plantean Akerman y Rodrigues, las condiciones de vulnerabilidad son muy distintas: “a vulnerabilidade é profundamente desigual entre as pessoas” [la vulnerabilidad es profundamente desigual entre las personas]²² En tiempos de pospandemia, las desigualdades e inequidades se agudizan, o como expone la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

²¹ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Argentina: Ediciones Journal S.A, p. 26.

²² Akerman, M., & Rodrigues Pinheiro, W. (14 de abril de 2020). Covid-19: Não estamos no mesmo barco. *Le Monde diplomatique, Brasil*. <https://diplomatique.org.br/covid-19-nao-estamos-no-mesmo-barco/?fbclid=IwAR32Z6-syj8pNRH00CY-WOW0rbvGCiCXkFvz7LxD54El-lubLAsJ7tBVKkc>

la evidencia que se va acumulando en la región apunta a reconocer un impacto socioeconómico profundo y diferencial en el corto y largo plazos, con consecuencias potencialmente graves para la salud de las poblaciones y, sobre todo, para la distribución equitativa de las oportunidades para la salud y el bienestar de todos a todas las edades.²³

De otra parte, en la gestión de la salud, prevalecen los modelos biologicistas, que orientan el diseño de estrategias desde lugares hegemónicos, cuyo alcance se centra en la prevención y manejo de enfermedades. Sin embargo, aumentan las enfermedades no transmisibles. La longevidad no está acompañada de calidad de vida y ahora tampoco podemos protegernos contra amenazas de virus como el SARS-CoV-2 que mató en mayor porcentaje a la población más vulnerable, que muchas veces ni siquiera tenía la capacidad de adoptar medidas de prevención como lavarse las manos, conservar una distancia física segura y utilizar tapabocas.

Aunque se plantea desde la formación de los profesionales de la salud que *salud* es más que *ausencia de enfermedad*, los esfuerzos por comprender se focalizan en lo patogénico. El estudio se centra en la biología, desde las prácticas no se priorizan miradas integrales y se le resta importancia a lo salutogénico, es decir, a los factores que aportan a la salud y el bienestar. Los servicios de salud son, en realidad, servicios de enfermedad, en los que la mirada fragmentada lleva a tratamientos centrados en medicamentos que alivien los síntomas, en lugar de ser procesos basados en comprensiones integrales de las personas y colectivos, que los lleven a recuperar su salud y a empoderarse en una apuesta por mantenerse saludables y aportar a la salud de otros.

En la práctica se habla de *promoción* y *prevención* como sinónimos y no se desarrollan habilidades reales que permitan gestionar procesos desde las lógicas de la promoción de la salud, y mucho menos desde apuestas emancipadoras,²⁴

²³ Organización Panamericana de la Salud (2020). *Impacto de la pandemia de COVID-19 en las desigualdades sociales y la promesa de “no dejar a nadie atrás”*. <https://www.paho.org/es/eventos/impacto-pandemia-covid-19-desigualdades-sociales-promesa-no-dejar-nadie-atras>

²⁴ La promoción de la salud emancipadora para Chapela y Alasino tiene por objetivo “el ejercicio y desarrollo de la capacidad saludable de las personas y sus colectivos, que se exprese en perfiles epidemiológicos que resulten de una manera más justa, libre, buena, bella y sabia de existir en sociedad”. Chapela, M., y Alasino, A. (2020). Las promociones de la salud que hacemos. Promoción de la Salud en Latinoamérica-*Abya Yala* Caja de Herramientas.

que lleven a unir esfuerzos para construir transformaciones sociales indispensables en favor de la salud y la vida. En un momento histórico en el que se esperaría que la construcción de posibilidades para la salud más allá de la atención de la enfermedad, el esfuerzo se queda en medidas prescriptivas, higienistas y de control, y se actúa como si realmente no contagiarse fuera equivalente a estar saludables. Los tomadores de decisión avanzan en dilemas que los mueven entre la prevención y la economía, y vuelven a ganar las lógicas en las que la equidad, la calidad de vida, la vida buena y el *buen vivir*,²⁵ son utopías para la mayoría.

En la formación de los profesionales de la salud prevalece el modelo biomédico y se asume que los profesionales de otras disciplinas no necesitan comprender qué es salud, qué es promoción de la salud, ni ser activos en su gestión o en favorecer procesos emancipadores que lleven a transformaciones sociales. Reconociendo que el momento histórico actual invita a repensar la formación de profesionales y la manera cómo se gestiona y promueve la salud, desde Promoción de la Salud en Latinoamérica-*Abya Yala* Caja de Herramientas (PS LA-*Abya Yala* Caja de Herramientas), nos proponemos generar alternativas diferentes en respuesta a necesidades identificadas. Este proceso colaborativo surge superando fronteras disciplinares y geográficas para la construcción de una promoción de salud emancipadora. Asumimos el concepto de innovación como “una acción que implica el proceso de incorporación de algo nuevo en una realidad existente, modificando su ser y su operar, de modo que sus efectos resulten mejorados”²⁶ Incorporamos respuestas conectadas con retos a nivel de educación para la salud, y proponemos herramientas que abran espacios de posibilidad y aprendizaje permanente, con la certeza de que, si se logra un poder

https://www.promocionsaludregionamericas.com/_files/ugd/9386fc_10f15c9216924d41bb8b8b9794a38758.pdf

²⁵ El *buen vivir* “es un concepto en construcción que aspira ir más allá del desarrollo convencional, y se basa en una sociedad donde conviven los seres humanos entre sí y con la naturaleza. Se nutre desde ámbitos muy diversos, desde la reflexión intelectual a las prácticas ciudadanas, desde las tradiciones indígenas a la academia alternativa”. Gudynas, E. y Acosta, A. (2011). El buen vivir más allá del desarrollo. *Qué hacer*, (181), 70-81. https://www.promocionsaludregionamericas.com/_files/ugd/9386fc_cfaf941c807b406286d444cec9a4d3c8.pdf, p. 71.

²⁶ Rivas Navarro, M. (2000). *Innovación educativa, teoría, procesos y estrategias*. Editorial Síntesis, p.25.

multiplicador a nivel de construcción de redes, se avanzará en cambios importantes en favor de la salud y estos serán gestionados de manera corresponsable.

Aunque es clara la necesidad de transversalizar la formación en promoción de la salud, desde el movimiento de Universidades Promotoras de Salud no se avanza con la fuerza necesaria para construir en diálogo con lo local, lo comunitario o con otros saberes tradicionalmente no legitimados por la academia, ni en reflexiones sobre las prácticas y sus efectos en la salud colectiva o en la vida misma. Y aún es necesario avanzar más en la articulación de esfuerzos, abordajes comprensivos, integrales e integradores que sumen perspectivas, miradas, experiencias, activos y aprendizajes. “Necesitamos reflexionar buscando el sentido de nuestras intenciones y nuestras prácticas” en salud.²⁷

PS LA - *Abya Yala* Caja de Herramientas como proceso colaborativo interpaíses

PS LA - *Abya Yala* Caja de Herramientas es un proceso colaborativo que cuenta con una plataforma web concebida como el primer paso de un camino que un equipo de expertos/as decide asumir para tejer oportunidades para la salud y la vida. Nace en el contexto de la pandemia global de COVID-19 y reta a revisar modelos de desarrollo, formas de relación y apuestas formativas. Luego de la pandemia la carrera de consumo, destrucción y muerte que acompañaba la cotidianidad de la vida retornó, se instaló y se naturalizó. Más que nunca, la promoción de la salud surge como una alternativa de transformación cultural que favorece el desarrollo comunitario, la formalización de procesos colaborativos y el trabajo en red, para aprender a gestionar activos, reconocer el valor de otras formas de conocimiento, de otros saberes, para dar valor a lo intercultural, lo interdisciplinario y lo colectivo.

Es una obra novedosa dado que pone en práctica los principios de una promoción de la salud emancipadora y aporta al fortalecimiento de la capacidad; es un proceso vivo y dinámico que se proyecta desde una apuesta por la participación y la corresponsabilidad para la construcción de modelos de desarrollo basados en opciones reales por la salud y cuidado de la vida. Facilita el acceso democrático a información de calidad en una plataforma abierta al servicio de todos los interesados/as y abre oportunidades para momentos reflexivos en los

²⁷ *Ibid*, p.4.

espacios interactivos, generando de manera permanente nueva información e intercambio de experiencias y conocimientos en los temas abordados.

La obra podría catalogarse como un aporte innovador a nivel de procedimientos²⁸ ya que:

- Cuenta de manera permanente con espacios reflexivos.
- Incentiva procesos colaborativos que interpelan la vida de los involucrados.
- Favorece una articulación de la academia tradicional con experiencias prácticas.
- Genera materiales curriculares e instrumentos didácticos como soportes para el desarrollo de los contenidos (documentos, textos, libros, películas, diapositivas, elementos científicos y técnicos).
- Incluye producción académica en la biblioteca virtual y producción nueva construida por el equipo interpaíses de autores de PS LA-*Abya Yala* Caja de Herramientas.

Los espacios reflexivos son innovadores y potentes como posibilidad de encuentro e intercambio permanente. Como plantea Rivas, esto es importante porque:

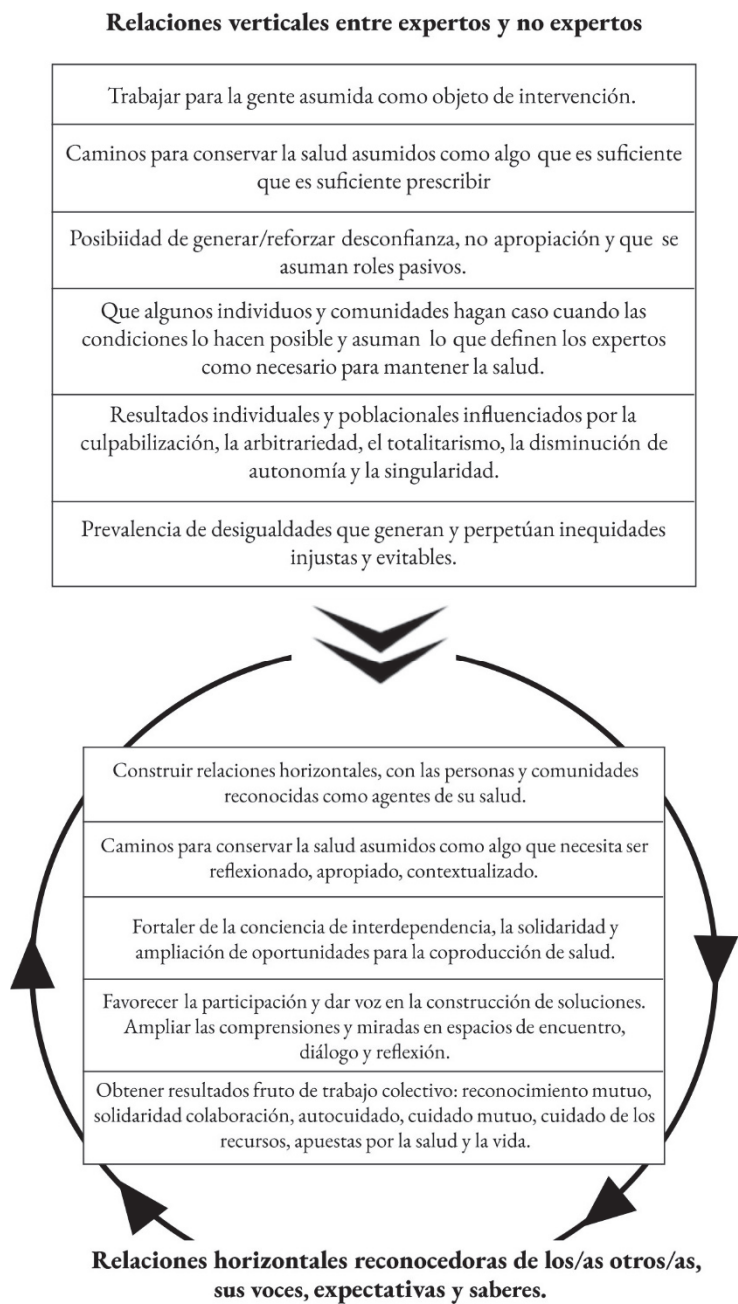
El análisis de la propia experiencia y la reflexión sobre la misma, enriquecida con el procesamiento de informaciones diversas, produce cambio de conceptos, modificación de preconcepciones y prejuicios. Genera reestructuraciones conceptuales y nuevos esquemas cognitivos, como fundamento de nuevas visiones, renovadas teorías educativas personales y modelos didácticos más operativos. Es la base para el desarrollo de saberes y capacidades docentes que se consolidan y funcionalizan en la interacción entre la persona de profesor y el medio escolar en que ejerce sus tareas profesionales.²⁹

Se desarrollan espacios interactivos como foros y encuentros virtuales, caracterizados por la apertura a la posibilidad de reflexionar y construir conocimientos. En estos espacios se analiza cada tema desde diversas perspectivas, tiene lugar construcción de nuevas herramientas, y se logran comprensiones más complejas de las realidades que se abordan.

²⁸ *Ibid*, p.55.

²⁹ *Ibid*, p.292.

Gráfico 1. Tipos y formas de relación y resultados posibles



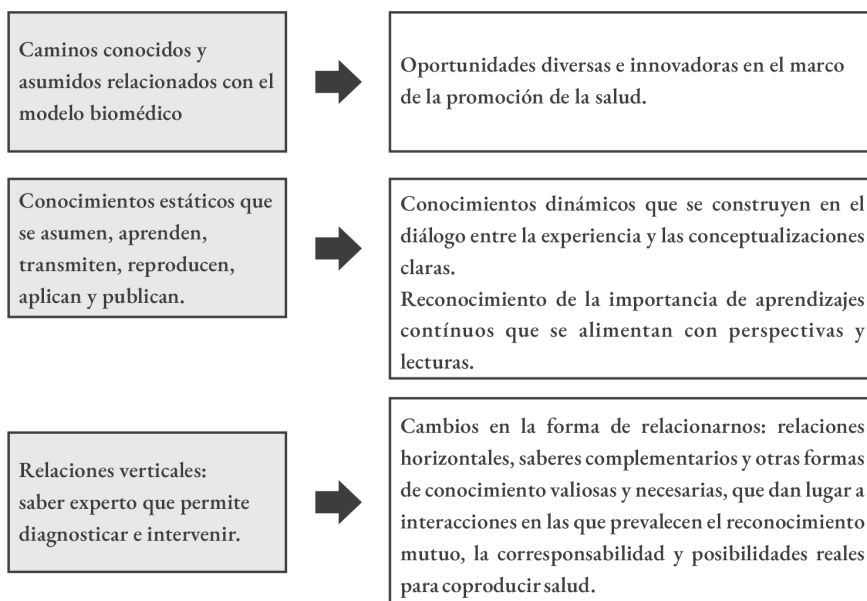
Fuente: Adaptado de Trayectoria de habilidades para la vida, desarrollo humano y promoción de la salud en el siglo XXI (p.26), por M.C. Granados Mendoza.

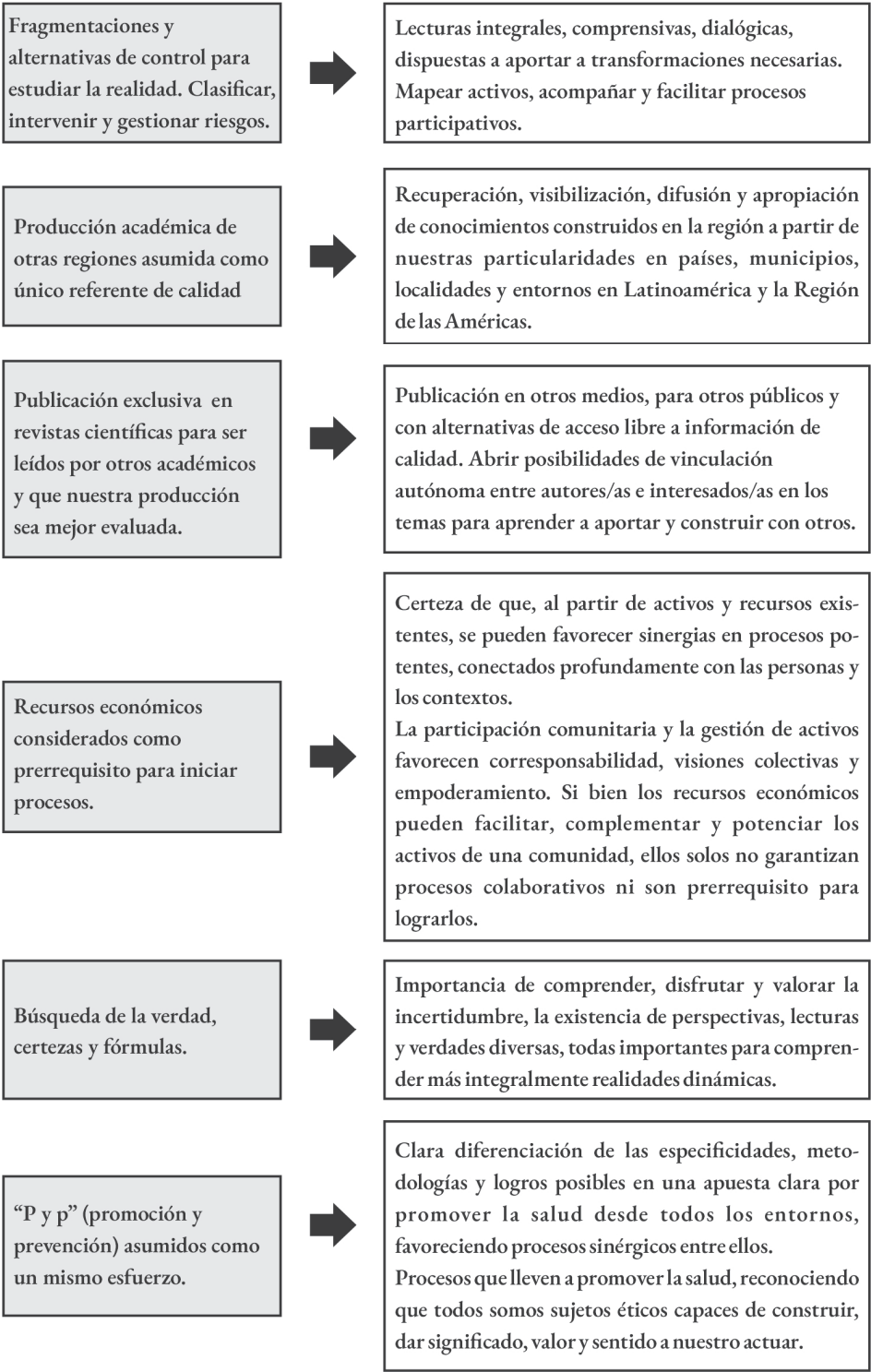
El proceso colaborativo PS LA-*Abya Yala* Caja de Herramientas abre posibilidades a la construcción de prácticas relacionadas con modelos salutogénicos, así como a la intersectorialidad, a lo colectivo, a la coproducción de salud y a la corresponsabilidad. Adicionalmente, permite asumir posturas críticas, aprender a trabajar con otros/as, para comprender los problemas que afectan la salud y a construir colectivamente soluciones que aporten a otras maneras de relacionarnos y abran oportunidades para un desarrollo humano y para una vida buena en condiciones de equidad.

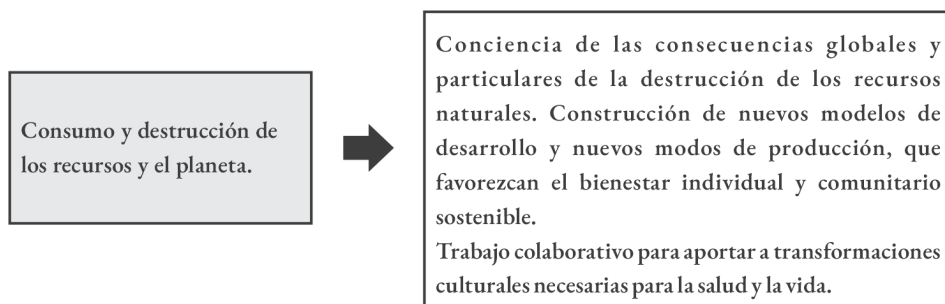
Resulta interesante reflexionar en torno a transformaciones en formas de relación y cómo estas generan cambios significativos a nivel cultural. En el gráfico 1 de la página precedente, se plantean algunas ideas al respecto.

Las oportunidades de cambio implican esfuerzos individuales y colectivos, desaprender y abrirnos a aprender, reflexionar, recuperar y documentar experiencias, registrar logros y visibilizar aportes. Implican nuevas metodologías en los procesos formativos orientados a gestores de salud desde diferentes niveles. En siguiente gráfica se presentan algunas transformaciones importantes relacionadas con funcionamientos que emergen naturales y que podrán movilizarse hacia construcciones que deriven en mayores logros y den lugar a cambios necesarios en favor de la promoción de la salud.

Gráfico 2. Transformaciones necesarias en favor de la promoción de la salud







Fuente: Elaborado por María Constanza Granados Mendoza.

Consolidación del proceso colaborativo

La obra colectiva Promoción de la Salud en Latinoamérica-*Abya Yala* Caja de Herramientas (PS LA *Abya Yala* Caja de Herramientas)³⁰ se empieza a gestar en el año 2019, en el marco del IX Congreso de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS). Inicia con 70 expertos de catorce países de Latinoamérica, quienes trabajan por la salud en sus países, desde diferentes entornos. Para avanzar, se abren espacios de diálogo de perspectivas y experiencias, que aportan a la práctica de una promoción de la salud que favorece oportunidades para el cuidado de la vida, el cuidado mutuo y una vida buena, de calidad en condiciones de equidad. La vinculación de actores clave permite contar con el recurso humano y profesional necesario para proyectar la obra colectiva. Esta se desarrolló con la participación de personas vinculadas a diferentes entornos, entidades estatales, universidades, centros colaboradores de la OPS, y más de 70 expertos de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Perú, Costa Rica, Ecuador, España, México, Puerto Rico, Uruguay, Paraguay y Portugal.

La obra plantea alternativas diferentes para el fortalecimiento de la capacidad en promoción de la salud, busca introducir nuevos recursos y metodologías de aprendizaje y aportar al desarrollo de habilidades, así como a la formalización de sinergias, con el fin de asumir corresponsablemente la revitalización de la promoción de la salud, dar respuesta al momento histórico actual, y mejorar los aprendizajes existentes en torno a las formas más eficientes para gestio-

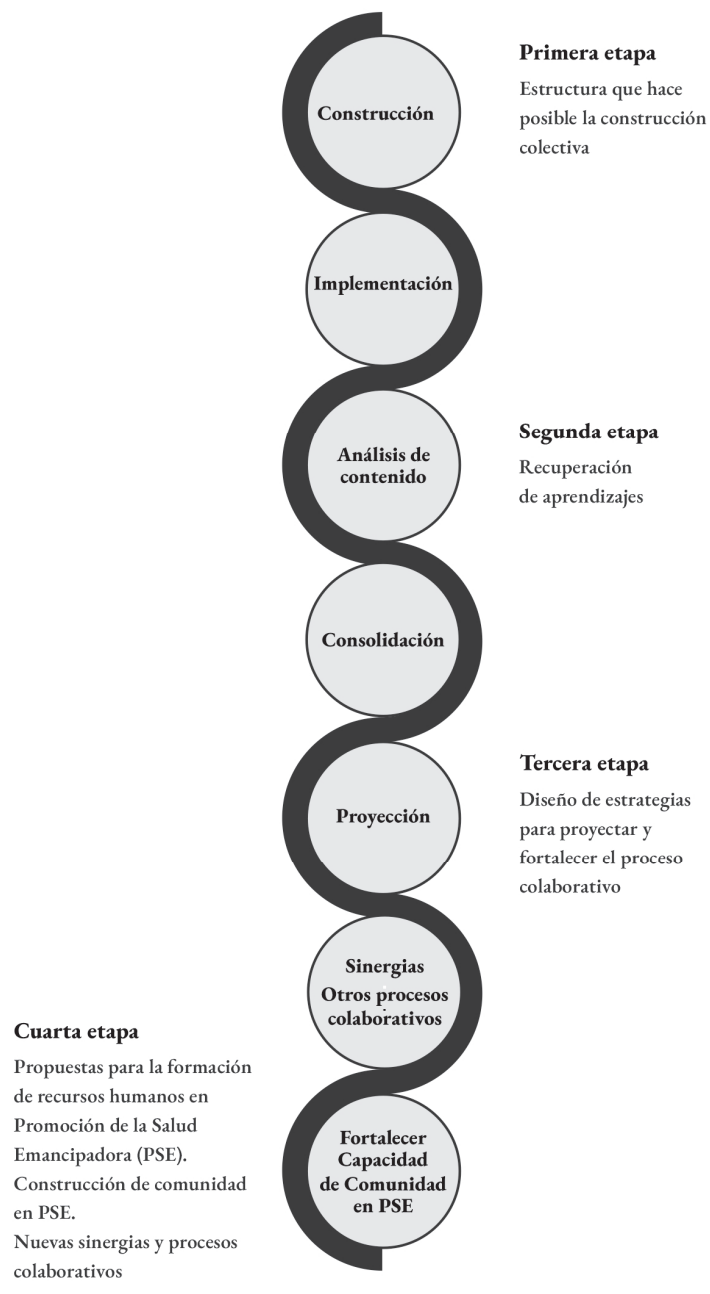
³⁰ <https://www.promocionsaludregionamericas.com/>

nar salud desde un concepto vinculado a la calidad de vida, el desarrollo humano, la participación y el bienestar. Consideramos la obra colectiva Promoción de la Salud en Latinoamérica-*Abya Yala* Caja de Herramientas (PS LA *Abya Yala* Caja de Herramientas) como una experiencia de innovación educativa, dado que su proceso de construcción e implementación evidencia que es posible movilizarse desde caminos conocidos hacia formas más potentes de relación entre actores clave y abrir posibilidades para renovar conceptos, estrategias y logros, esperados y alcanzados. La obra colectiva, además, permite la recuperación de aprendizajes derivados de información emergente y muestra que los procesos colaborativos son procesos vivos que, al ser comprendidos y proyectados corresponsablemente, abren nuevas oportunidades para gestionar la salud y el bienestar en contextos diversos y desde miradas comprensivas globales, en conexión con lo local.

El avance está orientado por algunas preguntas que sirven como guía para alcanzar los objetivos, por ejemplo: ¿Cómo gestionar un proceso colaborativo a nivel regional? ¿Cuáles estrategias pueden favorecer el encuentro, la interacción, la formalización de sinergias y dar lugar a otros procesos colaborativos? ¿Cómo la virtualidad puede constituirse en una oportunidad para proyectar la recuperación y aprovechamiento de aprendizajes, experiencias y oportunidades para la promoción de la salud en la región? Esta obra ha avanzado en etapas que han implicado logros y dan lugar a oportunidades y retos que permiten la consolidación de un proceso vivo. En él son posibles la autoobservación, la reflexión, la problematización, el fortalecimiento de capacidades, el complemento y la ampliación de perspectivas. La plataforma se constituyó como una herramienta para publicar aportes de diferentes autores/as y generar espacios interactivos. También hizo posible una complementariedad entre los recursos y las experiencias que apoyaron el avance del proceso colaborativo. Por otra parte, las redes sociales favorecieron los procesos comunicativos en cuanto a que permitieron socializar los eventos, propiciaron la interactividad, motivaron la utilización de la plataforma para acceder a artículos, a la biblioteca virtual y a grabaciones de evento. Por otra parte, gracias a ellas se recibieron aportes y sugerencias de las y los lectores/as.

Etapas y momentos

Gráfico 3. Etapas y momentos parte del proceso.



Fuente: Elaborado por María Constanza Granados Mendoza.

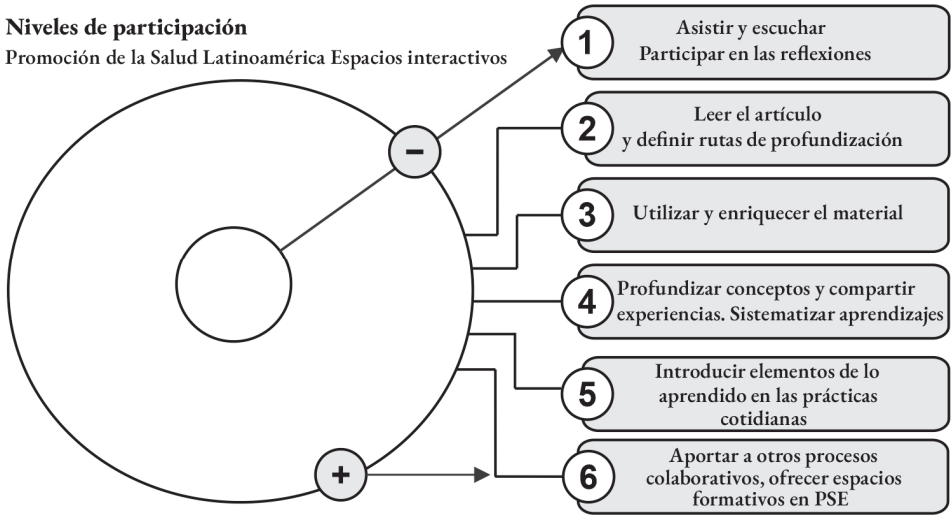
El proceso se viene desarrollando en etapas que hacen posible su consolidación y proyección. En la primera etapa se construyó la estructura que orientó los avances de la obra con criterios compartidos; se consolidó el equipo y las dinámicas de funcionamiento que favorecieron la construcción colectiva; se estableció un cronograma de avance y se definieron los criterios para la elaboración de los artículos que formarían la obra colectiva en su formato virtual.

En la segunda etapa, durante los años 2020 y 2021, se realizaron espacios interactivos con todos autores/as (foros y presentación de experiencias) con una periodicidad quincenal. Posteriormente, se analizó la información emergente recuperada. Se trabajó por lograr una actualización permanente y gestionar apoyo para el posicionamiento de la plataforma en las redes sociales propias y de aliados. Se elaboró una guía para el análisis de información emergente, la cual se constituyó en un insumo para proyectar el proceso. El mayor aporte de estos espacios estuvo en la posibilidad de intercambiar perspectivas, reflexiones, apropiar aprendizajes y fortalecer la capacidad para gestionar procesos en lo local.

Se identificaron diferentes niveles de participación de los usuarios de la plataforma: asistentes de diferentes países escuchan y participan de las reflexiones (nivel 1), se abren a dialogar con autores/as o invitados/as (nivel 2), escuchan las grabaciones y retoman el análisis de contenido —hacen síntesis analíticas, utilizan materiales de la Caja de H+erramientas en espacios académicos, laborales o de formación— (nivel 3), comparten experiencias (nivel 4), o introducen cambios en su vida cotidiana a partir de los aprendizajes en promoción de la salud de los que se apropian (nivel 5). Los niveles de mayor participación favorecen la gestión de procesos colaborativos autónomos, trabajo en red y fortalecimiento de la comunidad en promoción de la salud en la región.

La reflexión acompaña todo el proceso y abre oportunidades para la construcción de conocimientos, el complemento de saberes y la identificación de necesidades y activos en salud. Además, permite que el equipo inicial de autores/as dialogue con otros/as interesados/as y comparta experiencias en el tema.

Gráfico 4. Niveles de participación



Fuente: Elaborado por María Constanza Granados Mendoza.

El análisis de la información se hizo considerando las siguientes categorías:

Activos y recursos: “factor o recurso, que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades o de las poblaciones para mantener la salud y el bienestar”.³¹

Ideas fuerza y reflexiones emergentes: planteamientos de los conferencistas y de los participantes en el chat de la videoconferencia

Necesidades y retos: situaciones o condiciones que pueden fortalecerse o que sería importante abordar.

Oportunidades: situaciones, contextos, condiciones o experiencias que pueden favorecer desarrollos en el tema, identificadas en el marco de las reflexiones.

³¹ Morgan, A., y Ziglio, E. (2010). Revitalizar la base de evidencias para la salud pública: un modelo basado en los activos. En M. Hernán, A. Morgan y A. L. Mena (Eds.), *Formación en Salutogénesis y Activos para la Salud*, p.13.

La tercera etapa correspondió a la consolidación de la obra colectiva regional y a la definición de proyecciones con base en el contexto y la información emergente. La información recuperada (artículos, experiencias compartidas y foros) aporta elementos importantes para avanzar en la revitalización de la promoción de la salud en la región.

En la cuarta etapa se proyectaron el fortalecimiento de capacidad en promoción de la salud en la región y la construcción de una comunidad en el tema como base para favorecer avances y procesos colaborativos autónomos. Se diseñó un curso de formación en promoción de la salud emancipadora para la región.

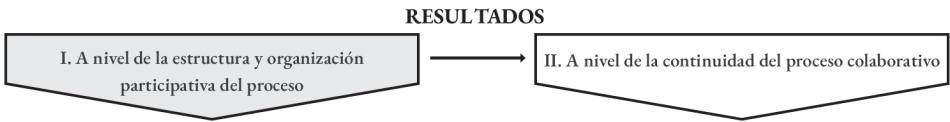
Las etapas de desarrollo de la obra colectiva evidencian un proceso construido con una confianza plena en los aportes de la promoción de la salud y el fortalecimiento de lo colectivo que valida otras formas de publicación al servicio de la gente. Además, reconocen que los conocimientos son dinámicos y se construyen en el diálogo entre la experiencia y conceptualizaciones claras; y consideran la importancia de aprendizajes continuos que se alimentan con perspectivas y lecturas en las que el conocimiento es de todos/as y debe estar al servicio de todos/as.

Resultados

Los resultados dan cuenta de las primeras cuatro etapas del trabajo colaborativo. Se recuperan de manera analítica para favorecer el desarrollo de nuevos procesos colaborativos en el tema.

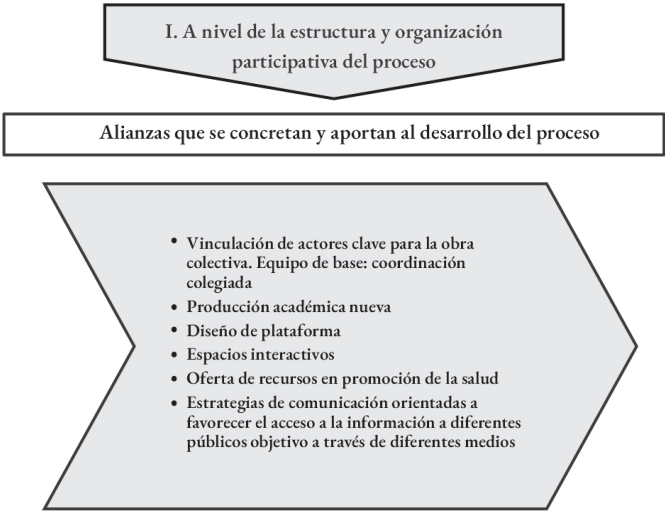
Se presentan a continuación los resultados de las primeras fases del proceso colaborativo PS LA-*Abya Yala* Caja de Herramientas, comprendidos entre 2019 y 2023. Están organizados considerando aquellos relacionados con la consolidación de una estructura que hace posible el proceso, los que se refieren a la organización este y los que hacen posible su continuidad.

Gráfico 5. Resultados. Niveles



Fuente: Elaborado por María Constanza Granados Mendoza.

Gráfico 6. Resultados vinculados a la estructura del proceso



Fuente: Elaborado por María Constanza Granados Mendoza.

1. Vinculación de actores clave. Se planea como un logro convocar a expertos/as interesados en el tema con experiencias diversas desde diferentes países de la región, que se motivan y deciden aportar su tiempo para el desarrollo de la obra colectiva.

En 2019, durante el IX Congreso de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS), en una reunión que contó con la participación de representantes de las Redes Nacionales de Universidades Promotoras de Salud y de la representante de la Organización Panamericana de la Salud, se identificó como una necesidad para la región construir estrategias que aporten al fortalecimiento de la salud y pongan al servicio de los interesados conocimientos, experiencias y aprendizajes. En reuniones virtuales posteriores se definió una estructura de contenido que se desarrolló desde equipos de trabajo y dio lugar a artículos con producción académica nueva construida para la obra

colectiva con criterios compartidos. En el X Congreso de la RIUPS realizado en Coímbra, Portugal, en el año 2022, se otorgó al proceso colaborativo un reconocimiento como estrategia de innovación educativa para Latinoamérica.

2. Producción académica nueva. En 2019 se propusieron cinco partes para la obra colectiva y se definió un promedio de cuatro artículos para cada parte en los que pondrían a dialogar teoría y experiencia. El trabajo de equipos para la construcción de los artículos fue en sí mismo un escenario valioso de reflexión por el complemento de perspectivas.

Tabla 1. Estructura de la obra colectiva
Promoción de la Salud-*Abya Yala* Caja de Herramientas

Parte 1 Trasfondo histórico y actual: corrientes de pensamiento en promoción de la salud en Latinoamérica	▪ Las promociones de la salud que hacemos ▪ Salud: una mirada a su promoción y determinación sociohistórica ▪ Equidad y promoción de la salud ▪ El derecho a la salud y la promoción de la salud: un binomio instrumental para proteger la dignidad de la persona ▪ La promoción de la salud y el desarrollo: una visión crítica desde los objetivos de desarrollo sostenible ▪ Cambio climático y promoción de la salud
Parte 2 Perspectivas y marcos operacionales dominantes y emergentes de la promoción de la salud	▪ Vínculo de la gobernanza y la abogacía de políticas saludables ▪ Papel de las universidades en la generación de políticas públicas para la promoción de la salud ▪ Conceptos y perspectivas de educación para la salud y promoción de la salud en tiempos de pandemia ▪ Trayectorias de habilidades para la vida, desarrollo humano y promoción de la salud en el siglo XXI
Parte 3 Componentes para fortalecer los procesos y las prácticas de promoción de la salud	▪ Aprendizajes relacionados con la evaluación en promoción de la salud ▪ Tecnologías de la información y comunicación y promoción de la salud: alcances, experiencias y desafíos ▪ Modelos participativos. Actores clave en promoción de la salud

	▪ Formación de talento humano. Recursos humanos en PS. Especialización en PS ▪ Aportes a la promoción de salud desde las currículas innovadas en Medicina: experiencia en Argentina ▪ Una formación de pregrado en Medicina adecuada para la implementación del modelo de atención integral en salud desde la Estrategia de Recursos Humanos en Salud de 2017 ▪ El trabajo colaborativo y en red en la promoción de la salud ▪ Dimensión de los estudios socioculturales en promoción de la salud en el contexto de Latinoamérica ▪ Activos para la salud desde los vientos de América Latina ▪ Investigación en la práctica de promoción de la salud: lecciones aprendidas para el sector salud en México
Parte 4 Escenarios y entornos promotores de salud en la vida cotidiana	▪ Ciudades y municipios saludables ▪ Organizaciones ciudadanas. Promoción de la salud: ¿con quién y hacia dónde? ▪ La escuela como entorno para promover la salud: experiencia Latinoamericana ▪ Universidades Promotoras de Salud ▪ Entornos laborales saludables
Parte 5 Retos y oportunidades de la promoción de la salud	▪ ¿Cuáles serían los atributos para la intersectorialidad en el siglo XXI? En busca de una intersectorialidad de nueva generación ▪ Salud global y retos para la promoción de la salud en Latinoamérica ▪ Desafíos epistemológicos y en la acción en el campo de la promoción de la salud

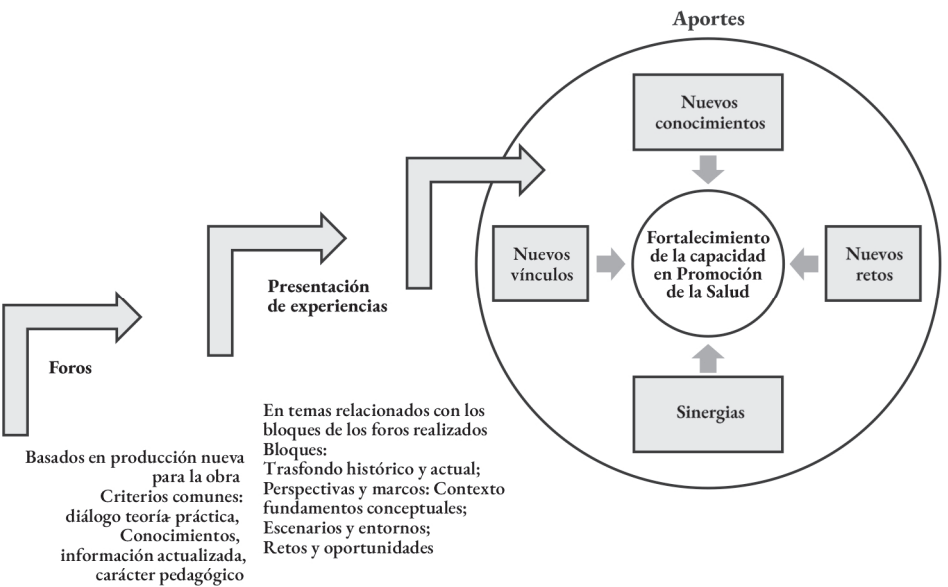
Fuente: Elaborada por María Constanza Granados Mendoza con base en la organización inicial de la plataforma web.

3. Diseño de plataforma web.

La página <https://www.promocionsaludregionamericas.com/> se pone al servicio de todos/as los/as interesados/as en el tema y constituye una evidencia de la fortaleza de los procesos colaborativos.

4. Espacios interactivos. Los encuentros virtuales quincenales en tiempos de pandemia resultaron fundamentales para la recuperación de perspectivas, experiencias y conocimientos. La publicación de grabaciones y transcripciones, además de ser una evidencia de su realización, pone a disposición de todos/as los/as interesados/as la producción permanente y recursos que pueden retomarse y utilizarse libremente. El aporte derivado de procesos reflexivos en equipos interpaíses es una oportunidad para la construcción de conocimientos y aprendizajes derivados de experiencias diversas.

Gráfico 7. Espacios interactivos y su aporte



Fuente: Elaborado por María Constanza Granados Mendoza.

5. Oferta de recursos en promoción de la salud. El lanzamiento de la obra colectiva se realizó en la se realizó en la Sala Promoción de la Salud de la Oficina Regional Washington de la Organización Panamericana de la Salud, el 15 julio 2020. Desde ese momento, la plataforma (<https://www.promocionsaludregionamericas.com/>) se actualiza de manera permanente incorporando nuevas herramientas y aportes para la formación en promoción de la salud. El portal es de acceso libre y cuenta con visitas desde diferentes países de la región.

Entre las herramientas y recursos se destacan: los espacios interactivos —desarrollados en los años 2020 y 2021 con una periodicidad quincenal— que contaron con la participación de representantes de diferentes países de la Región y cuyo contenido se grabó, transcribió y publicó (<https://www.promocionsaludregionamericas.com/foros>); y la biblioteca virtual especializada, que se actualiza de manera permanente (<https://www.promocionsaludregionamericas.com/biblioteca-virtual>).

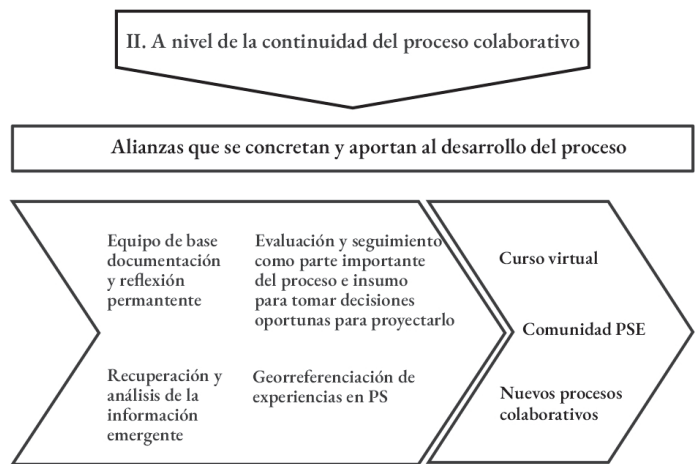
6. Estrategias de comunicación orientadas a favorecer el acceso a la información a diferentes públicos objetivo a través de diferentes medios. Para ello, se creó una página de Facebook (https://www.facebook.com/CAJA_HERRAMIENTAS_PROMOCION_SALUD) y una plataforma virtual (<https://www.promocionsaludregionamericas.com>). Los canales de comunicación fueron el chat y el correo electrónico (promocionsalud.ra@gmail.com), a través del que se recibieron solicitudes de asesoría y conferencias y se brindó acompañamiento al proceso en curso. Esto permitió la documentación de todo el intercambio y la posibilidad de acceder libremente a toda la información recuperada.

Respecto a los resultados relacionados con la continuidad del proceso colaborativo que se ilustran en el gráfico, se resaltan las alianzas que consolidan y fortalecen oportunidades para avanzar. La Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional en Washington, participa en una relación sinérgica que hace posible que el proceso conserve la autonomía en el manejo del proceso y de la información, se proyecte aportando a la revitalización de la promoción de la salud en la región, y se alinee con el proceso planteado a partir de la oficialización de la Estrategia y el Plan de Acción para la Promoción de la Salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030.

Los Centros Colaboradores de la Organización Panamericana de la Salud se vincularon aportando, además de los artículos, apoyos específicos en el proceso. El Centro de Estudios, Investigación y Documentación en Ciudades Saludables (CEPEDOC) aportó salas virtuales para espacios interactivos; el Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública (CEDETES), seguimiento y evaluación del proceso; el Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) para la Capacitación e Investigación en Promoción de la Salud y Educación para la Salud (CIPSES) y PROINAPSA fueron coautores de un artículo y el foro correspondiente. Posteriormente, se generaron alianzas con líderes en la región tales como el Centro

de Investigación y Laboratorio de Impactos en Salud Colectiva (CILAB SALUD, Ecuador), la Escuela para el Desarrollo (Perú), el Centro de Estudios con Poblaciones, Movilizaciones y Territorios (POMOTE, Colombia), la UCR Global (Costa Rica) y la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina). Estas alianzas dan cuenta de la conciencia de que el complemento en el logro de objetivos comunes fortalece procesos articuladores de esfuerzos en la región.

Gráfico 8. Resultados a nivel de la continuidad del proceso colaborativo



Fuente: Elaborado por María Constanza Granados Mendoza.

Se consolidó un equipo interpaíses que produjo la obra colectiva en la primera etapa —y que continúa activo luego de su lanzamiento— cuyos miembros han participado corresponsablemente en la realización de los foros y espacios interactivos. El equipo de base se reúne periódicamente para diseñar nuevas herramientas de formación en promoción de la salud emancipadora (PSE) —tales como el curso virtual de formación en PSE para la Región— y tomar decisiones relacionadas con el avance y proyección del proceso. Buscamos una comunicación bidireccional con el equipo de autores/as ya que la forma de funcionar como equipo favorece la corresponsabilidad, la participación, el aprovechamiento de los recursos, la recuperación de aprendizajes y la vinculación de nuevos miembros.

Para favorecer la continuidad, se plantea la importancia de la recuperación y análisis de la información emergente. El análisis de contenido de la información recuperada en los espacios interactivos (foros y presentación de experiencias) se realiza con base en una guía construida participativamente con categorías de análisis que dan cuenta de información relevante para proyectar el proceso en otro recurso: la Caja de Herramientas.

Por otra parte, la evaluación y el seguimiento son considerados fundamentales en el proceso e insumo para tomar decisiones oportunas para proyectarlo. La metodología para la evaluación del proyecto fue desarrollada por Andrés H. Pérez Bustos y el CEDETES de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, centro colaborador OPS. En esta se propone enfocar la evaluación sobre los objetivos 3 y 4 de Promoción de la salud *en Latinoamérica*; y, específicamente, sobre el objetivo 1 de los espacios interactivos de la obra colectiva: “Ofrecer a los interesados en promoción de la salud espacios de encuentro que nos lleven a identificar actores clave y a tender a puentes de comunicación”.³² Se plantea hacer una evaluación de la capacidad de PS LA para construir redes de colaboración a través de la interacción de sus participantes, usando la metodología de Análisis de Redes Sociales (ARS).³³

La georreferenciación de experiencias que se realiza con el apoyo de POMOTE- Colombia Centro de Estudios con Poblaciones, Movilizaciones y Territorios adscrito a la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín, utilizando la plataforma USHAHIDI (valioso recurso de georreferenciación propuesto por un grupo de desarrolladores de diferentes países), nace en el contexto de la pandemia como forma de mapear emergencias y hacer ejercicios solidarios de acción inmediata. En el caso de PS LA - *Abya Yala* Caja de Herramientas, permite reconocer experiencias en la región y gestionar procesos autónomos de comunicación entre sus autores.

³² Granados, M. (2020). *Los espacios interactivos de esta obra colectiva buscan*. Promoción de la Salud en la Región de las Américas, Caja de herramientas. <https://www.promocionsaludregionamericas.com/foros>

³³ Pérez, A., y Mosquera, J. (2020). *Promoción de la Salud en la Región de las Américas. Guía metodológica para la evaluación de capacidad de construcción de redes de actores e instituciones para la promoción de la salud*. Universidad del Valle. *PSRA x ARS dic* ([promocionsaludregionamericas.com](https://www.promocionsaludregionamericas.com))

Otro resultado de la continuidad del proceso colaborativo es el Curso virtual en PSE. En el año 2023, el equipo de base que asumió el diseño del curso trabajó en una oferta formativa con las siguientes características:

- Curso de autoaprendizaje en promoción de la salud emancipadora.
- Matriculación manual.
- Duración: 80 horas.
- Momento 1: ¿Dónde nos ubicamos? ¿Qué tipo de promoción de la salud hacemos y queremos hacer? ¿Qué implica ubicarse en apuestas por una PSE? (20 horas, 5 horas para cada sesión).
- Momento 2: Aprendiendo y aplicando. Metodologías, planeación y evaluación en apuestas desde una promoción de la salud emancipadora (60 horas, 5 horas para cada sesión).

Está dirigido a personas interesadas en procesos de desarrollo comunitario y en apoyar propuestas desde perspectivas de promoción de la salud emancipadora, considerando como públicos objetivo tanto a líderes comunitarios como a estudiantes universitarios y profesionales que quieran cualificarse en el acompañamiento de procesos desde perspectivas emancipadoras.

Al término de este curso, quienes participen serán capaces de conceptualizar y aplicar métodos y herramientas que orienten la planeación, implementación y evaluación de procesos emancipadores en promoción de la salud y utilizar herramientas de PSE para enriquecer intervenciones en sus ámbitos de trabajo y gestión de la salud.

La propuesta implica la consolidación de equipos interpaíses interesados en la promoción de la salud emancipadora que avancen desde un trabajo en red en la construcción de conocimientos y la cualificación de estrategias para la gestión de procesos emancipadores en la región. Se espera fortalecer progresivamente la capacidad de PS LA - *Abya Yala* Caja de Herramientas para crear una comunidad alrededor del tema.

Por último, como resultado de toda lo anterior, surgirán nuevos procesos colaborativos. Gracias al posicionamiento de la obra colectiva se invita a coautores/as a participar como coorganizadores/as de eventos internacionales y se reciben solicitudes de conferencistas del equipo de autores/as para eventos y para espacios de formación en diferentes países de la región. Esto aporta también al fortalecimiento de la comunidad en promoción de la salud en la región.

Por otra parte, el acceso libre a la información se reconoce como base para favorecer procesos colaborativos y trabajo en red. La plataforma y la biblioteca virtual, en este sentido, son los recursos que favorecen, para esta obra, el acceso democrático a la información. La plataforma construida se alimenta de manera permanente con aportes recibidos no solo de parte de autores, sino de otros interesados en la promoción de la salud y expertos en los temas incluidos en ellas.

La interdisciplinariedad e interculturalidad se evidencian como indispensables para lograr comprensiones integrales de situaciones relacionadas con la salud individual y comunitaria. En este proceso colaborativo, esto es posible gracias a las características del equipo interpaíses que convoca a expertos de diferentes profesiones con experiencia en diversos entornos y con una vinculación laboral que incluye, además, entidades estatales y academia.

Proyecciones

Tenemos la certeza de que este producto colectivo, construido desde la corresponsabilidad, será un insumo valioso para contar con una comunidad trabajando por la promoción de la salud desde apuestas emancipadoras en Latinoamérica.

Para el año 2024, y los siguientes, el proceso colaborativo proyecta seguir aportando al fortalecimiento de la capacidad en promoción de la salud desde una perspectiva emancipadora guiado por los siguientes objetivos:

- Dar continuidad al fortalecimiento de capacidad y construcción de una comunidad en el tema de promoción de la salud en América Latina.
- Fortalecer alianzas a partir de temas de interés común y las experiencias de los participantes que van vinculándose al trabajo en red.
- Favorecer la consolidación y socialización de nuevos procesos colaborativos interpaíses.
- Apoyar el desarrollo de iniciativas y procesos en promoción de la salud en la región.
- Documentar procesos y construir conocimientos desde una apuesta por una PSE.
- Crear y/o fortalecer sistemas de monitoreo y evaluación para los procesos en promoción de la salud en la región.

Conclusiones

Se plantea en numerosos pronunciamientos mundiales el aporte poderoso de la promoción de la salud, pero es evidente que no se forma a profesionales ni a líderes comunitarios para poder hacerla realidad. Es indispensable construir innovaciones educativas que favorezcan la generación de nuevos conocimientos, la cualificación de estrategias, la gestión de activos y la consolidación de apuestas desde modelos participativos, inter y transdisciplinarios, desde diferentes entornos.

Es muy potente poner en práctica los postulados fundamentales de una promoción de la salud emancipadora, abriendo posibilidades para que los individuos y comunidades participen en procesos colaborativos y encuentren oportunidades para su desarrollo humano y para una vida buena.

El trabajo en equipo y la apertura a reflexionar y construir juntos da lugar a espacios de aprendizaje para los/as autores/as quienes, al encontrarse con las perspectivas de los colegas, en el diálogo entre la teoría, las experiencias y la conexión con diversas realidades, amplían comprensiones y recursos.

En la gestión de procesos colaborativos es fundamental tener claridades conceptuales y epistemológicas como base para el diseño de estrategias, metodologías e intervenciones relacionadas con la promoción de la salud. Al educar para la salud se deben fortalecer las capacidades individuales y colectivas para gestionar procesos en los que se vivencie y apropie la corresponsabilidad como forma de relación y trabajo para lograr transformaciones sociales en favor el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano en condiciones de equidad.

Trabajar desde un modelo participativo y con herramientas aprendidas de la gestión basada en activos, favorece la participación así como la interdisciplinariedad y el complemento de experiencias para el logro de objetivos comunes. Los procesos emancipadores deben tejer saberes particulares conectados con los contextos, las necesidades y la información emergente.

Es fundamental abrir espacios reflexivos que den lugar a apoyos, sinergias y aprendizajes, que favorezcan el libre acceso a la información y generen plataformas para dialogar, compartir experiencias, construir conocimientos y favorecer transformaciones en quienes promueven la salud y en las realidades que se intervienen.

La virtualidad puede constituirse en una oportunidad para proyectar la recuperación y aprovechamiento de aprendizajes, cuando no depende de recursos medidos por quienes ostentan los poderes dominantes. Permite la actualización de manera permanente y el enriquecimiento con los aportes de los interesados en el tema. No lleva a metas por conquistar sino a hacer camino con otros, y la fascinación por aprender acompaña los avances.

La gestión de la salud implicará transformaciones profundas a las cuales se puede aportar desde procesos emancipadores. Los cambios que se requieren para la supervivencia de la humanidad deben llevar a prácticas de autocuidado, cuidado mutuo y cuidado de la vida. Una sociedad de la vida que en palabras de Jaime Breilh, sea “Sustentable, Soberana, Solidaria y biosegura”.³⁴

Es primordial promover más ejercicios académicos y procesos colaborativos dispuestos a publicar no solo en revistas indexadas para públicos limitados y tener reconocimiento en contextos académicos, sino en otros medios, para diferentes públicos, con un doble objetivo. Por un lado, recuperar, visibilizar, difundir y apropiar conocimientos construidos en la región a partir de nuestras particularidades en países, municipios, localidades y entornos en América Latina y, por el otro, favorecer un acceso democrático a la información de parte de diferentes públicos que pueden ser corresponsables en la producción de la salud y el cuidado de la vida. En este proceso colaborativo alimentamos la biblioteca con enlaces a diferentes alternativas que, al unirse, serán poderosas herramientas de transformación social, individual y comunitaria; apostamos a tender puentes y oportunidades de comunicación entre actores sociales que creen que un cambio es posible y la promoción de la salud es una oportunidad para apoyarlo.

En América Latina existen iniciativas potentes que se construyen desde perspectivas de salud individual y comunitaria. Nuestra apuesta se une a otras voces que claman por cambios estructurales, por la construcción de modelos de desarrollo que tengan en su base apuestas reales por la salud y la vida. Es una oportunidad trabajar con líderes del movimiento latinoamericano de la salud

³⁴ Breilh, J. (2010). Las tres ‘S’ de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En R. Passos Nogueira (Ed.), *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*, pp. 87-125.

comunitaria, académicos/as, investigadores/as, estudiantes y líderes comunitarios/as, cuyos esfuerzos abren ventanas de posibilidad para otras maneras de ser y estar en el mundo.

Hacemos una invitación a quienes creen en la apuesta por la promoción de la salud como un camino a trabajar colaborativamente en favorecer transformaciones culturales necesarias para la salud y la vida, a participar en este sueño compartido y ser coproductores de salud desde el lugar de la región en donde transcurre su vida. En palabras de María del Consuelo Chapela: “Considero que esa página es una nave que ya tiene rumbo, una nave que requiere de la esperanza y empeño de todos y todas quienes, de una manera u otra, creemos que la PS es un instrumento de liberación de nuestros pueblos”.³⁵

Bibliografía

- Akerman, M., & Rodrigues Pinheiro, W. (14 de abril de 2020). Covid-19: Não estamos no mesmo barco. *Le Monde diplomatique, Brasil*. <https://diplomatique.org.br/covid-19-nao-estamos-no-mesmo-barco/?fbclid=IwAR32Z6-syj8pNRH00CYWOW0rbvGCiCXkFvz7LxD54El-lubLAsJ7tBVKkc>
- Breilh, J. (2010). Las tres ‘S’ de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En R. Passos Nogueira (Ed.), *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* (pp. 87-125). Cebes.
- Chapela, M., y Alasino, A. (2020). Las promociones de la salud que hacemos. https://www.promocionsaludregionamericas.com/_files/ugd/9386fc_10f15c9216924d41bb8b8b9794a38758.pdf
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ediciones Journal S.A.
- Gudynas, E. y Acosta, A. (2011). El buen vivir más allá del desarrollo. *Qué hacer*, (181), 70-81. https://www.promocionsaludregionamericas.com/_files/ugd/9386fc_cfaf941c807b406286d444cec9a4d3c8.pdf
- Granados Mendoza, M. C. (2020). Procesos colaborativos y promoción de la salud. *Promoción de la Salud en la Región de las Américas - Caja de Herramientas*. <https://www.promocionsaludregionamericas.com/foros>
- (2022). Chapter 42: Health Promotion in the Region of the Americas: An Educational Innovation Proposal. En (M. C. Granados Men-

³⁵ M.C. Chapela Mendoza, comunicación personal, 2020.

- doza, *Springer International Publishing Publication* (pp.674). https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8000770/mod_resource/content/1/EBOOK-PUBLICADO-2.pdf
- Morgan, A., y Ziglio, E. (2010). Revitalizar la base de evidencias para la salud pública: un modelo basado en los activos. En M. Hernán, A. Morgan y A. L. Mena (Eds.), *Formación en Salutogénesis y Activos para la Salud* (pp. 47- 65). Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud (2022). Estrategia y Plan de Acción Sobre la Promoción de la Salud en el Contexto de los Objetivos. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55950>
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Impacto de la pandemia de COVID-19 en las desigualdades sociales y la promesa de “no dejar a nadie atrás”*. <https://www.paho.org/es/eventos/impacto-pandemia-covid-19-desigualdades-sociales-promesa-no-dejar-nadie-atras>
- Pérez Bustos, A., y Mosquera Becerra, J. (2020). Promoción de la Salud en la Región de las Américas. Guía metodológica para la evaluación de capacidad de construcción de redes de actores e instituciones para la promoción de la salud. (U. d. Valle, Ed.) *Promoción de la Salud en la Región de las Américas. Caja de Herramientas*.
- Rivas Navarro, M. (2000). *Innovación educativa, teoría, procesos y estrategias*. Editorial Síntesis.

Capítulo 2

Las promociones de la salud que hacemos

María del Consuelo Chapela y Adrián Eduardo Alasino

La tarea que nos proponemos para la redacción de este capítulo es la de seleccionar algunos aspectos puntuales de la práctica de la promoción de la salud (PS) que nos puedan ayudar en la reflexión sobre la coherencia ética y epistemológica tanto de los discursos institucionales en relación con su práctica, como entre lo que queremos, decimos y hacemos como PS en la cotidianidad de las universidades nuestroamericanas. Muchos de esos discursos, querer, decir y hacer están presentes en las páginas de este libro. Particularmente, nos interesa que la reflexión sobre esos aspectos ayude a quien piensa y practica la PS desde la intención y voluntad de mejorar las condiciones productoras de sufrimiento humano en nuestro mundo nuestroamericano, para ser, en su práctica de PS, a la vez agente y comparsa de otras utopías de derecho y justicia social.

Las preguntas que nos orientaron para la selección de los contenidos de este capítulo fueron: ¿Qué PS estamos haciendo en las universidades latinoamericanas? y ¿cuál es la intención detrás de la PS que hacemos? Para la selección de contenidos auxiliares de la reflexión que esperamos despierte este libro entre sus lectores y lectoras, consideramos la experiencia en el desarrollo conceptual y práctico de la PS a partir de los movimientos populares de salud en América Latina durante la década de 1970, y también el desarrollo de la PS oficial a partir de la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud que se desarrolló en Ottawa en 1986 y su posterior institucionalización dentro de las políticas públicas en Latinoamérica. Dentro del amplio espectro de elementos para la reflexión sobre nuestras preguntas, la selección de contenidos para este capítulo consideró el diseño general de la obra y también lo que irremediablemente quedaría fuera de este libro: protagonistas, autores, experiencias, análisis, discusiones y reflexiones que, en su conjunto, conforman la trayectoria de la PS iberoamericana y universitaria.

Para la redacción de este capítulo recurrimos a experiencias de distintas personas, grupos sociales, gobiernos, instituciones y otros/as autores/as. También

nos apoyamos en nuestras propias experiencias y reflexiones presentes en otros de nuestros trabajos señalados conforme se desenvuelve el texto. Para desarrollar los elementos auxiliares a la reflexión sobre aquellas preguntas, organizamos los contenidos en cuatro partes orientada cada una por una pregunta. Primera: ¿De qué salud estamos hablando? Segunda: ¿Qué palabras son mejores para promover la salud? Tercera: ¿Qué tan colonizadora es la PS que hacemos? Y cuarta: Lo que caracteriza a los espacios universitarios ¿se extiende a la PS universitaria que hacemos?

Nos interesa resaltar que pensamos este capítulo principalmente en el remolino de la pandemia ocasionada desde el punto de vista biológico por el virus SARS-CoV-2, aunque desde otros puntos de vista, como el económico o el ético, por las condiciones de injusticia social y planetaria. Reflexionamos que, solo, el virus no podía hacer el caos (o aparente caos) para amplísima parte de los habitantes del planeta, por lo que tampoco será responsable de las consecuencias que se extenderán varios años hacia delante. Ese minúsculo ente con rimbombante nombre necesitó de la facilidad de inducción de miedo planetario en una población que, desde la década de 1980, ha devenido clasista, narcicista y aburrida, inmersa en la mentira, la incapacidad para profundizar y seleccionar información, que valora en alto lo consumible, inmediato, lo individual, lo banal, divertido, fácil, cómodo y la fisicalidad, aparentemente posponiendo así el encuentro con su vida y con su muerte,³⁶ demasiado acostumbrada a vivir en un perpetuo estado de excepción en donde se controla su vida desde fuera.³⁷ Valga como ejemplo un “meme institucional” que ha circulado por redes sociales en donde dice: “Recuerda, no estás encerrado en casa, estás a salvo en casa”. Todo esto en un contexto geopolítico preexistente que apunta a la cancelación del modelo económico vigente, en donde escala la desigualdad, la inseguridad, la guerra, la apropiación de los territorios, el genocidio,³⁸ las migraciones, los nacionalismos y autoritarismos, el racismo, los homicidios por razón

³⁶ Ver, por ejemplo: Lipovetsky, G. (2002). *La era del vacío*. Anagrama; Bauman, Z. (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de Cultura Económica; Campuzano, M. (2020). *Subjetividad, vínculos y violencia. El neoliberalismo y las consecuencias psíquicas de las nuevas formas de dominación*. Universidad Autónoma Metropolitana.

³⁷ Agamben, G. (2014). *Estado de excepción*. Adriana Hidalgo Editora, SA. y Agamben, G. (26 de febrero de 2020). L'invenzione di un'epidemia. *Quodlibet*. <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia>

³⁸ Particularmente ilustrativo de esto es el impune genocidio perpetrado en Palestina por Israel

de género, el deterioro de los servicios públicos, la duda alrededor de las verdades religiosas, científicas o de otro tipo, la emergencia aparentemente incontrolable de una inteligencia artificial cuya acción sobre el mundo humano aún desconocemos,³⁹ el avance de la injusticia social y la violación a los derechos humanos.^{40 41} Y, a la vez, la digna respuesta social que clama por la solidaridad, por el derecho de las actuales y futuras generaciones por contar con un planeta en donde los seres humanos puedan comer, trabajar, comprender, amar, proponer, vivir como iguales.

Como en los grandes temblores que hacen caer las bardas de barrios y favelas, los estados de excepción entre 2019 y 2022 siguieron un orden perfectamente acoplado con la rotación del planeta, como la misma salida del sol, – Asia, Europa, América, Asia–. Cayeron fronteras, telones y escenografías; por unas semanas desfilaron una a una las virtudes y miserias de gobiernos, sistemas, instituciones, población, familias, personas. Al observar más allá del virus, constatamos en la escala más grande que nos es dada a los humanos, la de la humanidad misma, que nuestros problemas de salud los hacemos nosotros mismos día a día a lo largo de la historia, no los microorganismos o los cuerpos deficientes. Como si de una película escatológica futurista se tratara, la observación de esta suerte de macabro experimento biológico, social, histórico, político, económico, despierta pensamientos y emociones que oscilan entre el pavor, lo mórbido, lo doloroso, lo compasivo y lo fascinante. Pudieron palparse

y la élite de personas que concentran el capital hegemónico mundial y que aparece como espada de Damocles sobre las cabezas de todos los pueblos.

³⁹ Para una revisión de aspectos éticos de la IA ver Floridi, L. (2023). *The ethics of Artificial Intelligence. Principles, challenges, and opportunities*. [La ética de la inteligencia artificial. Principios, desafíos y oportunidades]. Oxford University Press.

⁴⁰ Ver, por ejemplo: Harvey, D. (3 de marzo de 2020). Anti-Capitalist politics in the time of COVID-19. *Jacobin*, <https://jacobinmag.com/2020/03/david-harvey-coronavirus-political-economy-disruptions>

⁴¹ Las discusiones para generar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, son ejemplo del reconocimiento de esta situación. (https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg_goals.html y <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>).

“en tiempo real” viejas iluminaciones. Por ejemplo, cómo se enseñorea el biopoder⁴² actuando sin límites y en plenitud, o cómo a través de la palabra,⁴³ millones sobre millones de cuerpos-territorio⁴⁴ fueron objeto directo de la imposición planetaria del estado de excepción, invadidos en cuestión de días, de horas, de segundos, a través de asaltar sin ninguna resistencia sus significados sobre lo que estaba pasando, en una invasión que se escribe como enajenamiento, enfermedad y muerte. Así, la mayor cantidad de muertos, pauperización y sufrimiento corre por parte del miedo y el actuar al acostumbrado estilo “yo primero, tú para mí”; en tanto algunos dirigentes gubernamentales, empresariales, financieros y otros comienzan a zopilotear los cadáveres, las vacunas, los medicamentos, las acciones financieras y las vulnerabilidades de las naciones. En nuestra observación también aparecieron vecinos atrapados en sus casas que se ayudan y se cantan. Cantó al final el trovador “...y, cuando salieron de sus cuevas, de sus nidos y otros escondrijos... el mundo había cambiado”.

Nos preguntamos: ¿cuál fue la participación de la promoción de la salud y de nuestras universidades en todo esto?, ¿cómo utilizamos en estos días nuestras herramientas de PS?, ¿qué hacemos cuando pasó el viento, con su agua y sus virus, dejando detrás una larguísima estela de pobreza, superstición, sumisión, guerra y, también, nuevas solidaridades?, ¿qué habremos aprendido?, ¿qué cambió en el mundo?, ¿cómo cambiamos, cómo habría que cambiar nuestra PS?, ¿qué nuevos caminos se abren para una PS que avance hacia perfiles epidemiológicos que cuenten historias de justicia social y para con la naturaleza?⁴⁵

Dice Aristóteles:

La reflexión, de por sí nada mueve, sino la reflexión por causa de algo y práctica; pues esta gobierna, incluso, al intelecto creador, porque todo el que hace una cosa la hace con vistas a algo, y la cosa hecha no es fin absolutamente hablando

⁴² Foucault, M. (1997). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI.

⁴³ Herman, E. & Chomsky, N. (1988). *Manufacturing consent. The political economy of the mass media*. Pantheon Books.

⁴⁴ Chapela Mendoza, M.C. (2010). *Promoción de la salud y poder*. UAM-Xochimilco.

⁴⁵ Tremblay, M.-C. (2020). The wicked interplay of hate rhetoric, politics and the Internet: what can health promotion do to counter right-wing extremism? *Health Promotion International*, 35(1), 1-4. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz124>, se pregunta: ¿Qué puede hacer la PS para contrarrestar el extremismo de la derecha?

(ya que es fin relativo y de algo), sino la acción misma, porque el hacer bien las cosas es un fin y esto es lo que deseamos.⁴⁶

Para entender cuál es la causa de nuestra PS, qué hacemos, necesitamos reflexionar buscando el sentido de nuestras intenciones y nuestras prácticas. Las preguntas que nos hacemos no son nuevas, como tampoco es nuevo el ejercicio del poder de dominación, el sufrimiento, la enfermedad, y tampoco son nuevas las vocaciones emancipadoras y comunitarias del ser humano. Su formulación en 2020, hace aún más imperiosa la necesidad de reflexionar con atención, honestidad y profundidad para buscar comprensión sobre ¿qué PS estamos haciendo en las universidades nuestroamericanas?, ¿cuál es la intención detrás de la PS que hacemos?, y que esa comprensión nos oriente para decidir qué y cómo reforzamos o cambiamos lo que hacemos.

¿De qué salud estamos hablando?

Con cuatro conceptos fundamentales en este texto –salud, PS, universidades y prácticas– se constituyen toneladas de escritos, videos, publicidad, u otros, con dichos que circulan por ámbitos académicos, oficiales, del mercado, las redes sociales, las escuelas, las salas de espera, el barrio, los cuartos de baño, o las mesillas de noche, potenciándose, ignorándose o destruyéndose mutuamente en tanto muestran el esfuerzo que históricamente hacemos los humanos por comprender el mundo en que vivimos y la vida que se vive. Así, la tarea a cumplir en este capítulo es mayúscula en tanto que ni la salud (concepto), ni la promoción de la salud (práctica), ni las universidades (espacio), ni los intereses detrás de las prácticas humanas (intenciones) son unívocos, como tampoco son unívocas las vidas de las personas y los grupos sociales presentes en distintos tiempos y espacios⁴⁷ en que se relacionan con discursos y prácticas de distintas PS.⁴⁸ Una sola idea de trayectoria de la PS deja fuera muchas más. En el pensar

⁴⁶ Aristóteles (1985). *Ética Nicomáquea. Ética Eudemia*. (J. Palli Bonet, Trad.). Editorial Gredos, p. 269.

⁴⁷ Entendemos *espacio*, siguiendo a Milton Santos, como sistema de objetos, prácticas e intenciones que suceden en un lugar y tiempo determinados (Santos, M. (2000). *La naturaleza del espacio. Técnica y tiempo. Razón y emoción*. Ariel.

⁴⁸ Se han planteado distintas maneras de mirar esas diferencias en los trabajos de Arroyo, H. (2001). *Formación e recursos humanos en educación para la salud y promoción de la salud*. Mo-

unívoco se desvanece la posibilidad de orientar rumbo a la justicia social y el derecho a la salud tanto a la PS dominante como a todas las demás, amén de comprometer las diferencias entre distintas promociones de la salud para caer en la omnipresente tentación de promulgar a la PS dominante como la verdadera o la única, negando las virtudes de otras que actúan de manera simultánea y paralela como principio elemental de la existencia humana, o como vehículo del ejercicio de intenciones no declaradas de distintos agentes y agencias de la sociedad.

Los términos *salud*, *promoción de la salud* y sus derivaciones se han usado indistintamente para nombrar prácticas orientadas, entre otras, por la enfermedad, el mercado de la salud, el posicionamiento político y geopolítico, los discursos clientelares o caritativos, o los ocultamientos de otros problemas no atendidos.⁴⁹ Estos términos también se han utilizado desde la voluntad de servir y cuidar del otro,⁵⁰ por curiosidad científica, necesidad de trascender o buscar

delos y prácticas en las Américas. Universidad de Puerto Rico; Arroyo, H. (Ed.) (2010). *Promoción de la salud. Modelos y experiencias de formación académica-profesional en Iberoamérica*. CIUEPS; Juvinyà, D. y Arroyo, H. (Eds.). (2012). *La promoción de la salud 25 años después/Health promotion 25 years after*. Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona; Chapela Mendoza, M.C. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipadora. En E.C. Jarillo y E. Guinsberg (Eds.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva* (pp. 347-373). Lugar Editorial; Chapela Mendoza, M.C. (2008). Promoción de la salud para la disminución del riesgo y el cuidado de las enfermedades crónicas. En V.M. Mendoza Núñez, M.A. Sánchez Rodríguez y E. Correa Muñoz (Eds.), *Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario* (23-45). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; Chapela Mendoza, M.C. (2012). 25 años de conceptos y estrategias para promover la salud. En D. Juvinyà y H. Arroyo (Eds.). *La promoción de la salud 25 años después/Health promotion 25 years after* (43-78). Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona, entre otros.

⁴⁹ Cerda, A. (2010). Políticas dominantes en promoción de la salud: caracterización y cuestionamientos. En M.C. Chapela Mendoza y A. Cerda García, *Promoción de la salud y poder. Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*, pp.70-95.

⁵⁰ En este texto nos referimos al *otro* como la alteridad de “lo mismo”, yo soy en tanto no soy todo lo demás. Pero no cualquier otredad, sino una otredad ética, es decir, una persona a la que miro y que me mira, que me piensa y que la pienso, que me valora y a la que valoro, que encuentro en la proximidad de la palabra. La relación entre yo y el otro es el conocimiento que tenemos el uno del otro, en otras palabras, yo y el otro nos fundimos en el conocimiento mutuo. “El otro como rostro interpelante, revelante, provocante” del que nos habla Dussel, E. (1996). *Filosofía de la liberación*. Nueva América. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/otros/20120227024607/filosofia.pdf>, p. 60.

un mundo más justo, por hacer válido el derecho a la salud y la justicia social y también por concepciones esotéricas, naturistas y curativas relacionadas con religiones o con la prevención desde distintas medicinas. Algunos ejemplos de esas prácticas son las de la medicina preventiva, la educación para la salud, el sanitarismo, la propaganda política, la medicina comunitaria, la publicidad sobre productos a la venta (alimentos, cosméticos, aparatos, cursos, etc.), las de la salud colectiva, la salud popular, la promoción de la salud empoderante o la promoción de la salud orientada por una utopía emancipadora. Por increíble que parezca, la capacidad o voluntad para distinguir entre las diferencias éticas y epistemológicas detrás de las múltiples prácticas de PS aparece disminuida no solamente entre los distintos grupos sociales, sino también entre los profesionistas de la promoción de la salud que dicen atender los problemas de la salud, como mostramos en esta experiencia difícil de olvidar por sus implicaciones con respecto de la PS en nuestros países.

Durante un congreso de Promoción y Educación en Salud, organizado en México en 2012 por la Secretaría de Salud del Gobierno de México y por la Unión Internacional de Promoción y Educación en Salud, tres ponentes invitados hablaron en una misma sesión desde posiciones radicalmente diferentes. Al primer ponente la audiencia en pleno le aplaudió un discurso que hablaba de lo costoso que son los viejos y de que ahora sí vamos a “darle la vuelta a la medicina curativa para pasar a la medicina preventiva”. Además de la aproximación a los problemas del envejecimiento de la población desde una visión de los viejos como “costosos”, pasados veintiséis años desde Ottawa, ya en el discurso oficial de la PS internacional se aseguraba que hemos superado a la medicina preventiva como PS. Al segundo ponente se le festejó, de la misma manera que al primero, el haber ganado el Récord Guinness por conseguir el mayor número de personas lavándose las manos simultáneamente en el mundo. Sin embargo, el lavado de manos es una práctica convencional de la medicina preventiva que por sí misma no modifica las condiciones de salud; además, para lograrlo se requirió un dispendio de recursos. Fue interesante observar que la iconografía utilizada de telón de fondo para ese evento incluía como imagen principal a un niño consumiendo el agua contenida en una botella de PET y en ningún lugar aludía, por ejemplo, a la acción comunitaria. A la tercera ponencia, que habló sobre el empoderamiento colectivo como objetivo de la PS, se le aplaudió de la misma manera que a las otras dos. Las tres ponencias se contra-

decían entre sí y los aplausos no parecían reparar ni en diferencias ni en contradicciones. El público aplaudidor estaba conformado, además de por académicos y promotores de salud de base, por los líderes de la PS oficial y *mainstream* en América Latina y otras partes del mundo ¿Qué fue lo que se escuchó?, ¿qué fue lo que se aplaudió?, ¿cómo entender esto sino como aplausos indolentes, irreflexivos, desinformados o políticos? Sería interesante analizar esas preguntas y sus posibles respuestas; por el momento, valga como ejemplo para mostrar las interpretaciones y uso diverso que los profesionales de la PS hacemos sobre los conceptos de salud y promoción de la salud y también para ejemplificar la dificultad para lograr que la PS y sus practicantes reflexionen sobre sus prácticas y el sustento epistemológico y ético de las mismas. Dado que los conceptos y las intenciones anteceden toda práctica humana, esta reflexión no es un mero ejercicio académico o enciclopédico, sino la base en la que sustentamos nuestra práctica como PS. La pregunta sobre qué estamos haciendo como PS es inseparable de la pregunta ¿qué concepto de salud y que intención subyace en esta práctica de PS?

En las universidades apelamos a la razón y legitimidad que nos da la pertenencia al mundo académico-científico. El mundo académico dice buscar comprensión de las cosas del mundo y, dado que la comprensión no nos es dada a los humanos y por tanto vivimos siempre en busca de comprensión a partir de crear, contrastar, comparar y avanzar las ideas, la visión unívoca de las cosas se constituye en obstáculo para el avance. Esto no impide que a veces se intente presentar una idea como si se hubiera alcanzado la verdad última. Esto es el caso de la PS cuando se lleva a cabo de manera irreflexiva, adoptando significados convencionales, institucionales, estandarizados en la formulación de proyectos, programas y evaluaciones, llevando a adoptar significados que avalen proyectos y programas más o menos estandarizados.

De tiempo en tiempo surgen definiciones de salud que pueden o no originar modificaciones en la manera de hacer PS o nuevas promociones de salud. Damos aquí solamente unos ejemplos como muestra de esas definiciones que en sí mismas muestran sus diferencias. Las definiciones y prácticas ecológicas de la promoción de la salud se refieren a un equilibrio entre el cuerpo físico y el medio ambiente.⁵¹ La medicina social conservadora ve a la salud como una ausencia de enfermedad y la distribución de la enfermedad como dependiente de las

⁵¹ Véase, por ejemplo: Rootman, I. y Raeburn, J. (1994). *The concept of health*. En A. Pederson,

estructuras sociales e infraestructura ambiental, como el drenaje, el ingreso, la escolaridad y otras, pero rara vez se refieren a las causas del poder o de violación de derechos.⁵² La Medicina Social Latinoamericana, y posteriormente la salud colectiva, se desarrolló a partir de concepciones marxistas de la sociedad en México, América Latina, Italia y España, y propuso que la salud está relacionada con los sistemas de producción.⁵³ Una primera propuesta de esta medicina social es que no existe tal cosa como la salud, sino un proceso de salud-enfermedad.⁵⁴ La propuesta de la Salud Colectiva, pese a su alto grado de denuncia y reflexión sociohistórica, sigue entendiendo a la salud desde su relación con la enfermedad, por lo que construye los problemas de salud como resultado de las maneras de enfermar, ser atendido y morir condicionadas por la lucha de clases y, más recientemente, por la inclusión del género y de la manera en que

M. O'Neill, & I. Rootman (Eds), *Health promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives* (pp. 56-71). Sanders Editors; Morris, D (1969) *The human zoo*. London: Jonathan Cape; Ratcliffe, H. (1968) Contribution of a zoo to an ecology of disease. *Proceedings of the American Philosophy Society*, 112: 235-244; Audy, R. (1967). *La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad. Las ciudades sanas, una iniciativa de la nueva sanidad*. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat y Consum; Sargent, F. y Barr, M. (1965). Health and the fitness of the ecosystem. En *The environment and man* (pp. 28-46). Traveler's Research Centre, Inc; Dubos, R. (1961). *Man adapting*. [El hombre en adaptación]. Yale University Press.

⁵² Véase, por ejemplo: McKeown, T. (1982). *El papel de la medicina; ¿sueño, espejismo o némesis?* Siglo XXI Editores; Linton *et al.*, (1967). *A strategy for a livable environment*. Washington: Government Printing Office; Jonson, A. (1948) Medicine's responsibility in the propagation of poor protoplasm. *New England Journal of Medicine*, 238:715; Smith, G. y Evans, L. (1944). Preventive medicine, attempt at a definition. *Science*, 100(2586), 39-42. <https://doi.org/10.1126/science.100.2586.39>; Winslow, C. (1920). The untilled field of Public Health. *Modern Medicine*, 51(1306), 23-33. <https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23>

⁵³ Garduño, M.A., Jarillo, E., López, O., Granados, A., Blanco, J., Castro, J.M.; Tetelboin, C.; Tivera, J.A. y López Moreno, S. (2009). La perspectiva médico-social y su contribución al quehacer científico en salud. En M.C. Chapela y A. Mosqueda, A. (Eds.), *De la clínica a lo social. Luces y sombras a 35 años*, pp. 11-24.

⁵⁴ Laurell, A.C. (1981). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de salud*, 1(2). <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>, pp. 7-25; Laurell, A.C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En M.I. Rodríguez. (Coord.), *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud*, pp. 216-258; Jarillo, E. y Granados J.A. (2016). *La Medicina Social en México. Cuarenta años de la Maestría en Medicina Social*. UAM-Xochimilco.

se ejerce (o no) el derecho al acceso a atención médica como categorías de análisis. Las diferencias en el significado de la promoción de la salud también son visibles entre la promoción de la salud en “el papel” y la promoción de la salud en la práctica. Esto se hace evidente cuando se comparan los proyectos institucionales de promoción de la salud y su puesta en práctica y también cuando comparamos la PS diseñada por expertos institucionales y no institucionales. Es inevitable que la concepción de salud defina la intención, concepción y práctica de la PS. Cuando no se reflexiona sobre las distintas intenciones, conceptos y prácticas detrás de la PS, podemos pasar por alto qué tan farragosa, poco clara, contradictoria, incoherente, superficial, repetitiva, o imprecisa es y cuál es el impacto que tiene sobre las personas que han sido expuestas a tales prácticas.

Identificar los planteamientos ontológicos, epistemológicos y éticos que subyacen detrás de cada programa, práctica o evaluación de PS permitirá, además de revisar la congruencia entre lo que se piensa, dice y hace, identificar las coincidencias y contradicciones entre distintas prácticas de PS y, al revelarse esto, las intenciones detrás de esas prácticas. Mucho ayudaría si normas, proyectos y programas de PS declararan la concepción de salud que les subyace.

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, la Organización Mundial de la Salud, en su creación como agencia de la Organización de las Naciones Unidas, tiene el acierto de hacer una declaración fundante de la salud oficial como la entendemos hoy en día. A más de 70 años de distancia, lo que se conoce por lo general en centros de formación y documentos oficiales y académicos como definición oficial de salud es, solamente, la segunda frase de la declaración:

LOS ESTADOS partes en esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia *cooperación* de las personas y de los Estados.

Los resultados alcanzados por cada Estado en la promoción y protección de la salud son valiosos para todos.

La desigualdad de los diversos países *en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades*, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.

El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

Una *opinión pública bien informada y una cooperación activa* por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la *adopción de medidas sanitarias y sociales* adecuadas.⁵⁵

Esta definición contempla a la salud como un estado, por lo que ha recibido múltiples, fuertes e importantes críticas que compartimos. Sin embargo, la declaración completa junto con la lectura del contexto en que se produjo permite ver la intención más allá de la definición. Estamos en un contexto de posguerra en plena modernidad, cuando las políticas públicas tienden a buscar la estabilización de las alarmantes pérdidas de vida a causa de guerra y enfermedades infecciosas. Con economías y estabilidad muy frágiles, el crecimiento poblacional era tan necesario como que la gente pudiera llevar a cabo prácticas sanitarias de manera que los Estados pudieran hacer más eficientes sus recursos casi agotados por las dos guerras mundiales y otros conflictos de guerra en distintos puntos del planeta. En los señalamientos con cursivas en el texto arriba citado, podrá

⁵⁵ Traducción tomada de OMS (2014) *Documentos básicos*. En donde aparece una leyenda que a la letra dice: “La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Off. Rec. WldHlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé*, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948”.

el lector o lectora identificar el énfasis en el reconocimiento de la interdependencia entre naciones, la necesidad de la eliminación de conflictos y el acento en la importancia de la sobrevivencia de los niños. También podrá identificar algunos de los elementos constituyentes de la Carta de Ottawa, promulgada en un contexto muy diferente veinte años después. Por otra parte, pese a la declaración del entonces novel concepto de salud, la práctica se orienta por vía de conocimientos ligados a las enfermedades y verdades del positivismo científico del momento, así como al control de la conducta de la población por parte del Estado. Hacemos este análisis con la intención de mostrar la importancia de declarar los conceptos e intenciones que subyacen en nuestras prácticas de PS.

Contradictoriamente a la declaración de la WHO de 1948 y ratificada en distintas declaraciones posteriores, la declaración de Astaná, producto de la Segunda Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, muestra intenciones muy diferentes al intentar actualizar la declaración de Alma Alta⁵⁶ para empatar con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)⁵⁷ e incorporar la necesidad de incluir los avances tecnológicos dentro de las políticas y derechos a la salud. Las “aspiraciones” en Astaná⁵⁸ son:

Gobiernos y sociedades que den prioridad a la salud y el bienestar de las personas, y los promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos;

Atención primaria de salud y servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales de la salud bien informados, competentes, motivados y comprometidos;

Entornos propicios y favorables para la salud en los que las personas y comunidades estén empoderadas y colaboren con el mantenimiento y mejora de su salud y bienestar;

⁵⁶ Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (1978). *Declaración de Alma Ata*. Alma Ata, Rusia, 6 al 12 de septiembre de 1978.

⁵⁷ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030*. ONU/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

⁵⁸ Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud (2018). *Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Astaná, Kazajstán, 25 y 26 de octubre de 2018: ONU/OPS:2-3.

Asociados y partes interesadas alineadas en la prestación de apoyo efectivo a las políticas, estrategias y planes de salud nacionales.

En Astaná se usan todas las palabras convincentes sobre lo mejor que se puede esperar para la salud y el alcance de los ODS, excepto que omite las palabras responsabilidad del Estado y salud como derecho e introduce a los “asociados y partes interesadas”, cuya materialización es, por ejemplo, aseguradoras, servicios terciarizados, subrogaciones, etc. En un contexto completamente distinto, en donde las guerras mundiales se tratan como conflictos regionales y favorecen a intereses de particulares, como los de los grandes consorcios empresariales y los de los bancos internacionales, se minimiza el papel del Estado para lograr hacer realidad el derecho a la gratuidad y acceso a los servicios de salud, a cambio de introducir los paquetes de salud con el concepto de CUS (Cobertura Universal de Salud), que se refiere al aseguramiento sobre problemas de salud acotados, sin regulación estricta de los intereses comerciales.^{59 60}

Revisemos una declaración más, esta vez de una reunión latinoamericana. A solo un año de Astaná, la voz latinoamericana se alza en el *Informe de la Comisión de Alto Nivel* convocada por la directora de la Organización Panamericana de la Salud y lanzado en México en abril de 2019,⁶¹ en el cual se regresa a la idea del Estado como responsable de la cobertura universal de servicios de salud. En el prefacio y el prólogo del Informe, Michelle Bachelet y Néstor Méndez⁶² sostienen que:

[...] los propios procesos de avance en materia de cobertura y protección social han hecho que, de forma mayoritaria, en otros países de la Región el eje central del proceso de salud sean las enfermedades no transmisibles (ENT), a las que quizás es mejor llamar enfermedades socialmente transmisibles [...] no pode-

⁵⁹ Gobierno de México (2019). *Atención primaria de salud integral e integrada APS-IMx: La propuesta metodológica y operativa*. Gobierno de México/Secretaría de Salud.

⁶⁰ *Ibid.* Recoge en sus primeros capítulos el desarrollo del pensamiento de la Salud Colectiva Latinoamericana con el liderazgo de Cristina Laurell, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud durante el gobierno de Andrés Manuel López Obrador.

⁶¹ Comisión de Alto Nivel (2019). *Informe de la Comisión de Alto Nivel “Salud universal para el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”*. OPS.

⁶² Michelle Bachelet, alta comisionada de las Naciones Unidas para los derechos humanos y Néstor Méndez, secretario general adjunto de la Organización de Estados Americanos.

mos seguir predicando y promoviendo democracia, derechos humanos, seguridad y desarrollo integral sin también enfocarnos en un tema tan esencial como la salud de nuestros pueblos.⁶³

En este informe queda manifiesta la convicción de que garantizar a todas las personas las condiciones para el pleno ejercicio de su derecho a la salud está en manos de las instituciones del Estado. La conclusión no admite dudas: son los Estados quienes tienen la responsabilidad principal en la defensa de los derechos humanos; el derecho a la salud no es la excepción. Porque de nada sirven los saltos tecnológicos, el desarrollo farmacéutico, el aumento de los presupuestos de salud, si no están al servicio del ser humano en toda su diversidad, en toda su riqueza. Es decir, si no son garantías de derechos.⁶⁴

En la tabla 1, comparamos estas tres declaraciones.

Tabla 1. Tres declaraciones

Declaración	Año	Sede	Contenidos
Constitución WHO	1946	Nueva York	Relaciona felicidad con relaciones armoniosas y seguridad de todos los pueblos. La salud es un estado, es un derecho, es una condición para la paz. La salud de una nación es condición de la salud de otra. La desigualdad es un peligro común. El Estado es responsable. El conocimiento necesario y válido es el médico científico.
Astaná	2018	Kazajstán	El objetivo es empatar con los ODS. Releva el desarrollo tecnológico. Desarrollo de sistemas de salud con APS de “gran calidad”. Incorpora todas las “buenas palabras”. Introduce asociados y partes interesadas. Desaparece el Estado como responsable.

⁶³ Méndez, N. (2019). Prefacio. En Comisión de Alto Nivel, *Informe de la Comisión de Alto Nivel "Salud universal para el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata"*, pp. XIV-XV.

⁶⁴ Bachelet, M. (2019). Introducción. En Comisión de Alto Nivel, *Informe de la Comisión de Alto Nivel "Salud universal para el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata"*, pp. VIII-IX.

Informe de la Comisión de Alto Nivel	2019	Ciudad de México	Reaparece el Estado como responsable. Concepto de ENT como enfermedades socialmente transmisibles. Invita a lograr coherencia entre desarrollo tecnológico y democracia, seguridad, desarrollo integral y garantía de derecho.
--------------------------------------	------	------------------	--

Fuente: Elaboración propia

Las declaraciones de las distintas conferencias mundiales son documentos muy útiles para ver cómo va sucediendo la transformación de los discursos a nivel mundial y, con esta observación, ir también comprendiendo hacia dónde se inclinan las intenciones de las organizaciones que finalmente se verán reflejadas en políticas nacionales y prácticas locales. Las declaraciones de la PS oficial a partir de Ottawa, permiten también ver la trayectoria del discurso de PS, sus inclinaciones políticas y sus intenciones.

Siguiendo esta línea de pensamiento, y con vistas a lograr claridad sobre lo que aquí decimos, necesitamos declarar cuál es la concepción de salud que tenemos en mente al escribir este capítulo como parte de un libro colectivo en donde habrá muchas otras concepciones desarrollándose detrás del fructífero despliegue de experiencias y otras aportaciones. Valga entonces la siguiente pequeña declaración. Desde un entendimiento crítico y reflexivo del ser humano, de su imposibilidad de existencia sin el otro y los otros y por tanto existiendo siempre en un contexto de organización social definida por relaciones de poder, Chapela sostiene que *salud* es la capacidad humana corporeizada de concebir, diseñar y avanzar hacia futuros posibles.⁶⁵ Desde esta definición se puede afirmar que de cualquier manera que se diga o haga, la salud es la esencia de la vida misma, nuestra capacidad creadora, de pasión, y razón; asentada en características biológicas del ser humano, es posibilidad humanizante, de construir futuros, de ejercer nuestra libertad mediante la reflexión⁶⁶ y hacer que el resultado de vivir como ser humano se escriba en el cuerpo. Recordando a Heidegger,⁶⁷ es potencia de modificar las situaciones en las que hemos sido arrojados al mundo. Es potencia de vivir de acuerdo con la razón y hacer de cada persona

⁶⁵ Chapela Mendoza, M.C., Promoción de la salud. Un instrumento del poder... *op.cit.*

⁶⁶ Chapela Mendoza, M.C., *Promoción de la salud y el poder... op.cit.*

⁶⁷ Heidegger, M. (1971). *El ser y el tiempo*. Fondo de Cultura Económica.

un médico cuya praxis sea impedir para todos el sufrimiento, como lo enseñaron la griega Higea e Imothep el egipcio.⁶⁸ Es potencia de avanzar hacia la utopía de emancipación y ciudadana en que los griegos buscaron cuidar de sí para cuidar del otro y, en este hacer, construir y habitar en la gran ciudad humana bella, buena, justa y sabia⁶⁹ en donde la abundancia de médicos y jueces, lejos de mostrar su éxito, anuncian el fracaso ciudadano:

¿Podrá, pues, haber un mejor testimonio de la mala y viciosa educación de una ciudad que el hecho de que no ya la gente baja y artesana, sino incluso quienes se precian de haberse educado como personas libres, necesiten de hábiles médicos, y jueces?⁷⁰

Declarar nuestra manera de entender la salud es una invitación para que el lector o lectora identifique su propio entender y cómo ese entender personal interactúa con el entender de los/as autores/as de los distintos capítulos de esta obra y con el de los/as agentes sociales a los que hace referencia cada uno de ellos. Organizar, comprender, declarar y contrastar concepciones de las cosas del mundo es función esencial de la universidad. Para cumplir con esta función, la PS desde las universidades necesita empezar por reflexionar desde qué concepto de salud y práctica de PS y desde qué intención organiza, propone y lleva a cabo sus intervenciones.

⁶⁸ Dubos, R. (1975). *El espejismo de la salud*. Fondo de Cultura Económica; Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. Salvat Editores; Chapela Mendoza, M.C. (2019). Exoducción. Indagando sobre las cualidades del médico alópata occidental y la elusiva esencia de médico. En M.C. Chapela Mendoza (Ed.), *¿Qué es ser médico?* (267-235). UAM-Xochimilco.

⁶⁹ Foucault, M. (1994). La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad. En *Hermenéutica del sujeto*. Ediciones de la Piqueta.

⁷⁰ Platón. *La República*. III XIV-b.

¿Qué palabras son mejores para promover la salud?

De la manera en la que las personas individuales y los distintos grupos sociales perciben y definen el concepto, práctica, espacio e intención de la salud y su promoción en momentos, lugares y contextos diversos en la historia, dependen sus prácticas sociales, los efectos de estas prácticas sobre la vida-que-viven y su capacidad de agencia en el mundo-que-viven. En la manera como se entretajan los conceptos, las prácticas, los intereses y los espacios de la salud, se gestan posibilidades tanto de producción como de alivio de la pobreza, la injusticia social, la desigualdad y el sufrimiento. Cada manera de comprender la salud define sus espacios y sus prácticas y a cada definición antecede una intencionalidad y un interés particular por conocer.^{71 72} Dado que al hablar de salud estamos hablando de la capacidad de vivir y humanizar la vida que se vive, la manera de definir la salud y hacer de esa definición el oriente para la práctica de PS tiene consecuencias en todos los aspectos de la vida de las personas, las comunidades, los grupos sociales, las instituciones, y la sociedad en general en espacios y tiempos particulares. De esta manera, en especial a partir de 1986 en Ottawa, en los discursos académicos e institucionales abunda la presencia de conceptos relativos a la organización social y los sitios distintos que las personas ocupan dentro de ella. *Enable, empowerment, control, policies, advocacy, public participation, lobbying* son ejemplo de esos conceptos convertidos en términos acuñados originalmente en idioma inglés, modificados de entrada en sus traducciones a otros idiomas y después en su asociación con prácticas específicas. El conjunto de estos conceptos y sus particulares entendimientos definen la naturaleza ética y política de la PS que dicen ejercen las instituciones o los agentes sociales que se adhieren a esta declaración en su búsqueda de cambios ubicados en un amplio espectro que va de intenciones críticas a intenciones de dominación. La acción de una intervención de PS sobre la mayor o menor autonomía de las personas y los grupos sociales en relación con su vida, sus cuerpos y su historia dependen en mucho de la ubicación de determinada práctica de PS dentro de ese espectro. Para comprender mejor esto podemos recordar que en los distintos espacios individuales o sociales, el cuerpo humano físico es el vehículo material del que se valen los intereses de dominación o emancipación para lograr sus fines materiales y de inculcación de conocimiento favorable a esos intereses.⁷³

Las luchas por la dominación o resistencia a la dominación son luchas por los sentidos y significados que se imponen a las cosas del mundo, en este caso a la salud y a la PS. Ganar el significado de las cosas cuenta como poder de dominación de las prácticas de los agentes sociales⁷⁴ solo posibles en tanto que sin cuerpo humano no hay práctica humana. El cuerpo humano, que es la vida misma, es continuamente *interminado*, siempre en proyecto, cambiante e impredecible en un contexto que se inunda de acción humana, de cultura, de tradición, de capacidad de hacer promesas, porque se mira en el futuro, lo que lo hace diferente a otros animales y es por eso mismo que es codiciado por el poder de dominación.⁷⁵ Nietzsche reflexiona: “¿De qué depende aquella condición enfermiza? Pues el hombre está más enfermo, es más inseguro, más alterable, más indeterminado que ningún otro animal, no hay duda de ello—él es el animal enfermo”.⁷⁶

Esta impredecibilidad cuenta para crear su proyecto de sí y su proyecto de sí con los otros. Con la necesidad de proyectarse, nace su posibilidad de resistir al poder de dominación, construir sus propios futuros y cambiar las huellas que su vida va dejando en su cuerpo. Es aquí, en el proyecto, en su ausencia o existencia, en donde la PS, como promoción de la utopía de la autonomía en la construcción del proyecto individual y colectivo, tiene la capacidad de modificar los perfiles epidemiológicos.

⁷¹ Jürgen Habermas (1929-) argumenta que detrás de todo acto por conocer y, por tanto, de todo conocimiento, el ser humano y los distintos grupos sociales tienen intenciones técnica, práctica o emancipadora. La intención técnica se refiere a la satisfacción de las necesidades de la vida cotidiana; la intención práctica, a la práctica comunicativa que es la base de la construcción humana y social; la intención emancipadora es la posibilidad ética-crítica del ser humano de vivir una vida orientada por la utopía de la libertad.

⁷² Habermas, J. (1987). *Knowledge and human interests*. [Conocimiento e interés]. Polity Press.

⁷³ Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. [Una invitación a la sociología reflexiva]. The University of Chicago Press; Chapela Mendoza, M.C., *Promoción de la salud y el poder... op.cit.*

⁷⁴ Bourdieu, P. (1991). *Language and symbolic power*. [Lenguaje y poder simbólico]. United Kingdom: Polity Press.

⁷⁵ Chapela Mendoza, M.C. (2013). *Promoción de la salud y emancipación*. UAM-Xochimilco.

⁷⁶ Nietzsche, 2006, p. 156, como se citó en Yuing, T. y Ávila, M. (2017). Foucault, el cuerpo y la vida: hacia una fisiología del límite. *Estudios Avanzados*, (27), 20-36. <https://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/ideas/article/view/2967>, p. 21.

La manera en que las personas (agentes sociales) se enfrentan en los juegos de poder –es decir, en la lucha por los significados de las cosas del mundo y por la dominación de las prácticas de los agentes–, se inscribe, se marca, se plasma en los cuerpos de distintas maneras, una de ellas, como lo que se ha nombrado “enfermedad” en momentos y contextos históricos determinados (mal de ojo, tiricia, melancolía, miasmas, constipación, infarto, diabetes, etc.).⁷⁷ También el resultado de los juegos de poder se inscribe en el entorno físico y biológico del planeta, por ejemplo, como pandemias, sequías, incendios, incertidumbre con respecto a los cambios estacionales, pérdida de especies, escasez de agua para consumo animal y humano, pérdida del suelo, etc. Es decir, como deterioro del hábitat en donde vive y desde donde construye su historia el ser humano y sin el cual no podemos ni siquiera concebir su permanencia en el planeta y mucho menos considerar su salud. De esta manera se establece la relación poder-cuerpo-salud-hábitat humano en donde el cuerpo es el sitio objetivo del ejercicio del poder⁷⁸ y el hábitat humano el sitio objetivo de inscripción de las luchas históricas del poder. De aquí la importancia de entrar a esa lucha de significados como práctica sustantiva para promover el ejercicio y desarrollo de la capacidad saludable de los seres humanos, de la construcción de una ciudadanía digna que haga del planeta su ciudad. Promover el ejercicio de la capacidad saludable implica entrar en la lucha de significados buscando cuidar de sí⁷⁹ para cuidar del otro como principio para cambiar las inscripciones en los cuerpos y en el planeta. De esta manera, el cuidado del planeta es una sola cosa con el cuidado de sí y el cuidado del otro no como binario promesa-amenaza, no para ganar nuestra entrada al paraíso de los héroes y los buenos, no para deshacernos de los que nos sobra, no como apropiación del otro a través de dar para endeudar al otro esperando pago y cobrando con intereses, sino como acto ético y político, puesto que este cuidado está orientado a la construcción de la ciudad, a la atención de la nosotridad o, como diría el pueblo tzeltal, al cuidado de un solo corazón que somos todos con todo.

⁷⁷ Para ejemplos en la antigua Grecia, ver Parker, R. (1983). *Miasma: Pollution and purification in early Greek religion*. Oxford University Press; Ristorto, M.C. (2009). La función del himno a Apolo, Artemisa y Dionisos (VV. 151-215) en *Edipo Rey* de Sófocles. *Anales de Filología Clásica*, (22), 103-116. <https://doi.org/10.34096/afc.v0i22.386>

⁷⁸ Foucault, M. *Vigilar y castigar...*, *op. cit.*

⁷⁹ Foucault, M. *La ética del cuidado...*, *op. cit.*

Al contar con palabras para decirse y para decir el mundo, el ser humano es consciente de su existencia, de la relación de su existencia con la existencia del entorno material, social, político e histórico y de las consecuencias de su actuar, o dejar de hacerlo, en el mundo. Quizás con la identificación de los intereses de dominación de los cuerpos y sus prácticas –subrepticia e incluso en ocasiones involuntariamente infiltrados en definiciones, prácticas, espacios e intenciones relacionados con la salud– se reconfiguraría la cada vez más lejana posibilidad de continuación de la especie humana en unas cuantas décadas.

La PS, como quiera que se la vea (medicina preventiva, educación en salud, sanitarismo, planeación participativa u otro), es una práctica de creación, recreación, ordenamiento y uso de las palabras. Como ejemplo, y como ya vimos en párrafos anteriores, tenemos las distintas declaraciones, acuerdos y cartas firmadas por agentes sociales con poder institucional que son utilizadas como sustento de prácticas de PS que van desde la imposición de entidades mórbidas como prioridad de salud, campañas u otras prácticas en las que lo que interesa es el proyecto de la institución, hasta aquellas que colaboran con la reconstrucción, construcción y avance de proyectos que se refieren a la vida de personas y grupos sociales particulares; todas ellas materializadas en normas, reglamentos, propaganda, charlas, diálogo, canciones, videos, cartillas, salas de espera, etc. Comprender esto, y desde intenciones de cuidado de sí y cuidado del otro, nos obliga a seleccionar las mejores palabras para acercarnos a los otros, palabras que pidan permiso para acceder a ellos, palabras que no permitan la confusión entre estar con el otro por haber sido aceptados, y hablar por el otro, como falsos expertos de vidas ajenas; palabras que nos inviten a la reflexión sobre la vida que se vive y la vida que se quiere vivir como persona, como comunidad, como sociedad, como planeta, palabras que se inscriban como historias de utopías liberadoras. En definitiva, palabras que cambien el perfil epidemiológico del sufrimiento sin esperanza a uno con esperanza.

Las palabras de la PS son poderosas y, por tanto, peligrosas. Todas las prácticas de PS, al utilizar la escurridiza palabra *salud*, en mayor o menor grado, conllevan una promesa y una amenaza. Promesa de alivio y amenaza de sufrimiento mayor. La palabra *salud* en boca de agencias y agentes institucionales, particularmente si se trata de universidades, evoca un servicio que promete aliviar e incluso conjurar alguna causa de sufrimiento humano: el temor a la muerte, al dolor, a la enfermedad u otro. Al otro lado, palabras como *la verdad es, debes de, si no haces, entonces..., lo que te conviene es..., haz como te digo*, u otras

de este corte que de una u otra forma son ampliamente utilizadas por agentes y agencias “promotoras de salud”, amenazan al otro de eventuales sufrimientos además de culpabilizarlo de su propio sufrimiento o el que pueden infligir a otros (como es el caso de la vacunación). Con palabras es que podemos ayudar en la construcción, reconstrucción y avance en los proyectos de los otros y también invadir la vida de los otros sin comprometernos con el tiradero que podamos hacer. Con palabras podemos modificar lo que se inscribe en el cuerpo, además de lograr cambios favorables o desfavorables al otro en sus patrones y perfiles epidemiológicos. La reflexión sobre las palabras que utilizamos en el diseño, práctica, evaluación o comunicación de lo que hacemos y su contrastación con lo que son nuestras intenciones al hacer PS puede ayudarnos a identificar y usar las mejores palabras y, a la vez, salvarnos de nuestra propia ignorancia sobre su capacidad de aliviar o condenar al otro.

¿Qué tan colonizadora es la PS que hacemos?

La práctica de promoción de la salud, puesto que intenta ganar significados sobre la vida, el mundo y sus cosas, implica intervención, incluso cuando se lleva a cabo en nombre del “empoderamiento”. El término *intervención* denota algo que se pone entre dos cosas, en este caso, las personas y los grupos sociales y la gestión de sus vidas. Para poder intervenir en una situación, se requiere que quien interviene tenga el poder para lograr la intervención, conocimiento y autoridad para convocar a los agentes cuyas vidas se interviene, además de controlar, vigilar, impulsar, acotar o revertir la razón de la intervención. Quien interviene utiliza su poder de acuerdo con su capacidad para responder a la razón por la que interviene en primera instancia y con la intención que tenga para intervenir.

Cuando de la vida de las personas se trata, ese poder se puede utilizar en procesos colaborativos que afectan el proceso de la vida que se interviene y también de la vida de quien interviene. La intervención también se asocia con colonización mediante la acción impositiva de un poder mayor sobre algunas o todas las circunstancias y características de la vida de personas que detentan menos poder, con la finalidad de apropiación de los significados, prácticas y propiedades de los otros. Las personas que viven la vida que se coloniza no tienen conocimiento, autoridad o ambas, para convocar, vigilar, acotar o revertir la intervención. Si consideramos que la imposición de un poder sobre otro requiere de

violencia, cada vez que se lleva a cabo una intervención estamos ante un acto violento. La colonización lograda con este último tipo de intervención es notoria en la aceptación pasiva de la medicalización de la vida y de la salud.

Lo que hacemos como promoción de la salud es, con demasiada frecuencia, intervenir en la vida del otro, sin haber sido convocados, sin reconocer ni conceder autoridad al otro sobre su propia vida, sin lograr zanjar la distancia yo-otro, sin lograr comprender que en la intervención ya no más el otro y yo podremos estar inmunes uno del otro. Con demasiada torpeza nos metemos en la vida de los otros sin ser convidados, considerando que nosotros sabemos lo que “es mejor para los otros”, que nosotros podremos contaminar con los significados escogidos para inculcar en el otro, sin contaminarnos nosotros a la vez con los significados de estos últimos. Las intervenciones de PS se llevan a cabo en innumerables ocasiones como producto de prescripciones institucionales o empresariales, en donde no hay cabida, ni voluntad, de dejarse contagiar por lo que los otros piensen, signifiquen, valoren como importante o necesario; se llevan a cabo como invasiones premeditadas, desde un poder mayor a otro, con alevosía y, por tanto, ejerciendo violencia simbólica.

Promover la salud implica distintos sitios de inicio y diferentes complejidades en donde la acción de PS también está inmersa en los mismos contextos de poder que pueden o no ser propicios a los intereses del otro o de quien lleva a cabo la intervención de promoción de la salud. ¿Es posible lograr intervenciones de PS que consigan inscripciones distintas en los cuerpos de las personas, los grupos en la sociedad y sus contextos? ¿Cómo lograr disminuir la violencia cuasi-inherente a las intervenciones de PS? ¿Puede ser la PS un contrapeso en la sociedad del vacío y la era de la inteligencia artificial?⁸⁰ Quizás un camino para buscar respuesta a esas preguntas, es recordar, como argumentamos en párrafos anteriores, que en el mundo humano las palabras son el objeto de la disputa por el poder de controlar la vida de los otros, sus miedos, deseos y prácticas y que, en el ánimo de modificar la vida de los otros, el instrumento principal de la PS es la palabra. Veamos qué ha pasado con las palabras de la PS o más bien, de distintas promociones de salud.

⁸⁰ Lipovetsky, G., *op. cit.*; Han, B-C. (2021). *No-Cosas. Quiebras del mundo de hoy*. Pingüin Ramdom House.

A través de la historia, el saber popular y el saber experto coinciden en relacionar al conocimiento con maneras de vivir y controlar la vida. Una de las diferencias entre estos dos saberes es que al primero lo detentan todos los integrantes de un grupo social haciendo énfasis en vivir para beneficio común, en tanto el segundo es propiedad de unas cuantas personas —frecuentemente ajenas al grupo social de referencia—, el destinatario del beneficio final de poner en juego el conocimiento está fuera de ese grupo y el énfasis se pone en el control de la vida de los otros. Aunque desde China o Egipto antiguos se realizaban prácticas de “educación” para el control de las enfermedades,⁸¹ el surgimiento y desarrollo de la educación en salud que prevalece hoy en nuestros países se origina más bien como política de los gobiernos europeos y Canadá. La educación en salud como instrumento institucional (religioso, gubernamental u otro) desde su nacimiento se centró en la inculcación y control de las palabras. En su origen busca el beneficio de los grupos con mayor capital durante el cambio de forma de producción hacia la industrialización. Como manera de control de la vida de la población, principalmente de los pobres, entiende al otro como “no-educado”, es decir, como ser sin palabras a quien se puede llenar de palabras de premio, castigo y obediencia. La obra de Foster escrita en 1839, *An essay of the evils of popular ignorance* [Ensayo sobre los males de la ignorancia popular], es un ejemplo de esto. Desde la década de 1880 la educación para la salud se incorporó a la responsabilidad de diferentes gobiernos para lograr el éxito industrial. Esto lo muestra el título y contenidos de la obra de Twining publicada en 1882, *Science in popular education: as a means to promote health, well being and industrial success* [La ciencia en la educación popular como medio para promover la salud, el bienestar y el éxito industrial].

La instalación de la ciencia y los científicos como generadores de verdades únicas e irrefutables⁸² limitaron el acceso de la ciencia al conocimiento y saber

⁸¹ En Egipto, el sabio, médico y sumo sacerdote Imothep se preocupa por el sufrimiento y por las relaciones entre la situación y sufrimiento colectivo y la situación y sufrimiento individual, por lo que expande su saber a la población con la intención de lograr “en cada persona, un médico”. Chapela. M.C. (2019). Exoducción. Indagando sobre las cualidades del médico alópata occidental y la elusiva esencia de médico. En M.C. Chapela Mendoza (Ed.), *¿Qué es ser médico?* (267-235). UAM-Xochimilco.

⁸² Recordemos que, derivadas de su identificación de tres estadios en el desarrollo de la humanidad, Augusto Comte (1798-1857) clasificó las formas de pensamiento en: teológico, metafísico y científico, considerando que las dos primeras eran primitivas al ser incapaces de dar

popular, por lo que todo el siglo XX se vio gobernado en lo macro por verdades únicas que, sin embargo, tuvieron que coexistir con el conocimiento, saber y verdad popular. A principios de la década de 1900, la educación para la salud se convirtió en parte de las prácticas escolares de la modernidad con un énfasis especial en la higiene, como consecuencias del avance de la epidemiología y la microbiología. Ejemplos de esto es la obra de Montellano en 1919: “La higiene escolar, una nueva forma de enseñar la higiene elemental”.

Al fin de la Primera Guerra Mundial, con el Tratado de Versalles en 1919 se conformó la Liga de las Naciones. Es en el seno de esta organización que se toma la experiencia de evangelización en países colonizados para construir una pedagogía de educación en salud que respondiera a la necesidad de desahogar los hospitales de heridos y enfermos que pudieran ser atendidos en sus casas. Ya para la década de 1940, la educación en salud se había incorporado como una acción más entre otras acciones sanitarias. La práctica de la educación para la salud tenía como objetivo brindar información e instrumentos prácticos acerca de enfermedades específicas, vacunas y nutrición, controlados por médicos especializados en salud pública y epidemiología.⁸³ Con los cambiantes paradigmas de la salud en la década de 1970, en Nuestra América apareció un nuevo enfoque de educación para la salud paralelo a los enfoques convencionales, que incorporó las técnicas de la Educación Popular Latinoamericana derivadas del pensamiento de Paulo Freire.⁸⁴ Estos dos enfoques se siguieron desarrollando de manera paralela.

Parte de la educación institucionalizada usaba —y aún usa— un enfoque tecnológico para lograr “cambio en los hábitos, costumbres y estilos de vida”, “un estilo de vida de bienestar”, “una vida más sana”. Se trata de designaciones que enfatizan la condición del cuerpo físico individual e inculcan contenidos morales relativos al bien y al mal con una consecuente carga potencial de estigmatización social (“es cochino”, “se enfermó por flojo”, “no hizo caso”, “es ignorante”, “se lo dije”, “si hubieras...”), culpabilización y amenaza. Desde su nacimiento, la agenda de la educación para la salud generalmente se define fuera

cuenta de la verdad objetiva del mundo, por lo que solamente el pensamiento científico podría producir verdades verdaderas.

⁸³ Oyarbide, J.M. (1996). *Educación y curar. El diálogo cultural en la atención primaria*. Ministerio de Cultura; Lowe, D. (1995). *The body in late capitalist USA*. Durham.

⁸⁴ Puiggrós, A. (1988). *La educación popular en América Latina. Orígenes, polémicas y perspectivas*. Nueva Imagen; Freire, P. (1972). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.

del nivel local y el conocimiento se selecciona para lograr metas de agentes ajenos a las localidades. A través de los años, en tanto que los movimientos populares de salud, aunque con temas frecuentemente seleccionados por los “asesores”, se caracterizaron por promover la planeación participativa, la inclusión de saberes, la conciencia de comunidad, los vínculos entre grupos, y la responsabilidad histórica, la educación institucional informativa con pedagogías de juego, diversión y distracción, se diseminó en discursos y prácticas de educación para la salud. Así, las palabras de la educación en salud dominante conducen a la obediencia del pueblo para el logro de los objetivos institucionales.

La OMS solamente auspicia la Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Países Industrializados, pero no firma la Carta de Ottawa (1986) que es producto de esa Conferencia⁸⁵. De cualquier manera, cuando en 1986 se formula la Carta de Ottawa –tras una reunión alimentada por experiencias de la India y América Latina que ya forma parte de la mitología de la PS dominante y a la que asistieron casi en su totalidad delegados angloparlantes– aparece la posibilidad de una ruptura epistemológica y ética en la manera de formular palabras para promover la salud y así disminuir su fuerza colonizadora. En esta Carta, desde la primera página, se introducen conceptos relativos a la provisión de condiciones básicas para la vida y convergencia de la acción de las instituciones en promover la salud, capacitación, participación, abogacía para ayudar a que el otro sea agente de su vida, como responsabilidad de los gobiernos. Aquí encontramos un giro epistemológico y ético sustentado en palabras que no se habían incluido en el lenguaje institucional y que podrían representar un avance hacia la posibilidad decolonizadora de la PS. Cuando la OMS finalmente adopta los contenidos de Ottawa en la Conferencia Global de Promoción de la Salud en Sundsvall (Suiza, 1991), su agenda releva el papel de esta práctica a la que impulsa como la “Nueva Salud Pública”. Cuando los gobiernos se enteran de tal política y práctica, cada quien la toma de distinta manera, aunque un común denominador es que el discurso se subsume en las prácticas que cada gobierno venía desarrollando. Así que tenemos, por ejemplo, promociones de salud que continúan en América Latina con la práctica de

⁸⁵ Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Países Industrializados. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa, Canadá. 17 - 21 de noviembre, 1986.

los SILOS (Sistemas Locales de Salud) —adoptada por la Organización Panamericana de la Salud en 1988 en los que tuvo una participación muy importante el Dr. Roberto Capote— y el modelo cubano de salud y salud pública que había ya para entonces mostrado gran eficiencia y eficacia en el abordaje y solución a los problemas de salud.⁸⁶ La propuesta de los SILOS hace énfasis en aspectos que hay que desarrollar en la región. Relevamos aquí algunos de ellos:

[...] b. La necesidad de estudiar maneras para el desarrollo de capacidades administrativas y gerenciales a nivel local.

c. La necesidad de tomar en consideración diferentes realidades socioculturales.
[...]

f. La importancia de la participación social y la función de la mujer en la prestación de la atención de la salud y el liderazgo en salud.⁸⁷

En otros países de la región el discurso de Ottawa aterrizó en prácticas del sanitarismo, por ejemplo, en las obligaciones constitucionales municipales, como es el caso de México. Así, los gobiernos de turno fueron utilizando las palabras de la PS con intenciones, significados y propósitos diferentes. En tanto esto sucedió a nivel de países y gobiernos, a nivel mundial las conferencias continuaban elaborando declaraciones sobre el discurso de PS en las que quedó plasmada la lucha entre el impulso de las obligaciones del Estado y la participación en las decisiones de salud como derecho, por un lado, y, por el otro, el achicamiento del Estado y la incursión de las empresas en la PS. Esto es perfectamente entendible cuando recordamos que la historia de la PS a partir de Ottawa se desarrolla en pleno florecimiento de la forma neoliberal del capitalismo.

Con la ayuda de sus declaraciones, en la tabla 2 buscamos, en las palabras utilizadas en las distintas declaraciones, equivalencias entre algunas conferencias de PS y las de la Constitución de la OMS en 1946, la conferencia de Astaná

⁸⁶ Paganini, J.M., y Capote, R. (Eds.). (1990). *Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos y experiencias*. OPS.

⁸⁷ Comité Directivo OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Documento CD33/14. Resolución XV. XXXIII del comité Directivo, Washington, D.C., 30 de septiembre de 1988. P3.

en 2018 y el Informe de la Comisión de Alto Nivel en 2019 que ya hemos descrito antes en este capítulo. Desde luego que, a manera de muestra, solamente utilizamos algunos ejemplos del contenido total de las declaraciones.⁸⁸

Tabla 2. Equivalencia entre declaraciones

Declaración	Uso similar de las palabras en:	Palabras
OMS 1946	Ottawa 1986	Enfoque en países “desarrollados”. <i>Salud</i> es un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de vivir. <i>Promoción de la salud</i> es el proceso de proporcionar a los pueblos los medios para mejorar su salud. Son prerequisites fundamentales de la salud: paz, cobijo, educación, comida, ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Mejorar la salud requiere asegurar esos prerequisites. La OMS auspicia la conferencia, aunque no firma la declaración.
	Sundsvall 1991	Enfoque global. Entornos propicios para la salud. Solicita a los pueblos que tomen medidas enérgicas para hacer que los entornos sean más propicios a la salud. Concluye que millones de personas viven en condiciones de extrema pobreza en un medio ambiente cada vez más deteriorado. Llama a velar porque el medio ambiente —físico, social, económico y político— favorezca la salud, en vez de perjudicarla. Identificó numerosos ejemplos y enfoques que podrían poner en práctica los responsables de las políticas, los niveles de toma de decisiones y los agentes comunitarios de salud y del medio ambiente para crear entornos propicios. La Conferencia reconoció que todos tenemos un papel que desempeñar.

⁸⁸ Por los objetivos de este texto y la finalidad de solamente mostrar las diferentes intenciones detrás de las declaraciones, no estamos considerando aquí las Conferencias Mundiales de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud, desde París (1951) hasta Montreal (2022) que han enriquecido el discurso internacional en PS. Estas conferencias fueron posibles, en gran parte, gracias al trabajo sostenido, inteligente, paciente, amoroso, alegre y comprometido de Marie-Claude Lamarre, secretaria ejecutiva de la International Union of Health Promotion and Education (IUHPE-UIPES) hasta 2019.

Declaración	Uso similar de las palabras en:	Palabras
Astaná 2018	Yakarta 1997	La promoción de la salud en el siglo XXI. Transcurridos once años desde Ottawa, Yakarta es la primera que se lleva a cabo en un “país en desarrollo”, por lo que se vio como la apertura hacia un discurso más incluyente. Sin embargo, es la primera en incluir al sector privado como “aliado” importante para el apoyo a la PS e introducir conceptos como: “La PS es una inversión para crear la mayor ganancia para la gente... para la construcción de capital social” (vis a vis “comunidad”).
	Helsinki 2013	Salud para todos es un objetivo social principal de los gobiernos y el basamento del desarrollo sostenible. Reconocemos que los gobiernos tienen UNA (vis a vis “SON RESPONSABLES”) responsabilidad por la salud... Los intereses de la empresa y el poder del mercado pueden afectar la posibilidad de los gobiernos y sistemas de salud para promover y proteger la salud... Salud en todas las políticas es una respuesta práctica a ese reto.
	Berlín 2021	Cuando se propuso la sede en Berlín, el documento de respuesta del gobierno proponía reconocer los determinantes comerciales de la salud y buscar un acercamiento inteligente para relacionarse con el sector privado; facultar personas empoderadas y resilientes para responder a la penetrante cultura del consumismo y la influencia sin precedentes de la sociedad digital y la optimización de inversiones en los sistemas de salud para apoyar la cobertura universal e intervenciones que sabemos que funcionan.
Informe de la Comisión de Alto Nivel 2019	Santa Fe de Bogotá 1992	Supeditar intereses económicos a los propósitos sociales; incentivar políticas públicas que garanticen la equidad; fortalecer las capacidades para participar en las decisiones que afectan su vida; estimular el diálogo de saberes diversos; reconocer como trabajadores y agentes de la salud a las personas comprometidas con los procesos de PS, de la misma manera que a los profesionales.

Declaración	Uso similar de las palabras en:	Palabras
	Bangkok 2005	Las políticas y alianzas para empoderar a las comunidades y para mejorar la salud y la equidad en salud tendrían que estar en el centro del desarrollo global y nacional. La acción intersectorial y las políticas públicas saludables son elementos centrales para la PS, el logro de la equidad en salud, y la realización de la salud como derecho humano. En la Carta de Bangkok aparece una leyenda en donde la OMS se deslinda de sus contenidos.
	Nairobi 2009	Utilizar la evidencia existente para mostrar a los hacedores de políticas que la PS es fundamental para enfrentar los retos nacionales y globales. Revitalización de la APS mediante el impulso de la participación comunitaria, las políticas públicas saludables y poniendo a la gente en el centro de la atención. Se convoca a los gobiernos a ejercer su responsabilidad con la salud pública.

Fuente: Elaboración propia

Esta comparación tiene que ver con aspectos centrales sobre la posición ética y política de cada una de las conferencias. Aunque, dado que toda PS programada desde las instituciones es invasiva, el tinte colonizante no se puede quitar de ninguna de ellas, sin embargo, en un espectro imaginario entre la intención colonizante y lo emancipador, saltan las diferencias. A lo mejor el lector o la lectora tiene otra apreciación sobre las palabras de las declaraciones. Lo importante es que acepte la invitación a reflexionar sobre esto como ejercicio para repensar después sus propias prácticas o las riquísimas experiencias que se presentan en este libro.

Si pretendemos promover la salud con la intención de acatar instrucciones institucionales u otras, en las que planes, programas, técnicas, materiales, etc., se producen alejados del otro, no será necesaria demasiada reflexión. Si lo que buscamos es aliviar el sufrimiento humano y avanzar hacia el logro de la salud como capacidad de dignidad, humanización y justicia social, lo primero que necesitamos es analizar las palabras con las que concebimos y hacemos la PS. Solo en ese análisis descubriremos los contenidos colonizadores de nuestra práctica y las palabras que podemos cambiar.

Para ayudarnos a leer los discursos de la PS y reflexionar sobre lo que hacemos, nos dimos a la tarea de identificar algunas preguntas que, al contestarlas, nos permitirán observar más allá de lo inmediato. Lo importante no es llegar a una respuesta, sino buscar una respuesta, porque en ese buscar es en donde surge la reflexión. A manera de ejemplo, en las tablas 3 y 4 hacemos el ejercicio de contestar esas preguntas desde tres “estilos” de promoción de la salud.

Tabla 3. Tres “estilos” de PS

	PS Convencional	PS Empoderante	PS Emancipadora
¿Qué es salud?	En discurso: estado de bienestar En la práctica: no enfermedad	Estilos de vida	Capacidad
¿Qué es cuerpo?	El sitio de la enfermedad	El sitio de la enfermedad	Es el ser encarnado
¿Cómo es posible el cuerpo humano?	Resultado genético	Por procesos biológicos y educativos	En su paso por el útero biológico y el útero social en donde adquiere las palabras como genes sociales
¿Qué es la enfermedad?	Alteraciones biológicas (tisulares, orgánicas, celulares)	El resultado de estilos de vida patogénicos	Una de las múltiples inscripciones en el cuerpo que, sobre una base biológica, resulta de la manera de contender en los juegos de poder
¿Qué es la muerte?	La terminación de la vida, más o menos evitable mediante la implementación de los avances científico-tecnológicos Una cifra estadística	El resultado de estilos de vida patogénicos	La culminación de la vida
¿Cuándo sucede la muerte?	Cuando no hay signos vitales registrables	Cuando no hay signos vitales registrables	Cuando cesa el ejercicio y desarrollo de las capacidades humanas

	PS Convencional	PS Empoderante	PS Emancipadora
¿Quién es “el otro”?	Población en riesgo de enfermar y morir	Cliente, gente con capacidad de gestión en las localidades que enferma y muere	Un ser ético, agente de su propia existencia
¿Qué significa cuidar del otro?	Prometer/amenazar Atender dando, otorgando, endeudando, apropiando.	Promover la apropiación por parte de la gente de hábitos, costumbres, estilos de vida, saberes, prácticas definidas por los expertos como “saludables”	Acto ético y político orientado por el proyecto emancipador individual y colectivo
¿Cómo clasifica el conocimiento de las cosas del mundo?	Clasificación cerrada, orientada por concepciones binarias y verdades únicas	Clasificación semicerrada, que admite formas distintas de verdad, aunque no las incorpora	Clasificación abierta a distintas posibilidades de clasificación
¿Qué metodología utiliza para dar cuenta de las cosas del mundo?	Positivista, cartesiana, cerrada	Participativa, para llegar a conclusiones pre-hechas por la o el experta/o	Hermenéutica, rizomática, abierta, respondiendo a la naturaleza de la cosa de la que pretende dar cuenta
¿Para qué quiere el poder que detenta?	Para conservar el orden preestablecido o imponer el control hegemónico	Para cumplir objetivos de los expertos o asesores.	Para avanzar rumbo a la construcción del poder ciudadano
¿Qué ordena su comportamiento?	Derecho, normas y leyes, sanciones materiales	Moral, deontología, normas sociales, sanción social	Ética, construcción de axiología, prácticas reflexivas de la libertad, satisfacción
¿Cuál es su objeto de transformación?	La sobrecarga de enfermedad poblacional	Estilos de vida locales	El sufrimiento/afirmación de la vida y la dignidad humana a que conducen las condiciones,

	PS Convencional	PS Empoderante	PS Emancipadora
			corporizaciones e inscripciones del ejercicio y desarrollo de las capacidades humanas individuales, comunitarias y colectivas
¿Cuál es el centro de su atención?	El perfil epidemiológico	La gestión local de las decisiones de los expertos	La concepción, diseño y consecución del proyecto autónomo
¿Cuál es su objetivo?	Modificar las prácticas de vida de la población hacia aquellas que la institución considera mejores para avanzar en las políticas públicas	Lograr que las personas asuman como decisión propia las decisiones de los expertos	El ejercicio y desarrollo de la capacidad saludable de las personas y sus colectivos, que se exprese en perfiles epidemiológicos que resulten de una manera más justa, libre, buena, bella y sabia de existir en sociedad
¿Cómo enfrenta el dilema moral de la invasión de la vida de los otros?	No lo cuestiona, por lo que no hay dilema que resolver	A través del agradecimiento de la gente por haber llevado una práctica o conocimiento experto	Reconociendo la ignorancia propia en relación con el sufrimiento del Otro, pidiendo permiso, escuchando, intuendo cuándo retirarse.
¿Qué hace?	Campañas, educación en salud, medicina preventiva, sanitarismo	Dinámicas, juegos	Investigación, planificación y acción para poner los instrumentos en manos de la gente
¿Quién es el protagonista?	La institución	La asesora o el asesor externo	El otro
¿Con qué recursos?	Institucionales	Institucionales y locales	Organizacionales y locales
¿Para qué evalúa?	Para observar el avance en las metas institucionales	Para observar la asimilación del saber experto. Para dar cuenta a la	Para avanzar en el proyecto colectivo, la investigación y la planificación.

	PS Convencional	PS Empoderante	PS Emancipadora
		organización financiera.	Para asegurar la coherencia epistemológica, metodológica y práctica
¿Cómo evalúa?	Indicadores “duros” Estudios costo-beneficio	Evaluación participativa	Reflexión y diálogo continuos
¿Cuándo termina?	Cuando termina el programa	Cuando el asesor o asesora ya no puede seguir asistiendo	Cuando el promotor o promotora deja de serlo, se convierte en acompañante de los procesos locales o se retira por ya no ser necesarios sus servicios

Fuente: Elaboración propia

¿Cuáles preguntas nos están faltando para buscar maneras de promover la salud e invadir menos? Creemos que, al menos, todas aquellas que faltan formular en nuestro trabajo con los otros. Estas que hoy formulamos son solamente las que surgen desde nuestra intención de hacer una PS que ayude en el alivio del sufrimiento de los otros, en la lucha por la justicia social y, como consecuencia de eso, en el cambio de los perfiles epidemiológicos hacia otros que muestren una manera distinta de participar en las decisiones sobre la vida propia, la vida comunitaria y la vida de nuestro planeta.

Pensando en la grandeza del ser humano y en nuestra obligación de disminuir la colonización desde las universidades, podemos guiarnos por esta profunda fórmula atribuida a Jorge Mario Bergoglio: “Quitarse las sandalias y pedir permiso antes de entrar al sagrado santuario del otro”.⁸⁹

⁸⁹ A partir de la reflexión sobre un fragmento del texto bíblico *Éxodo*, Francisco Bergoglio dirige un discurso a los sacerdotes del Pontificio Colegio Mexicano en Roma, marzo de 2021, en donde los invita a aprender a quitarse las sandalias y recurrir a la ternura en su labor apostólica. <https://www.vaticannews.va/es/papa/news/2021-03/francisco-sacerdotes-mexicanos-aprender-a-quitarse-las-sandalias.html>

Lo que caracteriza al espacio universitario, ¿se extiende a la PS universitaria que hacemos?

Ya hemos hecho referencia a las definiciones, práctica e intenciones de distintas promociones de la salud, pero nos queda pendiente aludir a la universidad como espacio de la salud y de la promoción de la salud. Entre las universidades latinoamericanas, el espectro de intenciones va desde aquellas que se refieren a la socialización⁹⁰ de los nuevos miembros de una clase social particular con funciones sociales particulares en los juegos de poder, hasta las que se adhieren a los principios y utopías de la Universidad Pública Latinoamericana gestada en 1918 en Córdoba (Argentina) que oponen la fuerza de la reflexión y el conocimiento a las intenciones de monopolizar el poder. Las intenciones configuran prácticas y espacios que frecuentemente se quieren entender como uno solo cuando se habla de “las universidades latinoamericanas”. Nombrar genéricamente impide identificar que los idearios que se convierten en prácticas varían de una universidad a otra. Por ejemplo, la práctica de algunas universidades de recibir a cualquier persona sin distinción de clase, etaria, género u otra, se diferencia cuando en algunas universidades se imponen cuotas de admisión, de edad, de procedencia, u otras que, aunque no estén escritas, en la práctica funcionan como barreras invisibles, doxáticas, diría Bourdieu.⁹¹ En este ejemplo, los espacios generados por una universidad u otra no son uno solo.

Cuando hablamos aquí de La Universidad nos estamos refiriendo a un ente con ciertas características objetivas, subjetivas, históricas y sociales que definen un espacio público constituido y aceptado como el alma de la sociedad; que se compromete a mirarse como ente social y preguntarse por las cosas de la naturaleza, la historia, el conocimiento, la técnica, el arte y la sociedad de manera tal que pueda constituirse en ente ético del que la sociedad se puede valer para avanzar hacia la utopía ciudadana de justicia, libertad, belleza, bondad, sabiduría y felicidad. La universidad existe como constructo conceptual, técnico y práctico que responde a las maneras como el ser humano se relaciona con la realidad, a las maneras de conocer. En algunas ocasiones, con voluntad y auto-

⁹⁰ Pierre Bourdieu propone que la entrada a los campos sociales requiere de procesos de normalización de los contenidos de significado y valor en las prácticas sociales. A esos procesos los identifica como procesos de socialización. Bourdieu, P. (1998). *Practical reason*. Polity Press.

⁹¹ *Ibid*

nomía, la universidad se unió a otras voluntades para nombrar y avanzar el entendimiento sobre todo lo que ha sido nombrado a partir de los mejores valores que hoy hacen posible pensar en lo impensable. En otras ocasiones, se subordinó y encadenó al mandato de engeguercer y participó, con voluntad o sin ella, en el refinamiento de los peores valores que empequeñecen las posibilidades infinitas de la mente y la libertad humanas.⁹² El espacio de La Universidad, entonces, será una de las conciencias de la ciudad. Algunas universidades podrán adoptar la utopía y las prácticas de La Universidad —entendida como se la define al comienzo de este párrafo—, otras crearán sus propias utopías, otras optarán por otras cosas.

La institucionalización en universidades resulta en la conformación de la universidad como un instrumento para lograr los fines de ciertos grupos en la sociedad. En esta situación funciona como cualquier otra institución para atender los problemas de la sociedad. La Universidad, entonces, se puede aliar o ser utilizada para potenciar la acción de distintas instituciones. Por ejemplo, atendiendo la institución de salud principalmente la dimensión biológica del cuerpo humano y la institución universitaria su dimensión de conocimiento y subjetividad, en conjunto se constituyen en una poderosa pinza para la difusión e inculcación de significados e identidades. Esta explosiva combinación universidad-salud finca la dimensión de responsabilidad de las universidades en el desarrollo o limitación de la capacidad saludable de las personas y los grupos sociales en los que pretenda hacer intervenciones a nombre de la promoción de la salud.

El carácter universal de La Universidad lo podemos identificar en el sentido inclusivo con el que busca entender las palabras con las que ha nombrado y ayudado a dar sentido al mundo y sus contradicciones. También podemos identificarlo en que solo existe en colectivo, en el diálogo y la relación entre sujetos reflexivos, autónomos, responsables y amorosos, presentes diacrónica y sincrónicamente en el tiempo histórico. La Universidad busca y se alimenta de lo universal, entiende a los sujetos y a los problemas como universos; se reconoce vinculada al tiempo y a la historia; se asombra cada vez que mira y entiende (o no entiende); se responsabiliza porque se sabe escucha, voz, espejo

⁹² Chapela Mendoza, M.C. (2004). La Universidad-sujeto. Utopía para el reencuentro. *Reencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, (41), 25-30. <https://www.re-dalyc.org/pdf/340/34004104.pdf>

y parte del conjunto y las contradicciones humanas. Es de este complejo de características de donde La Universidad toma sus funciones sustantivas, sus maneras de existir en el mundo: la investigación, el servicio y la docencia. Para darse cuerpo, necesita de las y los universitarios; sus aulas, patios, laboratorios, bibliotecas o auditorios no son universidad, son solamente recursos que facilitan la congregación de las y los universitarios para la reflexión sobre los problemas de la realidad y de conocimiento que formulan. Es en el espacio social, en la escucha, observación y atención, en donde la o el universitaria/o se provee de la información para poder formular esos problemas. Es “ahí afuera”, “en la calle”, en donde se concreta la vinculación de las tres funciones sustantivas de La Universidad. Es ahí en donde las y los universitarias/os se pueden reconocer como tales.

¿Cuál es nuestra intención como universidad, como universitarias y universitarios, al proponernos practicar la PS que practicamos? ¿Cuáles son sus espacios? ¿Cómo la hacemos? ¿Qué de los principios y funciones sustantivas de La Universidad adoptamos en nuestras prácticas de PS? Analizar los conceptos y prácticas de PS que se generan en distintos espacios sociales, locales, regionales o planetarios, públicos y privados, formales y populares, comunitarios e institucionales, etarios y de género, u otros, en busca de sus significados profundos y los intereses detrás de ellos, se constituye en una tarea a desarrollar desde las universidades como parte del cumplimiento de sus funciones de investigación, servicio y docencia. La intención detrás de las prácticas de PS de las y los universitarias/os puede o no decantarse en mayor o menor medida por la vida de las generaciones presentes y futuras, por la justicia social y el alivio del sufrimiento humano. La decisión que tomemos sobre qué PS hacer puede incidir en mayor o menor medida tanto en la continuidad del deterioro de los seres humanos y su hábitat, como en la “humanización de los humanos” con el consecuente cambio en sus perfiles epidemiológicos y en la manera de relacionarse con las demás especies del planeta; cambio que llevará al regreso de la esperanza por la continuación de una especie capaz de percibir y amar a otras especies como una sola cosa, convivir con ellas agradeciendo sus aportes a la vida humana, cuidando de sí, del otro y de los otros.

Terminamos este capítulo reiterando la invitación para, en la lectura de este libro, reflexionar de manera general sobre ¿qué PS estamos haciendo en las universidades latinoamericanas? y ¿cuál es la intención detrás de la PS que hacemos? Insistimos en que no se trata de hacer *una* promoción de la salud o una

promoción de la salud *ejemplar*, sino una PS epistemológica y éticamente congruente. Dejamos, además, a quienes lean esto, algunas preguntas que derivan de la manera diferente de enfrentarse los gobiernos, los grupos sociales y las personas a la pandemia sociohistórica de 2020: ¿cuál es la participación de la PS y de nuestras universidades en la manera en que se definen y atienden los problemas de salud pública?, ¿cómo utilizamos en momentos críticos nuestras herramientas de PS?, ¿cómo hacemos —o no hacemos—, de la PS universitaria un instrumento para que la población pueda resistir a los embates de palabras colonizantes?, ¿hacia dónde y cómo habría que cambiar nuestra PS universitaria?

Bibliografía

- Agamben, G. (2014). *Estado de excepción*. Adriana Hidalgo Editora, SA.
----- (26 de febrero de 2020). *L'invenzione di un'epidemia*. Quodlibet.
<https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia>
- Aristóteles (1985). *Ética Nicomáquea. Ética Eudemia*. (J. Palli Bonet, Trad.). Editorial Gredos.
- Arroyo, H. (2001). *Formación e recursos humanos en educación para la salud y promoción de la salud. Modelos y prácticas en las Américas*. Universidad de Puerto Rico.
- (Ed.). (2010). *Promoción de la salud. Modelos y experiencias de formación académica-profesional en Iberoamérica*. CIUEPS.
- Audy, R. (1967). *La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad. Las ciudades sanas, una iniciativa de la nueva sanidad*. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat y Consum.
- Bachelet, M. (2019). Introducción. En Comisión de Alto Nivel, *Informe de la Comisión de Alto Nivel "Salud universal para el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata"* (pp. VI-IX). OPS.
- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, P. (1991). *Language and symbolic power*. [Lenguaje y poder simbólico]. United Kingdom: Polity Press.
- (1998). *Practical reason*. [Razones prácticas]. Polity Press.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. [Una invitación a la sociología reflexiva]. The University of Chicago Press.
- Campuzano, M. (2020). *Subjetividad, vínculos y violencia. El neoliberalismo y las consecuencias psíquicas de las nuevas formas de dominación*. Universidad Autónoma Metropolitana.

- Cerda, A. (2010). Políticas dominantes en promoción de la salud: caracterización y cuestionamientos. En M.C. Chapela Mendoza y A. Cerda García, *Promoción de la salud y poder. Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos* (pp.70-95). UAM-Xochimilco.
- Comisión de Alto Nivel (2019). *Informe de la Comisión de Alto Nivel "Salud universal para el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata"*. OPS.
- Chapela Mendoza, M.C. (2004). La Universidad-sujeto. Utopía para el reencuentro. *Reencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, (41), 25-30. <https://www.redalyc.org/pdf/340/34004104.pdf>
- (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipadora. En E.C. Jarillo y E. Guinsberg (Eds.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva* (pp. 347-373). Lugar Editorial.
- (2008). Promoción de la salud para la disminución del riesgo y el cuidado de las enfermedades crónicas. En V.M. Mendoza Núñez, M.A. Sánchez Rodríguez y E. Correa Muñoz (Eds.), *Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario* (23-45). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- (2010). *Promoción de la salud y poder*. UAM-Xochimilco.
- (2012). 25 años de conceptos y estrategias para promover la salud. En D. Juvinyà y H. Arroyo (Eds.), *La promoción de la salud 25 años después/Health promotion 25 years after* (43-78). Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona.
- (2013). *Promoción de la salud y emancipación*. UAM-Xochimilco.
- (2019). Exoducción. Indagando sobre las cualidades del médico alópata occidental y la elusiva esencia de médico. En M.C. Chapela Mendoza (Ed.), *¿Qué es ser médico?* (267-235). UAM-Xochimilco.
- Dubos, R. (1961). *Man adapting*. [El hombre en adaptación]. Yale University Press.
- (1975). *El espejismo de la salud*. Fondo de Cultura Económica.
- Dussel, E. (1996). *Filosofía de la liberación*. Nueva América. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/otros/20120227024607/filosofia.pdf>
- Floridi, L. (2023). *The ethics of Artificial Intelligence. Principles, challenges, and opportunities*. [La ética de la inteligencia artificial. Principios, desafíos y oportunidades]. Oxford University Press.
- Foster, J. (1839). *An essay of the evils of popular ignorance*. [Un ensayo de los males de la ignorancia popular]. The Society for the Promotion of Polular Instruction by J. Wright.
- Foucault, M. (1997). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI.
- (1994). La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad.

- En *Hermenéutica del sujeto*. Ediciones de la Piqueta.
- Freire, P. (1972). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.
- Garduño, M.A., Jarillo, E., López, O., Granados, A., Blanco, J., Castro, J.M.; Tetelboin, C.; Tivera, J.A. y López Moreno, S. (2009). La perspectiva médico-social y su contribución al quehacer científico en salud. En M.C. Chapela y A. Mosqueda, A. (Eds.), *De la clínica a lo social. Luces y sombras a 35 años (11-24)*. UAM-Xochimilco.
- Gobierno de México (2019). *Atención primaria de salud integral e integrada APS-I Mx: La propuesta metodológica y operativa*. Gobierno de México/Secretaría de Salud.
- Habermas, J. (1987). *Knowledge and human interests*. [Conocimiento e interés]. Polity Press.
- Han, B.-C. (2021). *No-Cosas. Quiebras del mundo de hoy*. Penguin Random House.
- Harvey, D. (3 de marzo de 2020). Anti-Capitalist politics in the time of COVID-19. *Jacobin*, <https://jacobinmag.com/2020/03/david-harvey-coronavirus-political-economy-disruptions>
- Heidegger, M. (1971). *El ser y el tiempo*. Fondo de Cultura Económica.
- Herman, E. & Chomsky, N. (1988). *Manufacturing consent. The political economy of the mass media*. Pantheon Books.
- Jarillo, E. y Granados J.A. (2016). *La Medicina Social en México. Cuarenta años de la Maestría en Medicina Social*. UAM-Xochimilco.
- Jonson, A. (1948). Medicine's responsibility in the propagation of poor protoplasm. *New England Journal of Medicine*, 238:715.
- Juvinyà, D. y Arroyo, H. (Eds.). (2012). *La promoción de la salud 25 años después/Health promotion 25 years after*. Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona.
- Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. Salvat Editores.
- Laurell, A.C. (1981). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de salud*, 1(2), 7-25. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>
- (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En M.I. Rodríguez. (Coord.), *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud* (pp. 216-258). OPS/OMS.
- Linton *et al.*, (1967). *A strategy for a livable environment*. Washington: Government Printing Office.
- Lipovetsky, G. (2002). *La era del vacío*. Anagrama.
- Lowe, D. (1995). *The body in late capitalist USA*. Durham.
- McKeown, T. (1982). *El papel de la medicina; ¿sueño, espejismo o némesis?* Siglo XXI Editores.

- Méndez, N. (2019). Prefacio. En Comisión de Alto Nivel, *Informe de la Comisión de Alto Nivel "Salud universal para el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata"* (pp. X-XV). OPS.
- Montellano, J. (1919). Higiene escolar. Nueva forma para la enseñanza de una higiene elemental. *La semana médica*, 374-378. Consultado en la Colección de Materiales Misceláneos del Institute of Education, University of London.
- Morris, D. (1969). *The human zoo*. London: Jonathan Cape.
- Nietzsche, F. (2006). *La genealogía de la moral*. Alianza Editorial.
- Oyarbide, J.M. (1996). *Educar y curar. El diálogo cultural en la atención primaria*. Ministerio de Cultura.
- Paganini, J.M., y Capote, R. (Eds.). (1990). *Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos y experiencias*. OPS.
- Parker, R. (1983). *Miasma: Pollution and purification in early Greek religion*. Oxford University Press.
- Platón. *La República*. III XIV-b.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030*. ONU/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Puiggrós, A. (1988). *La educación popular en América Latina. Orígenes, polémicas y perspectivas*. Nueva Imagen.
- Ratcliffe, H. (1968) Contribution of a zoo to an ecology of disease. *Proceedings of the American Philosophy Society*, 112: 235-244.
- Ristorto, M.C. (2009). La función del himno a Apolo, Artemisa y Dionisos (VV. 151-215) en *Edipo Rey* de Sófocles. *Anales de Filología Clásica*, (22), 103-116. <https://doi.org/10.34096/afc.v0i22.386>
- Rootman, I. y Raeburn, J. (1994). *The concept of health*. En A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds), *Health promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives* (pp. 56-71). Sanders Editors.
- Santos, M. (2000). *La naturaleza del espacio. Técnica y tiempo. Razón y emoción*. Ariel.
- Sargent, F. y Barr, M. (1965). Health and the fitness of the ecosystem. En *The environment and man* (pp. 28-46). Traveler's Research Centre, Inc.
- Smith, G. y Evans, L. (1944). Preventive medicine, attempt at a definition. *Science*, 100(2586), 39-42. <https://doi.org/10.1126/science.100.2586.39>
- Tremblay, M-C. (2020). The wicked interplay of hate rethoric, politics and the Internet: what can health promotion do to counter right-wing extremism? *Health Promotion International*, 35(1), 1-4. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz124>
- Twining, T. (1982). *Science in popular education; as a means to promote health, well-being and industrial success*. [La ciencia en la educación popular como medio para promover la salud, el bienestar y el éxito industrial]. Impreso para el autor

- por HC Franklin, Wickenham. Consultado en 1998 en la Colección de materiales Misceláneos del Institute of Education, University of London.
- Winslow, C. (1920). The untilled field of Public Health. *Modern Medicine*, 51(1306), 23-33. <https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23>
- Yuing, T. y Ávila, M. (2017). Foucault, el cuerpo y la vida: hacia una fisiología del límite. *Estudios Avanzados*, (27), 20-36. <https://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/ideas/article/view/2967>

Conferencias y reuniones internacionales referidas en el texto. Ordenadas cronológicamente

- WHO (1946). Documentos básicos. *Actes off. Org. Mond. Santé*, 2, 100.
- Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma Ata, Rusia, 6 al 12 de septiembre de 1978.
- Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Países Industrializados. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, Canadá. 17 - 21 de noviembre, 1986.
- Second International Conference on Health Promotion. Public Policies for Health. Adelaide, South Australia, 5-9 de abril de 1988.
- Comité Directivo OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Documento CD33/14. Resolución XV. XXXIII del comité Directivo, Washington, D.C., 30 de septiembre de 1988.
- Third International Conference on Health Promotion. Supportive Environments for Health. Sundsvall, Sweden, 9-15 de junio de 1991.
- Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Declaración de la conferencia. Santa Fé de Bogotá, Colombia. 9-12 de noviembre de 1992.
- The Fourth International Conference on Health Promotion. New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century. Jakarta, Indonesia, 21 - 25 de noviembre de 1997.
- The Sixth International Conference on Health Promotion. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Bangkok, Tailandia. 7-11 de agosto de 2005.
- The Seventh Global Conference on Health Promotion. Call to action. Nairobi, Kenya, octubre de 2009.
- IUHPE 5th Latin-American and 4th Inter-American Health Promotion and Health Education Conference in Mexico City 2012.
- The Eight Global Conference on Health Promotion. The Helsinki Statement on Health in All Policies. Helsinki, Finlandia. 10-14 de junio 2013.

The Ninth Global Conference on Health Promotion. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Shanghai, China. 21-24 de noviembre de 2016.

Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud (2018). Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná, Kazajstán, 25 y 26 de octubre de 2018: ONU/OPS.

WHO. *Health Promotion focal points meeting to decide about the scoping paper for the 10th Global Conference on Health Promotion to be held in ¿Berlin 2020?* Ginebra, Suiza. 25-26 de febrero de 2019.

Capítulo 3

Determinación sociohistórica de la promoción de la salud

Anselmo Antonio Cancino Sepúlveda, María Fernanda Rivadeneira Guerrero, María Carolina Morales Borrero, Adolfo Maldonado y Monica Osorio Simons

Introducción

En este capítulo no deseamos debatir las diferentes corrientes de pensamiento que están en disputa en el campo de la promoción de la salud, ni de la salud pública, como tampoco ahondar en sus vacíos, ni discutir los motivos que impiden que la promoción de la salud se desarrolle en todo su potencial. Por el contrario, deseamos compartir los desarrollos y experiencias que sobre la promoción de la salud se han realizado desde la mirada de la salud colectiva latinoamericana que comprende la salud desde su determinación socio ambiental e histórica, orientando su acción política local y regional hacia el Buen Vivir como posibilidad máxima de realización comunitaria e individual y del derecho a la salud. En ese esfuerzo colectivo se procura perseverar y persistir en el compromiso con el bien común, el diálogo, la articulación de capacidades y habilidades para construir alianzas basadas en la esperanza, la creatividad, el amor y solidaridad de nuestros pueblos.

Partimos inicialmente por reconocer que, pese a las dificultades estructurales y el permanente conflicto de intereses de diversos agentes en el campo de la salud, hoy la promoción de la salud no es una utopía. Por el contrario, es una realidad en muchos lugares de nuestra potente y maravillosa América Latina, con resultados objetivables contruidos desde la cotidianidad de las personas que no son solamente sus beneficiarias, sino más también, y principalmente, protagonistas de su consolidación.

Esperamos recoger en estas líneas, de forma sucinta y organizada, algunos de los aportes más valiosos, que a nuestro juicio aporta América Latina a la construcción democrática de la salud y su promoción, como alternativa al modelo civilizatorio neoliberal, partiendo, como se mencionó previamente, de la com-

prensión de la determinación sociohistórica y de los procesos que impiden alcanzar equitativamente la salud para todos los grupos poblacionales. Esto permite volver a las raíces de las culturas ancestrales-originarias de nuestra región para así, desde la perspectiva del Buen Vivir como eje de la acción política, centrar los esfuerzos presentes y futuros en la sustentabilidad, la solidaridad, la soberanía, el respeto por la naturaleza, la autodeterminación y dignidad de los pueblos, con una lectura permanente de la dinámica del territorio, como ejes de la transformación hacia la promoción de la salud en favor de la equidad y de la vida digna. De allí algunos elementos clave para promover una salud que construya modos alternos de producir y reproducir la vida en comunidad y en sociedad, generando sus propios mecanismos y herramientas de medición, valoración, monitoreo, seguimiento y evaluación de procesos y de resultados.

Nos proponemos empezar con el reconocimiento de algunos de los elementos constitutivos de esta perspectiva de acción política en la promoción de la salud, de sus actores/protagonistas y los escenarios de interacción para, posteriormente, presentar un marco conceptual para el análisis y reflexión de las experiencias que responden a estos desafíos y que se ubican en los ejes del Buen Vivir.

La determinación sociohistórica de la promoción de la salud para la comprensión del Buen Vivir en los territorios

Desde la segunda mitad del siglo XIX, la reemergencia de la preocupación por comprender y actuar en función de la dimensión colectiva de la salud como proceso social de la vida humana en el mundo occidental, liderada por reflexiones en Alemania, Inglaterra y Francia, se denominó *medicina social*. En aquella época, las investigaciones sobre las epidemias de las zonas urbanas en proceso de expansión, con ocasión del proceso de industrialización, permitieron que las reflexiones en torno a la relación salud-enfermedad se cualificaran en lo social, sobre todo, de cara a construir un nivel explicativo sobre el origen de las enfermedades o daños a la salud en su núcleo: las condiciones de vida y de trabajo en

sociedad, que supera la visión biológica de la salud y la reducción en la comprensión del ambiente y, por tanto, a partir de este, se orientaran las acciones para mejorar dichas condiciones.^{93 94}

La más joven de estas reflexiones inició su desarrollo en la última mitad del siglo XX en la región, con la propuesta de la salud colectiva latinoamericana. En ese marco se privilegia el derecho a la salud y a la promoción de la salud para todos y todas. Los esfuerzos se concentran en los desarrollos teóricos y en la acción sobre la relación salud-enfermedad-sociedad. Existen muchos artículos y escritos sobre promoción de la salud, de excelentes niveles teórico-metodológicos que pueden ilustrar las trayectorias, la evolución, las transformaciones y las apuestas desde la perspectiva de diferentes actores y escalas territoriales, pero de una forma o de otra, hay un punto en común sobre el rol de la promoción de la salud en la esfera pública de la salud: transformarla para convertirla en derecho fundamental para todos y todas.⁹⁵

Como gestores de promoción de la salud, venimos trabajando desde diferentes escenarios, abordajes políticos, conceptuales e institucionales, reconociendo en ello los conceptos que la definen y fundamentan desde una perspectiva latinoamericana. En este ejercicio, ha sido fundamental buscar la coherencia de los marcos teóricos en la práctica y reflexión de las experiencias que avanzan en la generación de políticas públicas y alianzas intersectoriales que reconocen al territorio y sus actores como protagonistas de procesos sociales e históricos que buscan mejor salud y bienestar.

Esta experiencia de trabajo en los territorios nos ha permitido también reconocer cuáles son las fuerzas o intereses, generalmente más vinculadas al mercado del sistema económico local, regional y global que limitan la viabilidad y la potencia de transformación que en sí misma tiene la promoción de la salud, más allá de la decisión política de los gobiernos locales, desde retos muy seme-

⁹³ Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Siglo XXI Editores.

⁹⁴ Casallas, A. L. (2019). *Aportes y desafíos de la salud colectiva latinoamericana una perspectiva histórica*. [Tesis de doctorado, Universidad Andina Simón Bolívar]. UASB-DIGITAL. <http://hdl.handle.net/10644/6828>

⁹⁵ Morales Borrero, M.C. (Ed.). (2017). *Salud Colectiva y Salud Pública, ¿se está hablando de lo mismo?* Universidad Nacional de Colombia.

jantes que, de varias maneras, nos hermanan en necesidades y expectativas sobre la implementación de las políticas integrativas de promoción de la salud en cada uno de nuestros países.

Pese al esfuerzo en la construcción teórica y práctica sobre la promoción de la salud desde los actores propios del campo, y que en el centro de la preocupación ha estado esta reflexión-acción sobre la promoción de la salud y su determinación sociohistórica, muchas veces nos despreocupamos de conocer cómo entienden la salud las personas y comunidades con las que trabajamos; la gente que desde la periferia campesina o urbana, reconoce la promoción de la salud como el momento en que “los ancianos cuentan historias a sus nietos”; o la ven desde la negación implícita al vulnerar el derecho del enfermo con cáncer a que se entienda la salud como “alegría”, o desde la marginación sobre el indígena que considera la salud como “dignidad”. Hemos creado conceptos que creemos universales y por ello hacemos promoción de la salud uniformada que consideramos también universal, pero que en nuestras realidades no lo es.

La emergencia de un nuevo paradigma de promoción de la salud basado en el Buen Vivir

La perspectiva del Buen Vivir se ordena en ejes prioritarios (solidaridad, soberanía, sustentabilidad y cuidado) y se concreta en acciones que reivindican el lugar central de la naturaleza en el territorio y de las relaciones que allí se gestan en la producción de modos de vida, que dignifican y fortalecen la acción colectiva de sus protagonistas a través de distintas estrategias. Se procura, de esta manera, el cuidado de todas las formas de vida y la respuesta social para la satisfacción de las necesidades vitales y de protección de la naturaleza. Esta visión supera aquella centrada en el acceso a bienes, servicios y el consumo de recursos no solo de los colectivos humanos sino de los ecosistemas en su conjunto; se trata de no despojar a nadie, sino de generar condiciones para potenciar la capacidad de crear, transformar, intercambiar y reproducir la vida, y fomentar la cultura en interacción-interdependencia con el territorio donde se habita, desde la diversidad y la diferencia, en clara oposición a la visión del territorio

solo como el lugar de ocupación humana, del consumo desmedido y desequilibrado, de la preponderancia del ser humano como especie dominante del planeta y de la homogeneidad.^{96 97}

Para el Buen Vivir, la soberanía y la autonomía son las categorías que articulan el desarrollo de la vida humana con la naturaleza en el territorio y, por tanto, es a través de los procesos de autodeterminación en la toma de decisiones de los sujetos individuales y colectivos que se garantizan los acuerdos sobre principios, normas y medios para que la producción, distribución y el consumo de la salud sean producto del diálogo y los acuerdos sociales y no de la imposición desde el Estado. De esta manera, se favorecen relaciones de poder más horizontales, que se traducen en una organización política, económica y social de las comunidades que permite redefinir la centralidad de la vida al pasar de homocentrismo a un ecologismo basado en la construcción dialéctica del espacio y de la naturaleza.^{98 99}

La promoción de la salud que se hace desde la perspectiva del Buen Vivir se concreta en acciones con potencial transformador que contribuyen a modificar y redefinir el territorio con base en el reconocimiento y movilización de las relaciones sociales, políticas, económicas, ecológicas que se producen en los diferentes entornos donde se desarrolla la vida. Es decir, en aquellas dinámicas y lugares en los que se producen bienes y servicios en la perspectiva de garantizar acceso a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la atención de la salud, y la conservación-protección de las formas de vida, humana y no humana. Esto, en la perspectiva del goce efectivo del derecho a la salud en interdependencia con los derechos humanos y de la naturaleza.¹⁰⁰

⁹⁶ Sempere, J. (2010). Autocontención: mejor con menos. En J. Sempere, A. Acosta, S. Abdallah, & M. Ortí, *Enfoques sobre bienestar y buen vivir*, pp. 5-10.

⁹⁷ Acosta, A. (2010). El buen vivir, la utopía por (re)construir. En J. Sempere, A. Acosta, S. Abdallah, y M. Ortí, *Enfoques sobre bienestar y buen vivir* (págs. 11-28). Madrid: CIP-Ecosocial.

⁹⁸ Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>, pp.13-27.

⁹⁹ Sacher, W. (2019). Naturalismo moderno y corrientes del ecologismo. *Ecología Política*, (58). https://www.ecologiapolitica.info/wp-content/uploads/2019/12/058_Sacher_2019wxyd.pdf, pp. 10-18.

¹⁰⁰ Casallas, A. L., *op. cit.*

Se reorientan entonces el papel del Estado y de la sociedad civil hacia la construcción de formas de soberanía popular y comunitaria, cuyo sentido es la solidaridad, la autonomía, la protección y el cuidado de la naturaleza, de la vida, como pilar central de la acción política y la educación colectiva para alcanzar la equidad sanitaria y ecológica a través de las políticas públicas.^{101 102}

A pesar de la recuperación de procesos democráticos y de diferentes iniciativas llevadas a cabo en las últimas décadas, para fortalecer la participación de la ciudadanía en distintas dimensiones del proceso de salud y enfermedad, sigue siendo un desafío vigente la incorporación efectiva de la ciudadanía en todo el ciclo de planificación e implementación de las políticas públicas en salud. Si se analizan, en la mayoría de los países de nuestra región, los procesos de participación en cuanto a su profundidad y alcance, es común evidenciar la concentración de iniciativas que reconocen al ciudadano como beneficiario, como instrumento y usuario de servicios, pero pocas de ellas han avanzado hasta generar involucramiento real en el diseño, implementación, control y evaluación de estas iniciativas. En particular las estrategias de promoción de la salud han impulsado la participación social en tanto favorezcan el involucramiento de los usuarios en las decisiones que los afectan directamente y que fomentan la corresponsabilidad en materias de salud con foco individual (estilos de vida saludables); pero no han abordado otras dimensiones de las políticas sanitarias como, por ejemplo, la definición sobre el modelo del sistema de salud y el modo de civilización.

Considerando la intensificación de movilizaciones sociales en diferentes países de América Latina que reclaman cambios en los modelos de desarrollo respecto a la capacidad de los Estados de resguardar, garantizar y proveer derechos sociales básicos en la perspectiva de los derechos humanos, los gestores sanitarios nos enfrentamos a una oportunidad histórica de superar un enfoque asistencial que se ha basado en la respuesta a la satisfacción de necesidades biomédicas y la concepción de una población reducida a su condición de pacientes pasivos que no son suficientemente reconocidos en su condición de ciudadanos titulares de derechos humanos.

¹⁰¹ Choquehuanca, D. (31 de enero de 2010). Los 25 postulados para "vivir bien". *Diario La Razón*, 69-89.

¹⁰² Schavelzon, S. (2015). *Plurinacionalidad y Vivir Bien/Buen Vivir. Dos conceptos leídos desde Bolivia y Ecuador post-constituyentes*. Ediciones Abya-Yala.

Actualmente, prima la subordinación como beneficiarios o destinatarios finales de prestaciones estandarizadas, lo que contribuye a la destrucción de la salud colectiva y a la concepción de los temas de salud vinculada a los daños y las enfermedades, sin atender las diferentes dimensiones del Buen Vivir y su desarrollo y, menos aún, las causas estructurales que generan la inequidad y desigualdades en salud.

Superar este paradigma implica avanzar en la construcción de un sistema de protección social en salud con enfoque de derechos humanos que cubra todos los momentos de la vida de las personas en tanto sujetos individuales y colectivos y, a su vez, aborde las diferentes dimensiones de la vida que comprende el Buen Vivir, lo que se sustenta en un nuevo concepto de las políticas sociales y de la responsabilidad del Estado, que coloca en el centro del debate actual los movimientos sociales en la mayoría de los países de la región.

Como aporte a ese debate, en la tabla 1 se presentan algunos tópicos de análisis que, leídos de cara al fortalecimiento de la promoción de la salud y sus determinantes sociohistóricos, plantean una serie de relaciones de interdependencia entre los actores y sus territorios en cada una de las dimensiones de transformación inherentes a la complejidad de la promoción de la salud desde el enfoque del Buen Vivir.

Tabla 1. Elementos protectores para un proceso de promoción de la salud, hacia el Buen Vivir

Tópico de análisis	Elementos protectores para la promoción de la salud	Metas a alcanzar
Dimensión general (sociedad-nación)	- ODS-Agenda 2030¹⁰³ - Estrategia Regional de Municipios y Ciudades Saludables - Superar las inequidades en salud en una generación - Declaraciones internacionales en salud y promoción de la salud (Alma Ata, Ottawa, Bogotá, Bangladesh, etc.)	- Equidad y justicia socioambiental sin depredación ni segregación - Equidad y justicia social redistributivas

¹⁰³ Organización de las Naciones Unidas. (30 de mayo de 2015). Resolución 70/1 "Transformar nuestro mundo la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible". www.un.org/sustainabledevelopment/

Tópico de análisis	Elementos protectores para la promoción de la salud	Metas a alcanzar
	- Agenda Política de Foro Mundial de Salud y Seguridad Social - Agenda Política por la Salud de los Pueblos - Movimiento Salud de los Pueblos - Estrategias de Promoción de la Salud orientadas desde la OPS/OMS: Salud de la Mujer (OMS, 1999 y 2004), Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes (OMS, 2016)¹⁰⁴ - Plataforma estratégica del Organismo Andino de la Salud - Plan de Acción por la Promoción de la Salud 2019-2030 - Planes estratégicos de redes internacionales académicas y comunitarias - Participación de comunidades y barrios en la estructura de: - Sistema Nacional de Salud - Sistema Nacional de Educación Pública - Sistema Nacional de Vivienda - Sistema Nacional de Trabajo (Códigos de Trabajo) - Sistema Nacional de recolección de aseo y manejo integral de residuos sólidos - Sistema Integral de Finanzas e Impuestos Públicos - Políticas públicas sectoriales y poblacionales - Planes de acción sectorial e intersectorial - Estrategias de entornos saludables en marcha	- Equidad tributaria

¹⁰⁴ Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia Mundial por la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente 2016-2030*.

Tópico de análisis	Elementos protectores para la promoción de la salud	Metas a alcanzar
Dimensión particular (colectividades, comunidades, barrios)	- Construir relaciones de protección, cuidado y no depredación con la naturaleza en el territorio, protegiendo la vida como máxima de acción - Garantizar la protección y el goce efectivo universal de los derechos humanos, sin discriminación, exclusión ni segregación - Asegurar y proteger la participación política en la toma de decisiones de todos los agentes del territorio social - Consolidar sistemas de protección y seguridad social, que favorezcan el cuidado de las comunidades en sus territorios - Garantizar sistemas y prácticas de cuidado, reutilización, reuso y reciclaje de recursos - Garantizar y gestionar sistemas de producción limpia de alimentos - Garantizar trabajo digno y decente - Garantizar acceso a bienes y servicios en educación, salud, vivienda - Facilitar que los individuos para que desarrollen sus proyectos vitales de acuerdo a sus creencias y deseos, potenciando sus capacidades en su territorio de origen	- Equidad sanitaria, de género, étnica y religiosa
Dimensión singular (familias)	- Programas y planes de acción transversales de cuidado a la familia y desde las familias y barrios - Orientaciones en salud familiar y comunitaria de la OMS - AIEPI Comunitario - Programas de salud familiar y comunitaria integral a nivel local, desde cada realidad	- Equidad en las relaciones familiares

Tópico de análisis	Elementos protectores para la promoción de la salud	Metas a alcanzar
Dimensión individual (personas)	- Considerar que la salud comienza desde la calidad del suelo que se pisa, el aire que se respira y el agua que se toma - Análisis de las enfermedades más frecuentes para abordar los procesos que la originan - Hábitos saludables y atenciones preventivas por curso de vida - Análisis de expectativas en adolescentes (Ficha CLAP) - Programas y planes de acción y cuidado a las personas de especial protección	- Autodeterminación e identidad
<i>Derechos a cuidar:</i> humanos, sociales, culturales, económicos y de la naturaleza.		
<i>Principios orientadores:</i> sustentabilidad, equilibrio, cuidado, autonomía, dignidad, solidaridad, protección, soberanía, desconcentración, descentralización, territorialidad, respeto por la identidad y la diferencia, interdependencia, reciprocidad, complementariedad		

Fuente: Adaptado de “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)” por J. Breilh, 2013, *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 31(1) y “El Sumak Kawsay como alternativa al desarrollo” por L. Maldonado, 2009, *Seminario Interculturalidad y Salud*.

El enfoque del Buen Vivir permite reconocer que el sujeto es colectivo y existe una dialéctica entre los individuos y los colectivos. Se privilegia el aprovechamiento de los recursos naturales y el trabajo comunitario, con una valoración importante de las relaciones comunitarias en el cuidado de los bienes sociales; por lo tanto, proporciona una visión más integradora para la acción política necesaria en este momento de crisis centrando la participación social y el cuidado mutuo como los pilares para fortalecer la promoción de la salud que hemos hecho hasta ahora.¹⁰⁵

Los pilares que sostienen la promoción de la salud desde el enfoque del Buen Vivir son las *labores de cuidado y la participación social*; es por ello que los gestores de la salud estamos convocados a impulsar y a realizar una participación emancipadora de los agentes en los distintos entornos, lo que implica influir

¹⁰⁵ Maldonado, L. (2009). El Sumak Kawsay como alternativa al desarrollo. En *Seminario Interculturalidad y Salud*.

tanto en la formulación y diseño como en la implementación de políticas públicas, sean estas de niveles nacionales, locales o territoriales, lo cual demanda la necesidad de generar capacidades colectivas en las personas, grupos o comunidades para intervenir efectivamente en los problemas que llevan a una determinada situación de salud que se asocian al ejercicio de los derechos humanos/ciudadanos donde se desarrolla la vida en los territorios sociales.

Desde el Estado, esto significa concretar garantías para una gestión que respete los derechos humanos y de la naturaleza; desde el ámbito comunitario o barrial, el esfuerzo en cuidar la construcción de sujetos colectivos y relacionados entre sí y con su naturaleza; desde la familia, implica no relegar los cuidados ni concentrar las decisiones en una sola persona y, finalmente, desde el sujeto individual implica resignificar el autocuidado, no desde la culpa, sino desde el ejercicio de la autonomía; entrelazando así políticas públicas, modos, estilos y prácticas de vida eco saludables.

En la escena internacional, los Objetivos de Desarrollo Sostenible inscritos en la denominada Agenda 20/30 de la Organización de Naciones Unidas ofrecen, junto a las Declaración Universal de los Derechos Humanos, un referente político que establece un marco de mayores oportunidades para el desarrollo de acciones intersectoriales en pro de la salud y el bienestar, priorizando el territorio como el espacio más estratégico para la operacionalización de las acciones que garanticen su pertinencia y empoderamiento de los actores locales políticos-institucionales y sociales comunitarios.¹⁰⁶

Este planteamiento es respaldado por un amplio consenso internacional, como el planteado por la Organización Mundial de la Salud a través del informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. En él, la política de salud requiere de un enfoque más amplio y complejo que no tenga su centro en la organización, gestión, aseguramiento, prestación de servicios y atenciones sanitarias individuales sino que pueda encargarse de generar condiciones para producir salud, es decir que, por ejemplo, para disminuir las tasas de mortalidad infantil se requiere, además de contar con una buena atención de salud, tener una red de agua potable y saneamiento básico que, de la mano con una política de soberanía alimentaria, dé acceso integral a alimentos en calidad y cantidad

¹⁰⁶ Organización de las Naciones Unidas. Resolución 70/1, *op. cit.*

suficientes para la población y que aportan sustantivamente a la resolución de esta problemática.^{107 108 109}

La promoción de la salud es un quehacer que demanda el desarrollo de procesos y resultados críticos relacionados con la pertinencia cultural, la sustentabilidad, la solidaridad y la soberanía, como principios claves para garantizar el derecho universal a la salud en interdependencia con los demás derechos sociales, económicos, culturales y ambientales de personas, familias, comunidades y ecosistemas. Este constructo es desarrollado desde sus raíces latinoamericanas y sigue su evolución a partir del flujo y contraflujo propios del momento de crisis y conflicto que vivimos social y políticamente.

En la figura 1 se presenta un esquema que facilita la comprensión de los niveles de realidad implícitos, los protagonistas y las posibles relaciones que se han establecido en la complejidad que caracteriza la promoción de la salud, e identifica algunos de los elementos conceptuales que necesariamente deben ser tomados en consideración para trabajar de forma estratégica por la consolidación de la promoción de la salud, no de forma episódica o puntual como hasta ahora se ha hecho en algunos países o regiones, sino más como cultura orientadora de políticas públicas de Estado, superando los periodos cortos y la transitoriedad de las políticas de gobierno.

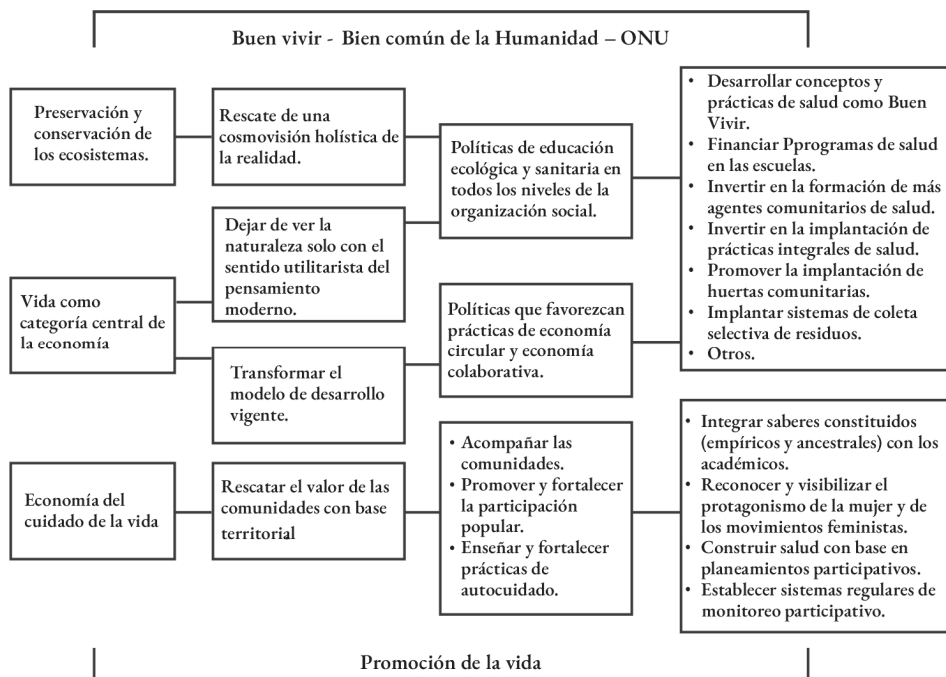
Por último, es necesario señalar que para seguir avanzando en la implementación de la promoción de la salud como cultura, desde una perspectiva mayor de su comprensión, necesariamente debe ser abordada transdisciplinariamente, comprendida desde una perspectiva de visión sistémica de complejidad, frente a su diversidad de niveles de realidad y desde la lógica del tercero incluido, procurando así romper con el pensamiento lineal tradicional, que ya no responde más a las actuales demandas que nos desafían y que nos movilizan hacia la recuperación de una ética colectiva para trabajar en favor de la vida, que debe pasar a ser entendida como categoría central de la economía y de la política.

¹⁰⁷ Brown, T.C., Cueto, M y Fee, E. (2006). La Organización Mundial de la Salud y la transición de la "Salud Internacional" a la Salud Global". En M. Cueto y V. Zamora (Eds.), *Historia, Salud y Globalización*, pp. 69-101.

¹⁰⁸ Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Tanja, A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61690-6)

¹⁰⁹ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ediciones Journal S.A.

Figura 1. Mapa conceptual y estratégico del Buen Vivir



Fuente: Elaboración propia

Experiencias de implementación de la promoción de la Salud desde el Buen Vivir

Ejemplos de esta reorientación del Estado y de la sociedad civil, y de su relación, son ofrecidos en las constituciones políticas de Ecuador y de Bolivia que han tomado el Buen Vivir como un componente esencial del desarrollo, pero de un desarrollo distinto al hegemónico, en el cual desligan la economía o el crecimiento económico como su único centro, para reorientarse en diálogo con la ecopedagogía y, por lo tanto, con la determinación social y colectiva de la salud, hacia una cultura de la vida y de su cuidado, siendo en sí mismas una representación de la acción de la promoción de la salud desde este enfoque.¹¹⁰

Las experiencias de Bolivia y Ecuador han significado, desde sus fortalezas y debilidades, la construcción de una alternativa a la crisis múltiple y sistémica, oriunda del modelo neoliberal vigente y de formas de opresión que nos afectan

¹¹⁰ Schavelzon, S., *op. cit.*

a todos y que, aunque solapadamente, no permite la instauración definitiva y global de la promoción de la salud. A partir de estas experiencias, parece viable y coherente integrar los conceptos del Buen Vivir y de la promoción de la salud a las realidades latinoamericanas.

A través de este mapa conceptual y estratégico del Buen Vivir, podemos concebir un modelo de sistematización de las experiencias latinoamericanas de promoción de la salud que incorporan elementos del enfoque del Buen Vivir, en función de las líneas de trabajo de la promoción de la salud. Se desarrolla en cada experiencia un marco conceptual y estratégico que conduce hacia el *buen vivir* a partir de las distintas dimensiones consideradas necesarias para proteger y promover la salud y, las áreas claves a cuidar en cada dimensión, para lograr metas compartidas y orientadas a la integración de los derechos.

Presentamos a continuación algunas experiencias de promoción de la salud con resultados asociados en diferentes dimensiones del Buen Vivir que refuerzan la conceptualización desarrollada en este capítulo. Cada una de ellas se inscribe y da cuenta de diversos modos de vinculación y relación con el Estado a través de dinámicas territoriales que se expresan en políticas públicas, en procesos de participación social que promueven nuevas prácticas asentadas en la revalorización de las culturas locales, las relaciones de sostenibilidad de la actividad económica con el medio ambiente, el respeto a los ecosistemas y la recuperación de la vida en comunidad.

Estas experiencias van desde la Clínica Ambiental en la Amazonía ecuatoriana, pasando por la experiencia de los diálogos ciudadanos en Chile para la formulación del reglamento de la ley de composición y publicidad de los alimentos, la experiencia de liderazgos comunitarios para la paz y ambiente en el Pacífico colombiano, y el programa de salud ambiental en Sao Paulo, Brasil. Estos territorios, tan diversos y complejos, tienen en común la construcción de procesos enmarcados en la promoción de la salud desde una perspectiva del Buen Vivir. En el caso de Ecuador (ver *Experiencia de la Clínica Ambiental y Unión de Afectados por las operaciones Petroleras de Texaco* (UDAPT)), por ejemplo, partimos desde una situación de un territorio en conflicto, donde los derechos por la salud y el cuidado del ambiente subyacen a una visión extractivista. En este escenario, los pobladores amazónicos se han mantenido en una lucha constante, a través de protestas sociales y experiencias de apoyo solidario, sustentadas en la economía solidaria, la agroecología, el arte y la permacultura, para frenar y resistir a las políticas extractivistas que han ocasionado dolor y

muerte dentro de las poblaciones. En ese mismo contexto, la experiencia de los comités de reparación es una muestra de la puesta en marcha de las dinámicas sociales que plantean formas alternativas, amigables con el ambiente y respetuosas de la cultura local, como una forma de proteger y recuperar los daños ocasionados por las petroleras.

La importancia de la participación social y de su influencia en las políticas públicas se hace evidente en la experiencia de los *diálogos ciudadanos para la formulación del reglamento de la Ley 20606 de composición y publicidad de los alimentos*. Resalta aquí la participación ciudadana para la formulación de políticas públicas como el etiquetado de alimentos y el control y regulación en la publicidad y venta de comidas procesadas o ultraprocesadas. Es importante mencionar el valor de la organización social comprometida con la alimentación saludable a través de estrategias que fortalecen la solidaridad y el consumo responsable, como las ferias libres para la producción y promoción de alimentos saludables y el involucramiento de las familias a través de procesos para recuperar patrones culturales en torno a la alimentación.

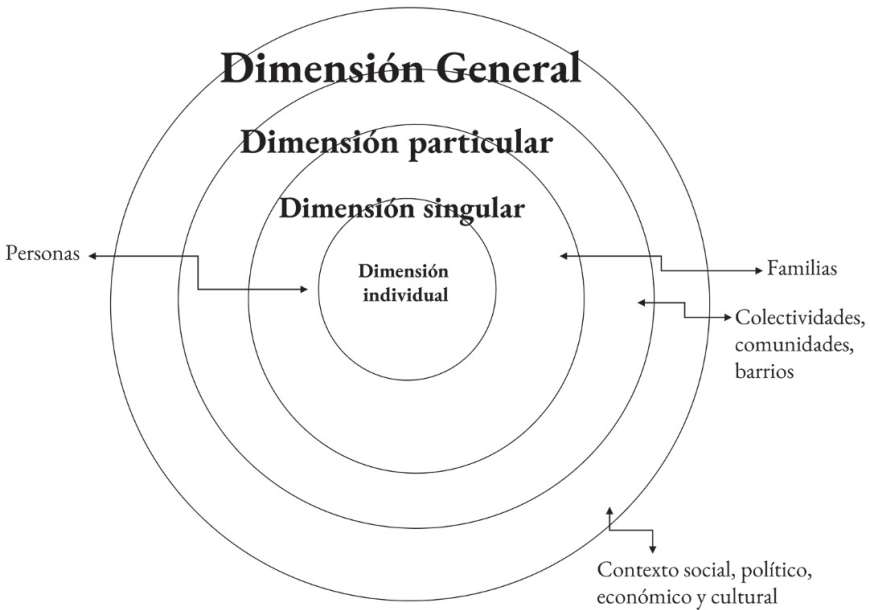
La experiencia del *Derecho a la paz, al territorio y los recursos naturales. En contra del modelo extractivista y de despojo de la población afrocolombiana* nos vuelve a colocar en un territorio en conflicto, donde otra vez, es la organización social, en este caso de la población afrocolombiana, la que promueve la lucha por el espacio donde se garanticen los derechos humanos y el Buen Vivir. Esta lucha se da en contraposición a una política que pretendía desalojar forzosamente a la comunidad afrodescendiente.

Finalmente, presentamos la experiencia del *Programa Ambiental Salud - Prácticas Integrativas y Complementarias en Salud (PICS)* en Brasil, que propone una estrategia para el fortalecimiento de la promoción de la salud vinculada al quehacer del gobierno local, en este caso de la Secretaría de Salud, mediante prácticas que integran elementos como espacios saludables a través de la generación de huertas familiares o parques para promover la actividad física, así como para fortalecer las relaciones intergeneracionales y los saberes tradicionales, como el uso de plantas medicinales.

Experiencias de promoción de la salud, hacia un Buen Vivir en América Latina

Para presentar las experiencias se sigue una ruta de análisis que considera elementos protectores o áreas a cuidar: derechos humanos, derechos de la naturaleza, derechos económicos, sociales y culturales, derechos colectivos y metas, en las dimensiones individual (personas), singular (familias), particular (comunidades o barrios) y general (el contexto social, político-económico y cultural) (Figura 2). Plantea, además, principios orientadores. Estas dimensiones son analizadas bajo el enfoque de derechos: humanos, de la naturaleza, económicos, sociales y culturales, y derechos colectivos. Se incluye también, para cada experiencia las metas a alcanzar y sus principios orientadores. Este apartado es una oportunidad para ver las apuestas conceptuales en prácticas de diferentes países.

Figura 2. Reproducción social en las dimensiones general-particular-singular, propuestas por Breilh



Fuente: Elaboración propia con base en la propuesta de dimensiones planteada por J. Breilh.
http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002

1. Experiencia de la Clínica Ambiental y Unión de Afectados por las operaciones Petroleras de Texaco (UDAPT)¹¹¹

País: Ecuador. Fecha: 14 de marzo de 2020.

Derechos humanos:

Dimensión general:

En un contexto de extractivismo petrolero, existen las denominadas “zonas de sacrificio” que afectan a la población que convive en los territorios petroleros, donde el uso de mecheros que queman el gas y la ocurrencia de derrames continuos, contaminan aire, suelo y agua. En esos territorios, la población ha decidido hacer visible, a nivel nacional, los impactos de esa exposición, a fin de que la sociedad reconozca las amenazas y los tóxicos con los que el Estado y las empresas exponen a la población. Por eso lanza la campaña “*Eliminen los mecheros que encendemos la vida*”, a la que se sumaron varias organizaciones a nivel nacional.

Dimensión particular:

Las comunidades deciden activarse y empezar a actuar de manera autogestionada a través del arte (talleres de mullos y pintura) y con la música (escuela de música), pero, sobre todo, con un grupo de mujeres “terapeutas” que se forman en terapias alternativas (reflexoterapia, *tapping*, biomagnetismo, apiterapia, fitoterapia, etc.) que permiten hacer un abordaje más autónomo para los pacientes con cáncer. De forma paralela, se crea el Registro Biprovincial de Tumores (en las provincias petroleras de Sucumbíos y Orellana), para medir el número de personas con esta enfermedad y el alcance de la gravedad.

Dimensión singular:

Las terapias se enseñan a los familiares de los pacientes con cáncer para que sean activos y no solo estar a las órdenes de las indicaciones médicas.

¹¹¹ Referencias: www.clinicambiental.org y www.udapt.org. Sistematizado por Adolfo Maldonado. Correo electrónico: clinicambiental@gmail.com

Dimensión individual:

Se genera una terapia ocupacional y celebrativa que permita al paciente con cáncer recuperar su palabra, sus habilidades y sus opiniones, en un intento de recuperación de la dignidad y de la voluntad de vivir.

Derechos económicos, sociales y culturales:

Dimensión general:

Ha sido tradicional, desde el Estado, la persecución a los campesinos que buscan darle a sus productos un valor agregado, pues el Estado persigue estas prácticas con la obligación de registros sanitarios que implican la aplicación de ácidos como conservantes de las comidas. Esto impide que puedan comercializar productos elaborados, como mermeladas, café u otros, de manera artesanal. El mismo registro sanitario para las industrias es el que se aplica a las familias. No hay un registro familiar.

Dimensión particular:

Se ha generado un Sistema Participativo de Garantías (SPG) que mide la construcción de la utopía a nivel personal, familiar y comunitario. Le da una especial importancia a la alegría y las celebraciones. Se denomina Sistema RICA (Reparación Integral Comunitaria Alterativa). Se ha iniciado un programa de formación para llegar a ser Guardianes del Suelo y poder sanar el suelo que las empresas y el Estado han destruido con su contaminación.

Dimensión singular:

Las familias han impulsado las denominadas “ferias de la esperanza”, en las que cada mes sacan sus productos a comercializar, completamente limpios de agrotóxicos y con celebraciones de música y bailes.

Dimensión individual:

En estos espacios se comparten con los enfermos, y entre ellos, los alimentos producidos en la huerta y se venden los productos de los talleres de manualidades, así como los propios con valor agregado de las fincas.

Derechos colectivos:

Dimensión general:

La mencionada renuncia de los gobiernos a la defensa de la población en la Amazonía ecuatoriana ha hecho resurgir dinámicas de solidaridad.

Dimensión particular:

Los comités de reparación son grupos de cinco personas que se capacitan para recuperar los suelos, conseguir agua potable, establecer un sistema de salud acorde a las necesidades, poder detectar y dar seguimiento a los enfermos de cáncer y rescatar los elementos culturales que se han perdido y que significaron elementos de unidad entre los pueblos. Estas cinco áreas de trabajo se adoptaron tras la sentencia contra la empresa Texaco por los abusos que cometió contra la población en Ecuador. Un informe de salud de 2017, realizado con investigación y acción participativa (IAP), fue el origen de esta propuesta.

Dimensión singular:

Las familias se capacitan en diferentes áreas para participar en estos comités, que se reúnen de manera autónoma para dar respuestas a sus necesidades.

Dimensión individual:

Las personas se capacitan para que en un futuro no muy lejano puedan dar respuestas colectivas y consensuadas a sus necesidades.

Metas:

Dimensión general:

Hacer visible la situación de la población que empresas y gobiernos han aceptado sacrificar en las zonas extractivas.

Dimensión particular:

Construir un proceso de emancipación que permita recuperar la solidaridad entre la población, así como sus prácticas comunitarias de trabajo y recuperar las celebrativas.

Dimensión singular:

Recuperar, desde la alegría, las relaciones intrafamiliares y con la naturaleza.

Dimensión individual:

Recuperar la coherencia de conocimientos habilidades y actitudes en personas fragmentadas por la presión empresarial del extractivismo.

Principios orientadores: Proceso emancipatorio, soberanía, solidaridad, sustentabilidad, alegría, dignidad.

2. Experiencia de los diálogos ciudadanos para la formulación del reglamento de la Ley 20606 de composición y publicidad de los alimentos¹¹²

País: Chile. Fecha: 05 de marzo de 2020.

Derechos humanos:

Dimensión general:

Participación ciudadana en la formulación de políticas de salud pública.

Dimensión particular:

Ordenanzas municipales que prohíben la venta de comida chatarra en el entorno de establecimientos educacionales. Organizaciones de la sociedad civil comprometidas en estrategias de alimentación saludable (ferias libres, organizaciones de pequeños agricultores, asociación chilena de municipalidades, entre otros).

Dimensión singular:

Inclusión de las familias a través de la campaña “el plato de tu vida” que recupera la convivencia familiar entorno a la alimentación.

¹¹² Referencias: https://dipol.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/Orientaciones-T%c3%a9cnicas-DI%c3%81LOGOS-CIUDADANOS-2016.pdf. Sistematizado por Anselmo Cancino. Correo electrónico: anselmo.cancino@gmail.com

Dimensión individual: Conocer los riesgos a la salud individual al consumir alimentos con nutrientes críticos.

Control social de la ciudadanía de la publicidad.

Derechos de la naturaleza:

Dimensión general:

Recuperar la valoración de las prácticas tradicionales de producción alimentaria (agropecuarias, hortofrutícolas, marinas) para la alimentación humana con pertinencia cultural y territorial.

Dimensión particular:

Apoyo de organizaciones de feriantes (pequeños mercados) para la producción y promoción de la alimentación saludables.

Dimensión singular:

Recuperación de patrones culturales de las familias en torno a la alimentación (huertos familiares, intercambio entre familias de productos naturales, otros).

Dimensión individual:

Mayor valoración de los individuos de su entorno natural y mayor conciencia ecológica.

Derechos económicos, sociales y culturales:

Dimensión general:

Regulación de la industria alimentaria fortaleciendo la capacidad rectora del Ministerio de Salud.

Dimensión particular:

Aumenta el control de la publicidad de los alimentos por parte de colectividades, comunidades y barrios.

Dimensión singular:

Recuperación de dinámicas de protección y cuidado de la vida familiar en torno al acto de la alimentación.

Dimensión individual:

Valoración del derecho a estar informado sobre la composición de nutrientes críticos de los alimentos para decisiones de consumo.

Derechos colectivos:

Dimensión general:

Define límites para determinar el alto contenido de energía, grasa saturada, azúcares y sodio en los alimentos.

Incorporación del mensaje “Alto en” en el etiquetado frontal que indica cuales alimentos superan los límites establecidos, de manera visible y de fácil comprensión, a través de un octógono negro con letras blancas.

Dimensión particular:

Consolidar sistemas de protección y cuidado de la salud en colectividades, comunidades y barrios.

Dimensión singular:

La familia es el principal agente formador en la construcción de hábitos saludables en niños y niñas.

Dimensión individual:

Mayor adhesión de la ciudadanía a organizaciones que participan de la elaboración del reglamento de composición de los alimentos y su publicidad.

Metas:

Dimensión general:

Prohibir todo tipo de comercialización, expendio y *marketing* de los alimentos que superen los límites establecidos en los establecimientos educativos de nivel parvulario, básico y medio.

Dimensión particular:

Lograr que los municipios, en forma progresiva, generen ordenanzas y otras regulaciones locales que fiscalicen el cumplimiento de la Ley y promuevan el comercio de alimentos saludables (ferias libres, mercaditos y recuperación de patrones alimentarios tradicionales).

Dimensión singular:

Las familias recuperan prácticas tradicionales de alimentación en base a su realidad territorial y cultural.

Dimensión individual:

Los individuos, en forma incremental, realizan decisiones informadas sobre el consumo de alimentos en el mercado.

Principios orientadores: Protección, cuidado, soberanía, territorialidad, sustentabilidad, equilibrio.

3. Experiencia del derecho a la paz, al territorio y los recursos naturales. En contra del modelo extractivista y de despojo de la población afrocolombiana¹¹³

País: Colombia. Fecha: 10 de marzo de 2020.

Derechos humanos:

Dimensión general:

Por el desplazamiento forzado que ha ocasionado el conflicto armado interno en Colombia, las comunidades organizadas realizan acciones colectivas para y por el cuidado del territorio, de la vida humana y de la vida

¹¹³ Referencias: Documental sobre liderazgos comunitarios en el Pacífico colombiano con el reconocimiento mediante premio: paz y ambiente La Toma, https://www.democracynow.org/es/2018/5/23/la_lucha_de_la_activista_afrocolombiana Entrevista periodista: <https://www.youtube.com/watch?v=fY6vtlW2F5Q&list=LLNLrGg1lJBXH-LEXQ20s2vkg&index=627>. Sistematizado por María Carolina Morales Borrero. Correo electrónico: mcmoralesb@unal.edu.co

en comunidad. Se apoyan para esto en el liderazgo comunitario, en algunas de las declaraciones y pactos universales sobre Derechos Humanos (DD. HH.), los lineamientos de la Comunidad Andina y de UNASUR.¹¹⁴ En general, las comunidades se arriesgan, exponen su vida por y para la defensa, exigencia y cuidado de los DD. HH. por la paz, y por el derecho a la tierra y al territorio con todos sus recursos. La alarma crece ante el genocidio: el asesinato de personas líderes sociales en Colombia desde el ascenso al poder del presidente a cargo.

Dimensión particular:

La lideresa Francia Elena Márquez y las comunidades de la región del Pacífico sudoccidental de Colombia se movilizan permanentemente y contribuyen a fortalecer y estimular la participación de todos y todas, a mitigar y, paulatinamente, a detener la extracción ilegal de oro por parte de corporaciones multinacionales en sus tierras ancestrales. Enfrentan atentados, rechazan amenazas y resisten cooptaciones por parte de los actores interesados en la explotación del oro, en el modelo de desarrollo capitalista y de guerra.

Dimensión singular:

La resistencia familiar y comunitaria en las minas y en las zonas cercanas a las minas se orienta sobre todo al derecho a la vida, al trabajo y a la salud integral en la minería. Las mujeres tienen su familia en las minas, viven de ellas y deben buscar formas de organización para no perder la familia.

Dimensión individual:

La gestión de la lideresa Francia Márquez permitió visibilizar la fuerza y la lucha de las mujeres, por lo que recibió el Premio Goldman de Paz y Ambiente. Este premio ha sido una insignia de paz en todo el territorio colombiano.

¹¹⁴ Organización Internacional para las Migraciones. (2016). *Guía elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en el sistema de atención y reparación integral a las víctimas*. <http://hdl.handle.net/20.500.11788/1661>

Derechos de la naturaleza:

Dimensión general:

El negocio global extractivista por los recursos naturales, minero/energéticos y humanos conlleva a la vulneración de todos los derechos. El Estado colombiano es activo, ha cohonestado con este modelo de desarrollo extractivista, por lo que es cómplice, como actor y como arena de este conflicto. Se le denomina por ello *estado narco extractivista, estado débil*. No facilita la paz, al contrario, no firma los acuerdos de paz con el Ejército de Liberación Nacional (ELN), favorece la guerra, y sabotea la Justicia Especial para la Paz de Colombia. En este contexto político, las comunidades comparten capacidades, toman la experiencia del derecho al buen vivir de la Constitución Política de otros pueblos como Ecuador y Bolivia. Se basan en normas de la OIT para la consulta previa y el derecho a la vida humana y a la vida no humana.

Dimensión particular:

En 2014 hubo marchas; entre ellas, una movilización de mujeres, que, durante 10 días, recorrió 350 kilómetros desde el Cauca hasta Bogotá. Se buscó apoyo de otros gobiernos. Se logró el cese de las operaciones mineras ilegales y remoción de toda la maquinaria. No fue una acción fácil ni rápida, hubo amenazas de corporaciones multinacionales y de paramilitares. Lo único que permitió revertir fue la resistencia comunitaria y colectiva.

Dimensión singular:

Resistencia familiar y comunitaria en las zonas cercanas a las minas. Hicieron pacto comunitario para el cuidado del agua, y del aire.

Dimensión individual:

Los niños y niñas aprenden al lado de las familias a cuidar el agua, la tierra y a cultivar los recursos que los enriquecen.

Derechos económicos, sociales y culturales:

Dimensión general:

La salud y el derecho a la salud, desde la Observación General n.º 14 de 2000 en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se entiende como el disfrute del más alto nivel posible de salud. Las comunidades siguen trabajando con la sabiduría ancestral y las prácticas de la medicina tradicional, con sabedores, yerbatero/as, curanderas/os, quienes siempre han acompañado el proceso de sanación y de curación; la ausencia del sistema de salud y de seguridad social, ha permitido constatar esta manera de atender los problemas de salud.

Derechos colectivos:

Dimensión general:

Derecho a la paz, a la salud, a la justicia ambiental.

Se enfrenta un contexto político adverso que reúne a actores claves tales como: fiscal, ministro del interior, vicepresidenta, presidente; las comunidades reconocen que solamente de esa forma, actuando políticamente, logran realizar el derecho a la paz y a la vida en la comunidad.

Dimensión particular:

Después del atentado en Santander de Quilichao, en el departamento del Cauca, en contra de la comunidad, con 16 miembros de la Asociación de Consejos Comunitarios del Norte de Cauca, Aconc, se observa el derecho a la solidaridad, el derecho a la vida y a la minería como recurso comunitario. Se respaldan los derechos de las mujeres.

Dimensión singular:

Las comunidades se organizan a través de mingas, encuentros y recetas comunitarias.

Dimensión individual:

Una mujer del colectivo afro del Pacífico colombiano difunde el cuidado de la vida, del agua, aire, alimentos, de la vida social y comunitaria.

Metas:

Dimensión general:

Implementar acuerdo de paz en Colombia. Salida negociada al conflicto armado interno.

Concretar políticas antipatriarcados, anticapitalismo salvaje, antiracismo, decoloniales.

Dimensión particular:

Expresión libre de feminismos negros, decoloniales.

Dimensión singular:

Comisión étnica permanente por la paz.

Dimensión individual:

Realización de los derechos de las mujeres, de las comunidades vulnerables.

Principios orientadores: Democracia y justicia social, equidad, abolición de esclavitud. Emancipación de comunidades y de mujeres/comunidades afro.

4. Experiencia del Programa Ambiental Salud. Prácticas Integrativas y Complementarias en Salud (PICS) de la Secretaría de la Salud (Guarulhos, San Pablo, Brasil)¹¹⁵

País: Brasil. Fecha: 14 de marzo de 2020.

¹¹⁵ Referencias: Prefeitura de Guarulhos Oficial. [Nombre de usuario en Youtube] (3 de septiembre de 2018). *Saúde Com Você #3*. [Video]. Youtube. <https://youtu.be/Rkvr6RRoO1E?si=EMx6nUOPcJfKls-z> Sistematizado por Roberto Marcondes.

Derechos humanos:

Dimensión general:

Salud integrada a la conciencia ambiental. Garantizar atención integral a través de las PICS.

Dimensión particular:

Desde la equidad y por construcción colectiva garantizar el acceso a la salud.

Dimensión singular:

Fortalecer las relaciones intergeneracionales.

Dimensión individual:

Construcción del auto, hetero y ecoconocimiento y formación.

Derechos de la naturaleza:

Dimensión general:

Promover la comprensión de los impactos de las actividades humanas sobre la naturaleza.

Dimensión particular:

Trabajo integrado con huertas, como herramienta de promoción de la salud, y con biomapas.

Dimensión singular:

Valorizar los saberes tradicionales para la salud a través del uso de hierbas medicinales.

Dimensión individual:

Uso de los recursos de la naturaleza para el autodesarrollo.

Derechos económicos, sociales y culturales:

Dimensión general:

Reducir los hábitos medicamentosos y los costos financieros fortaleciendo la promoción de la salud y los saberes tradicionales con conocimiento de la naturaleza.

Dimensión particular:

Fortalecer la promoción de la salud desde las PICS construyendo huertas comunitarias integrando saberes populares y servicios de salud.

Dimensión singular:

Uso de estos recursos (PICS, huertas y biomapas) para prevención de enfermedades y promoción de la salud familiar.

Dimensión individual:

Uso de estos recursos (PICS, huertas y biomapas) para el desarrollo personal.

Derechos colectivos:

Dimensión general:

Fortalecer los valores de intersectorialidad, colectividad y control social integrados al uso sostenible de la naturaleza.

Dimensión particular:

Fortalecer la participación y el control social a través de los Consejos Gestores de los Servicios de Salud.

Dimensión singular:

Garantizar las vivencias colectivas en las comunidades, valorizando las relaciones intergeneracionales

Dimensión individual:

Fortalecer la construcción de conocimientos individuales a través de las vivencias en la colectividad.

Metas:

Promover construcción de conocimientos desde la sostenibilidad y el desarrollo integral por medio de las PICS.

Principios orientadores: Sostenibilidad, intersectorialidad, control social, autonomía, dignidad, solidaridad, descentralización, territorialidad, reciprocidad, complementariedad, interdependencia, protección soberanía, respeto a la identidad y a la diferencia.

Bibliografía

- Acosta, A. (2010). El buen vivir, la utopía por (re)construir. En J. Sempiere, A. Acosta, S. Abdallah, y M. Ortí, *Enfoques sobre bienestar y buen vivir* (págs. 11-28). Madrid: CIP-Ecosocial.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
- Brown, T.C., Cueto, M y Fee, E. (2006). La Organización Mundial de la Salud y la transición de la "Salud Internacional" a la Salud Global". En M. Cueto y V. Zamora (Eds.), *Historia, Salud y Globalización* (pp. 69-101). IEP/UPCH.
- Casallas, A. L. (2019). *Aportes y desafíos de la salud colectiva latinoamericana una perspectiva histórica*. [Tesis de doctorado, Universidad Andina Simón Bolívar]. UASB-DIGITAL. <http://hdl.handle.net/10644/6828>
- Choquehuanca, D. (31 de enero de 2010). Los 25 postulados para "vivir bien". *Diario La Razón*, 69-89.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ediciones Journal S.A.
- Maldonado, L. (2009). El Sumak Kawsay como alternativa al desarrollo. En *Seminario Interculturalidad y Salud*.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Tanja, A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61690-6)
- Morales Borrero, M.C. (Ed.). (2017). *Salud Colectiva y Salud Pública, ¿se está hablando de lo mismo?* Universidad Nacional de Colombia.
- Organización Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y Organización Mundial de la Salud (2005).

- RBC. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad: documento conjunto de posición.* Organización Mundial de la Salud. <https://www.ilo.org/es/publications/rbc-estrategia-para-la-rehabilitacion-la-igualdad-de-oportunidades-la>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2016). *Guía elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en el sistema de atención y reparación integral a las víctimas.* <http://hdl.handle.net/20.500.11788/1661>
- Organización de las Naciones Unidas. (1994). *Conferencia Internacional sobre Poblaciones y Desarrollo.* Informe Mundial Sobre Población y Desarrollo, Cairo.
- (1995). *Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer.* Beijing: ONU.
- (30 de mayo de 2015). Resolución 70/1 "Transformar nuestro mundo la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible". Washington, Estados Unidos. Recuperado el 30 de julio de 2016, de www.un.org/sustainabledevelopment/e
- Organización de Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2 de mayo de 2016). Observación General n.º 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Viena.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Iniciativa mundial para la maternidad sin riesgo.*
- (2004a). *Definitions. Progress in Reproductive Health Research.* OMS.
- (2004b). *Estrategia Mundial de Salud Sexual y Reproductiva.* <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-04.8>
- (2016). *Estrategia Mundial por la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente 2016-2030.*
- Prefeitura de Guarulhos Oficial. (3 de septiembre de 2018). *Saúde Com Você #3.* [Video]. <https://youtu.be/Rkvr6RRoO1E?si=EMx6nUOPcJfKls-z>
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud.* Siglo XXI Editores.
- Sacher, W. (2019). Naturalismo moderno y corrientes del ecologismo. *Ecología Política*, (58), 10-18. https://www.ecologiapolitica.info/wp-content/uploads/2019/12/058_Sacher_2019wxyd.pdf
- Schavelzon, S. (2015). *Plurinacionalidad y Vivir Bien/Buen Vivir. Dos conceptos leídos desde Bolivia y Ecuador post-constituyentes.* Ediciones Abya-Yala.

Sempere, J. (2010). Autocontención: mejor con menos. En J. Sempere, A. Acosta, S. Abdallah, & M. Ortí, *Enfoques sobre bienestar y buen vivir* (pp. 5-10). CIP-Eco-social.

Capítulo 4

Equidad y promoción de la salud

Ana Lucia Casallas Murillo, Ingrid Gómez Duarte y
Nancy Jeanet Molina Achury

Introducción

La redacción de este capítulo se constituyó en un desafío y, a la vez, en una oportunidad, para abordar las inequidades sociales y de salud en el contexto actual de grandes retos, tales como la crisis climática, los crecientes conflictos bélicos y el incremento sostenido de indicadores de pobreza y exclusión. Como respuesta a ello, la premisa inicial es establecer la promoción de la salud desde una perspectiva de pensamiento crítico, a partir de identificar el Buen Vivir y la alteridad como referencia para la acción, lo cual implica abordajes más amplios que la ausencia de enfermedad¹¹⁶ y superar las nociones de la *Historia Natural de las Enfermedades*¹¹⁷ o el marco praxeológico de las “funciones esenciales de la medicina”.¹¹⁸

Se parte de tomar distancia de la acepción sobre el concepto y las acciones de salud, circunscritas de forma predominante al campo de la fisiología y de la biología. En su lugar, se propone un concepto que articule la dimensión biológica con lo social, que incluya en forma éticamente responsable y sustentable a todos los grupos poblacionales, que introduzca lo subjetivo, que reconozca la potencia y las oportunidades de los sujetos y los colectivos con el objetivo de crear condiciones para el mayor desarrollo de las personas. En otras palabras, no solo tiene cabida “lo científico”, sino que se hace un esfuerzo por articularlo con otras cosmovisiones y prácticas propias.

Este capítulo se propone dialogar con otros textos presentes en este libro en los que se ha detallado ampliamente la concepción de la promoción de la salud y una vi-

¹¹⁶ Organización Mundial de la Salud (2009). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En *Documentos básicos*, Organización Mundial de la Salud, pp. 1-18.

¹¹⁷ Clark, E.G. (1954). Natural history of syphilis and levels of prevention. *Br J Vener Dis*, 30(4), 191-197. <https://doi.org/10.1136%2Fsti.30.4.191>

¹¹⁸ Sigerist, H.E. (1946). *Civilización y enfermedad*. Fondo de Cultura Económica, p. 287.

sión de la salud subsumida por las condiciones materiales, sociales, ecológicas y civilizatorias en las que las personas viven. Esas condiciones determinan su salud o, por el contrario, aumentan las desigualdades sociales y el deterioro en sus condiciones de vida. En este sentido, se hará énfasis en la presentación conceptual de las inequidades, de forma contextualizada para América Latina, articuladas con la respuesta sanitaria. Asimismo, se señalarán algunos límites en la expectativa de recrear la urgencia de ampliar los marcos referenciales de las acciones de promoción de la salud.

Perspectiva sobre el proceso salud-enfermedad como base para las acciones de promoción de la salud

Canguilhem ubicó “lo patológico como un sentimiento de sufrimiento y de impotencia, sentimiento directo de vida contraria, en tanto que la salud va más que la posibilidad de vivir en conformidad con el medio externo, implica la capacidad de instituir nuevas normas”.¹¹⁹

Por su parte, para Sigerist la enfermedad es entendida como la manifestación de un proceso en el cual los organismos vivos son incapaces de adaptarse a los retos que le impone el medio; un proceso referido a la corporeidad que no puede explicarse únicamente por la herencia, entre lo físico y lo mental, sino por condiciones de transformación del medio creadas por el ser humano que generan desigualdades sociales, en una “civilización edificada para el beneficio de los menos a costa de los más”.¹²⁰

Sigerist —quien hizo una reflexión en la primera mitad del siglo pasado sobre cómo el hombre, en su capacidad de “dominio de la naturaleza”, ha podido luchar contra la enfermedad teniendo la “medicina como su arma principal”¹²¹— cuestiona que el concepto de salud se reduzca a ausencia de enfermedad, ya que este concepto que reproduce nuestra sociedad actual al plantear abordajes a las necesidades en salud, por ejemplo frente a la pandemia de COVID-19, que incluyen la “lucha por la vida en los hospitales y centros de salud”, obvia el trabajo desde la atención primaria y los aportes comunitarios en salud en el transcurso de la vida cotidiana. Aclara que, aparte de la medicina y los desarrollos de la salubridad, es también la elevación del nivel de vida de los grupos

¹¹⁹ Canguilhem, G. (1982). *Lo normal y lo patológico*. Editorial Siglo XXI, p. 276.

¹²⁰ Sigerist, H.E., op.cit., p. 279.

¹²¹ *Ibid.*

humanos lo que permite confrontar la enfermedad. Fue un optimista, o un “reduccionista”, al exponer que el progreso de esta civilización puede en algún momento acabar con la enfermedad; soñó con la reorganización de los servicios de salud, con una cobertura cercana a la gente. En sus palabras el trabajador de la salud es empleado público (hombre de ciencia, trabajador social y educador) y la medicina, la esperanza para transformar la enfermedad en salud¹²²

Así, corresponde comprender la salud y las enfermedades humanas como un asunto determinado por las condiciones sociales y económicas de los contextos donde viven las personas. El resultado de dichas condiciones —culturales, históricas, económicas y políticas, entre otras— trasciende el momento del nacimiento de los seres humanos, para ubicarse mucho antes. Han ido moldeando el complejo entramado de las sociedades y su vida actual, así como también la salud de las poblaciones que se desarrollan en ellas; por lo tanto, deben reconocerse las causas sociales de la enfermedad y que lo biológico se encuentra determinado por lo social.¹²³

No obstante, el conjunto de esta visión y sus implicaciones profundas en el sentido de entender la salud-enfermedad como un producto social, histórico, situado, que en últimas expresa el conjunto de relaciones sociales, no es el referente epistemológico, político, económico que orienta hoy las acciones en la política pública dirigida a responder a las necesidades-demandas de salud de la población que materializan la salud como un derecho.

De una visión fragmentada de la salud hacia una la perspectiva integral y compleja como ordenadora de la promoción de la salud actual

Las diversas estrategias que se proponen desde los contextos globales, regionales y locales para abordar las inequidades sociales en salud, a menudo, tienen como base una visión fragmentada de la salud, tanto en su perspectiva conceptual como causal. Desde una *perspectiva conceptual* se ha entendido históricamente la salud en una dimensión dual-dicotómica, con bases también en el “pensamiento racionalista cartesiano”,¹²⁴ que implica, por un lado, la enfermedad y, por otro lado, la salud. Es decir, se entiende la salud como un “estado de bienestar” que se alcanza a partir del control de las enfermedades en las personas

¹²² *Ibid*, p. 281.

¹²³ Donnangelo, M., y Pereira, L. (1976). *La medicina en la sociedad de clases*. Librería Dos Ciudades, p. 58.

¹²⁴ Baeta, M.F. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/index1.htm>

(con predominio de una visión mayoritariamente de causas biológicas). Desde esta perspectiva, se coloca a los profesionales sanitarios como responsables primarios de incidir sobre las situaciones de salud de las poblaciones y, por tanto, se formula una (o múltiples) acciones en correspondencia directa y simple para controlarlas.

En contraste, una visión compleja de la salud entiende que la situación de salud de las personas puede ser el resultado de una serie de elementos de carácter social, que actúan a través de los cursos de vida de las personas. Esto es, una serie de interrelaciones y la mutua potenciación entre otras causas, desde generaciones previas y con incidencia en generaciones futuras, gestadas en el entorno de los individuos, hasta los contextos estructurales y los cambios sociales que ocurren (y han ocurrido históricamente) interconectados a lo largo de la vida de las personas, y que, en su conjunto, explican la situación de salud de las personas y los colectivos.¹²⁵

Esta visión compleja de la salud también permite comprender la generación de estrategias para abordar las inequidades sociales en salud y su interrelación con la equidad, la salud y la promoción de la salud. A continuación, se examinan algunas cuestiones en torno a la situación de inequidad en América Latina, que pueden orientar su abordaje desde una línea de promoción de la salud.

En ese sentido, en América Latina existe una contribución teórica que establece la relación salud-enfermedad-atención desde una perspectiva histórica, social, dialéctica y emancipadora, entendiendo la importancia de la superación de las inequidades entre los grupos humanos, producto de la distribución desigual del poder, los recursos y las condiciones necesarias para producir salud.¹²⁶

Desigualdades sociales en salud en relación con la promoción de la salud

En la actualidad, se acepta que la salud se explica desde un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta. Por tanto, la situación de salud obedece a las determinaciones dadas por las formas de reproducción so-

¹²⁵ Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5–31. <https://doi.org/10.31406/relap2011.v5.i1.n8.1>

¹²⁶ Rodríguez, M.I. (Coord.). (1994). *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. OPS/OMS.

cial como: alimentación, reposo, protección frente al ambiente, recreación, comunicación social e interpersonal, actividades educativas, religiosas, culturales y rituales, acceso a los servicios de salud, entre otras.¹²⁷

En síntesis, la salud y la enfermedad son expresiones de orden social, político y económico, un campo en permanente contienda política y desde esa mirada proponemos comprender la promoción de la salud. En este sentido el análisis de las inequidades permite evidenciar expresiones concretas y posibilidades de acción desde el agenciamiento de espacios colectivos que buscan proponer otras formas de expresión de la promoción de salud.

Sin embargo, se hace necesario diferenciar el análisis entre aquellos autores que utilizan el marco de los determinantes sociales de la salud y que entienden la desigualdad como el producto de las circunstancias de vida y quienes se ubican en la llamada determinación social, que comprenden las inequidades como construcción sociohistórica producto de la distribución desigual del poder.

En relación al primer grupo, la perspectiva de los determinantes sociales de la salud asume que las desigualdades entre las personas generan efectos acumulativos, en este sentido entre más esté expuesta individuos o comunidades a efectos acumulativos deteriorantes, menores posibilidades tendrán de tener una vejez saludable.¹²⁸ Las desigualdades sociales en salud se han definido como las diferencias en los resultados de salud entre distintos grupos socioeconómicos y comprenden tres características: *sistemáticas*, porque corresponden a grupos sociales específicos y aumentan a medida que disminuye su posición social; *socioeconómicas* que dan origen a diferencias en salud, las cuales no están determinadas por factores biológicos; e *injustas*, pues son generadas por condiciones sociales en la distribución, acceso y oportunidades de salud entre grupos sociales.¹²⁹

En esta perspectiva que se propone, Amartya Sen, miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, establece que: “la equidad

¹²⁷ Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe final de la Comisión OMS sobre determinantes sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. https://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf?ua=1

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ Dahlgren, G., y Whitehead, M. (2006). *Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud. Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 2*. Organización Mundial de la Salud.

en salud debe abordarse desde un ámbito amplio de imparcialidad y justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana”.¹³⁰

A esta visión se corresponde una mirada de las acciones de promoción que se circunscriben a potenciar la capacidad del sujeto y los colectivos de enfrentar estas condiciones impuestas por el contexto como un asunto eminentemente individual, o circunscrito a la condición del grupo, sin lograr un análisis más estructural. Acá se ubica la idea de la promoción de la salud como promoción de estilo de vida saludable. Esto se profundizará más adelante.

En contraposición, la epidemiología crítica destaca dos elementos referenciales en relación con el enfoque previo: el primero, los indicadores clásicos de nivel socioeconómico (ingreso, educación, empleo o acceso servicios) que permiten demostrar la desigualdad expresada por injusticia en el reparto o acceso de los bienes y servicios que existen en una sociedad pero que se analizan desde una perspectiva sociocrítica; es decir, más allá del dato, la centralidad es la comprensión y la transformación de las relaciones sociales inequitativas por clase social, géneros, etnias, capacidades diversas que configuran entramados de asimetrías de poder. En otras palabras, mientras la inequidad es una categoría explicativa, la desigualdad es una expresión observable de la inequidad, representada, por ejemplo, en las estadísticas.¹³¹ El segundo elemento, y en coherencia con el anterior, apunta a la inequidad, representada en las relaciones de poder y en la clase social, referida a la apropiación de los recursos y acumulación de orden económico, social y cultural. En este sentido, esta corriente desarrolla la categoría de la triple inequidad: de género, de etnia y de clase social, e incorpora las concepciones históricas, económicas y socioculturales de los sujetos y el reconocimiento de las desigualdades estructurales.

La equidad está vinculada con el concepto del derecho a la salud, como expresión de la dignidad humana. Por lo tanto, está determinada por sus atributos: accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, asequibilidad y calidad de la

¹³⁰ Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*, (55), 14-20. <https://www.re-dalyc.org/pdf/539/53905501.pdf>

¹³¹ Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>

atención sanitaria y de los servicios de salud pública. Estos atributos son esenciales para disfrutar del más alto grado posible de salud.¹³²

En síntesis, la equidad se logra cuando no existen desigualdades en la calidad de vida de los grupos humanos, derivadas de las ventajas o desventajas que resultan de su riqueza, su poder o su prestigio. En tal sentido, las inequidades son desigualdades injustas y evitables. El criterio de justicia para valorar las desigualdades está en la igual dignidad de todos y todas como seres humanos. Tal dignidad implica la posibilidad de desarrollar las capacidades y potencialidades humanas al máximo, de disfrutar las oportunidades y beneficios que la misma sociedad construye, y de ejercer la autonomía como persona o como colectivo, lo cual no es otra cosa que la garantía y la vivencia colectiva de la interdependencia de los derechos humanos.¹³³ Son estas las referencias para la construcción de una nueva visión y praxis de la promoción de la salud.

No obstante, en la región ha primado desde la gestión gubernamental una tendencia en el campo de la promoción de la salud, que prioriza la lógica de los estilos de vida, en coherencia con el modelo económico neoliberal que entiende la salud como un bien de consumo y no un derecho. De esta forma, la urgencia societal en la región es remarcar la idea de “responsabilizar a las personas de su propia salud” para liberar a los Estados y gobiernos de proveer salud, como un bien universal que conciba a las personas como titulares de derechos y garantías que permitan su efectivo ejercicio y exigibilidad. La perspectiva de los estilos de vida individuales no da pie a la construcción de la equidad, por tanto, es necesario recuperar la promoción de la salud desde sus bases epistémicas (ya presentadas) e históricas, replanteando su vigencia para la construcción de modelos de sociedad inclusivos, sostenibles y de mayor justicia social.

Una de las acepciones del concepto promoción de la salud se remonta a 1946, cuando Henry Sigerist la definió como una de las tareas centrales de la medicina. Según él, la promoción de la salud se lograría “proporcionando con-

¹³² Organización de las Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

¹³³ Universidad del Rosario. (2024) *Propuesta técnica diseño de herramientas operativas e incorporación del enfoque de equidad y determinantes sociales en salud (DSS) en la política de primera infancia*. Convenio # 310/13 de cooperación técnica Ministerio de la Protección Social y OPS/OMS.

diciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”.¹³⁴ Desde entonces, varias tendencias han hecho parte de la visión de la promoción de la salud y es, probablemente, la lógica de los estilos de vida saludables una de la más reconocidas y cómodas en tanto ella hace énfasis en la responsabilidad de los individuos hacia su salud y su enfermedad e ignora los múltiples determinantes sociales, políticos, históricos y culturales de los sujetos humanos.

En contraste, la perspectiva de la promoción de la salud alternativa al orden dominante encuentra su génesis en los planteamientos de Sigerist que impulsaron el desarrollo de la medicina social. Para este autor la promoción de la salud tiene que ver con la vida, con la calidad de vida y con el bienestar humano en general; busca convertir a la promoción de la salud en política pública y en objetivo y meta de la vida cotidiana; y plantea que la teoría y práctica de la promoción de la salud tiene que dirigirse esencialmente hacia la reflexión y la acción en defensa del derecho a la vida.

De esta forma, la promoción de la salud debe ser comprendida como una práctica social y no solo como una disciplina científica. Se trata de otorgar un sentido de vida que se apoya en las ciencias, en el arte, en la política y en cualquier otro saber y que tiene un objetivo claramente dirigido hacia las respuestas frente a las necesidades del sujeto concreto, del ser humano encarnado, a quien quien promueve la salud, acompaña desde la alteridad y en la transformación de las realidades injustas e inequitativas social e históricamente construidas, de los sujetos y colectivos.

En ese sentido, se han difundido estrategias dirigidas a conseguir la equidad y promoción de la salud a partir de la explicación sobre asimetrías de poder como la edad, la etnia, la ocupación, el género, la discapacidad y la ubicación geográfica. No obstante, el Estado y los organismos internacionales aún no logran un abordaje sólido y son todavía escasas las iniciativas con resultados exitosos, a pesar del despliegue de investigaciones, conferencias, declaraciones in-

¹³⁴ Sigerist, H.E., *op. cit.*, p. 281.

ternacionales y algunas iniciativas europeas que han apoyado el impulso de políticas en promoción de la salud dirigidas a la reducción de inequidades sociales en salud.¹³⁵

Por su parte, la propuesta de la determinación social de la salud desarrollada por la corriente de la medicina social y la salud colectiva latinoamericana, entre cuyos autores se encuentra Jaime Breilh, resalta como una visión fragmentada de la salud y una perspectiva causal en su interpretación:

no ofrece una crítica directa de la organización social de la sociedad de mercado y de sus rotundas consecuencias en la salud; ni analiza el proceso radical de acumulación económica/exclusión social, como eje de una reproducción ampliada de la inequidad social, ni aborda el metabolismo sociedad naturaleza, al escoger la vía causal deificando categorías analíticas en factores o causas estructurales, que aparecen como abstracciones sonoras pero vaciadas de contenido crítico y de movimiento.¹³⁶

Desde múltiples visiones que comprenden el Estado, las organizaciones sociales y la sociedad en su conjunto, se han destacado algunas iniciativas que intentan promover acciones concretas dirigidas hacia una “otra” promoción de la salud. A continuación, se referencian algunas de ellas.

Estrategias para reducir las inequidades sociales en salud

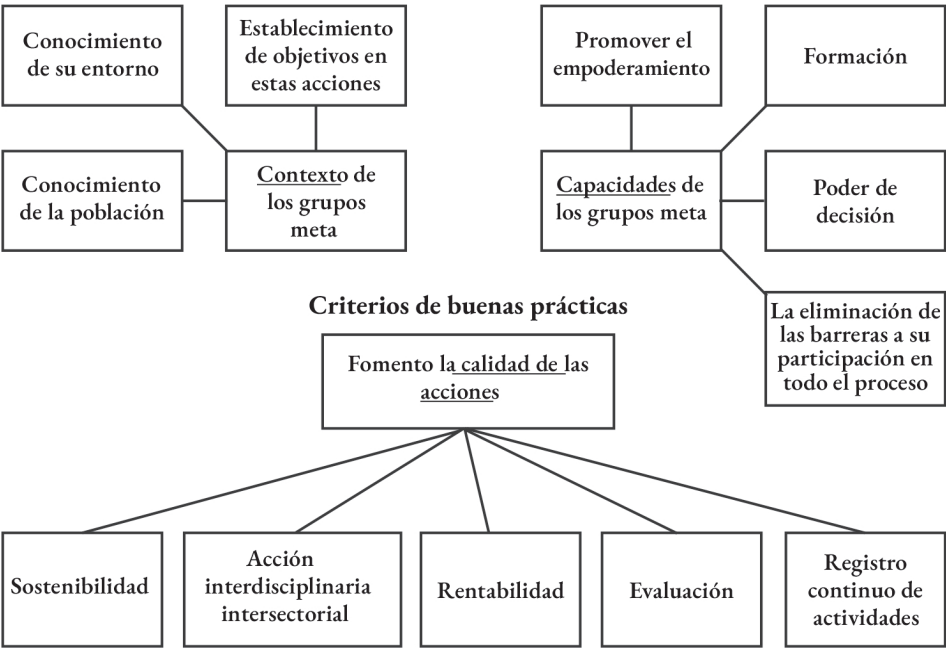
Algunas experiencias internacionales que han indagado sobre las mejoras estructurales en barrios desfavorecidos, específicamente en Alemania, han concluido que las estrategias desde la promoción de la salud para reducir las inequidades sociales en salud deben integrar al menos doce criterios de “buenas prácticas”¹³⁷ como se describe en la siguiente figura:

¹³⁵ Mendivil Calderón, C., Racedo Durán, Y., Meléndez Solano, K. y Rosero Molina, J. (2015). El papel de la Comunicación para el cambio social: empoderamiento y participación en contextos de violencia. *Encuentros*, 13(1), 11-23. <https://doi.org/10.15665/re.v13i1.345>

¹³⁶ Sen, A., *op. cit.*, p. 17.

¹³⁷ Mielck A, Kilian H, Lehmann F, Richter-Kornweitz A, Kaba-Schönstein L. German cooperation-network 'equity in health'-health promotion in settings. *Health Promot Int*. 2018 Apr 1;33(2):318-324. doi: 10.1093/heapro/daw069. PMID: 27594140.

Figura 1. Criterios de buenas prácticas en promoción de la salud



Fuente: Elaboración propia con base en “German cooperation-network ‘equity in health’-health promotion in settings” (pp. 318-324), por A. Mielck, H. Kilian, F. Lehmann, A. Richter-Kornweitz, L. Kaba-Schönstein, 2018, *Health Promot Int.*, 33(2).

Los criterios de esta experiencia se distribuyeron en tres grupos: 1) Criterios básicos, como el concepto del proyecto o medida (la descripción clara y racional de los objetivos y de las actividades), el grupo objetivo (una definición clara del grupo desfavorecido al que quiere llegar el proyecto o medida) y el enfoque del entorno (con inclusión de mejoras estructurales en el entorno); 2) Actividades específicamente adaptadas al grupo objetivo, como su empoderamiento, la participación (con transferencia del poder de toma de decisiones al grupo objetivo), el enfoque de bajo umbral (evitar barreras para participar en el proyecto), un concepto multiplicador (entrenamiento sistemático de personas que podrían actuar como multiplicadores), la sostenibilidad y mejora de la calidad; 3) Sostenibilidad (mejora continua y mayor desarrollo del proyecto) expresada en una estrategia integrada (integración a la red de otras actividades de la comunidad, interdisciplinarias e intersectoriales), la gestión de la calidad

(con una evaluación continua de la calidad de todas las actividades), la documentación y evaluación (continua de todas las actividades) y el costo-efectividad (la evaluación de los costos y los efectos del proyecto).

En contraste, aunque estos criterios pueden pretender un ánimo dinamizador, también pueden favorecer un enfoque con métricas tradicionales y una visión de proyecto estandarizada, limitadas a una lógica normativa institucional que regula la participación desde un abordaje unilateral del conocimiento (“el que poseen las instituciones hacia la comunidad”) y no da cuenta de elementos centrales en la promoción de la salud. Es fundamental que las estrategias apropiadas para reducir las inequidades sociales en salud incluyan aspectos clave como la participación social y comunitaria, así como las estrategias de intersectorialidad que se requiere para un abordaje de las situaciones de salud de las poblaciones desde una mirada que toma en consideración la complejidad de factores del entorno.

Si la promoción de la salud se dirige a reducir las diferencias en el estado de salud de las personas, es una estrategia que puede operar para alcanzar la equidad sanitaria mediante el aseguramiento de la igualdad de oportunidades para el desarrollo del máximo su potencial de salud.¹³⁸ En este sentido, puede potenciar la activación social como medio para lograr el cambio social, y desde este enfoque, la comunidad “toma conciencia de sí misma, sus necesidades y situaciones” para desarrollar acciones alternativas que se convierten en estrategias para el cambio.¹³⁹

En tal sentido, la gestión de las estrategias en su formulación, implementación y evaluación va más allá de la “buena voluntad” y de las capacidades de los prestadores en servicios de atención de la salud. Los lugares complejos de las inequidades son la expresión de aspectos estructurales como el mercado de trabajo, los recursos financieros, las políticas de etnia, género y socioculturales, entre otros. Por ello, las estrategias desde la promoción de la salud, deben ser

¹³⁸ Organización Mundial de la Salud (1986). *Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

¹³⁹ Mendiivil Calderón, C., Racedo Durán, Y., Meléndez Solano, K. y Rosero Molina, J., *op. cit.*, p. 45.

intersectoriales,¹⁴⁰ y garantizar la participación y aporte de recursos de otros actores sociales, mediante la creación de alianzas políticas, sociales y de investigación,¹⁴¹ acciones que implican movilización social y generación de consensos.

Movimientos globales hacia la equidad desde la promoción de la salud

Desde una perspectiva global, el avance de las tecnologías de la comunicación y transporte genera momentos de intercambio ágiles en el conocimiento, información, bienes y servicios, además de procesos económicos, sociales, políticos, ideológicos, ambientales y culturales¹⁴² que impactan y transforman de manera más profunda y duradera las condiciones de vida de las personas, lo que en algunos casos también se traduce en un *empoderamiento ciudadano*.¹⁴³

Fenómenos globales gestados en movimientos sociales se constituyen en emblemas. Ejemplo de ellos es el himno feminista nacido en Chile durante el 2019, que se reprodujo rápidamente a través de redes sociales; un himno cuyo objetivo —en palabras de sus artífices— es “acercar tesis de autoras feministas para difundirse a diversidad de audiencias”¹⁴⁴. Manifiesta el empoderamiento de un colectivo de mujeres a nivel mundial, que protesta contra la violencia patriarcal-machista y lucha por los derechos de las mujeres, que promueve identidad y potencia manifestaciones en varios lugares instalando un ideal de respeto por la figura femenina que permea la unidad y fuerza para la organización y favorece movimientos globales en resistencia contra las desigualdades sociales y desnaturaliza violencias. Esto se evidencia en el aumento del número de denuncias por violencia registradas en instituciones nacionales llamadas a garantizar los derechos humanos y el cuestionamiento a los Estados permisivos de esas violencias.

¹⁴⁰ Mielck, A., Kilian, H., Lehmann, F., Richter-Kornweitz, A., & Kaba-Schönstein, L. (2018). German cooperation-network 'equity in health'-health promotion in settings. *Health promotion international*, 33(2), 318–324. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw069>

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² Franco, G. A. (2000). La salud pública: ciencia en construcción. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(1). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.966>

¹⁴³ Mendivil Calderón, C., Racedo Durán, Y., Meléndez Solano, K. y Rosero Molina, J., *op. cit.*, p. 47.

¹⁴⁴ BBC News Mundo. (17 de septiembre de 2020). "El violador eres tú": el potente himno feminista nacido en Chile que resuena en México, Colombia, Francia o España. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-50610467>

En el 2017, el movimiento *Me Too*, fundado en 2006 por Tarana Burke, se impulsa cuando el productor cinematográfico Harvey Weinstein fue acusado por más de 80 mujeres —entre ellas reconocidas actrices de la industria de cine estadounidense— por violencia sexual. Eso suscitó una gran difusión a través de redes sociales, y la frase se convirtió en un *hashtag* a nivel global para expresar apoyo a las denuncias de agresión contra mujeres.¹⁴⁵ Otros movimientos sociales que ven amplificadas sus repercusiones en el ámbito global mediante las redes sociales incluyen los derechos LGBT, que celebra cada 28 de junio en todo el mundo el Día del Orgullo LGBTIQ+ para reivindicar sus derechos; el movimiento feminista con manifestaciones multitudinarias celebradas el 8 de marzo en todos los países; y el movimiento internacional ecologista Fridays for Future, liderado por estudiantes para reivindicar acciones contra el calentamiento global, que se inició en el 2018 cuando Greta Thunberg de 15 años impulsó una protesta por el. El empoderamiento ciudadano apunta hacia la materialidad de las propuestas teóricas de paradigmas que desde otras orillas del conocimiento aportan críticamente, como el ecosocial el cual se fundamenta en la lucha contra la inequidad, específicamente desde las rutas de encarnación de los efectos de lo social en las personas y su biología.¹⁴⁶

Por su parte la epidemiología crítica trabaja en la construcción popular-académica de una sociedad centrada en la vida, la equidad y la plena bioseguridad (sociobiocéntrica) a partir del conocimiento intercultural, interdisciplinario y basado en la comunidad, que busca la defensa de los derechos. Los aportes de una investigación y monitoreo enfocados en los procesos críticos de la salud, favorecen una nueva civilización que pueda ser saludable y construida sobre los dominios de la determinación social sustentable, soberana, solidaria, saludable/biosegura.¹⁴⁷

Ahora bien, después de esta breve descripción sobre algunos desarrollos y desafíos de la promoción de la salud, previstos desde la institucionalidad de los Estados y organismos internacionales, a continuación, y en sintonía con una

¹⁴⁵ Ramírez-Arce, A. (2022). *Me Too: ¿un movimiento o un momento? (pre)condiciones, (des)igualdades y demandas sociales. Estudios*, 1-17. <https://doi.org/10.15517/re.v0i0.51858>

¹⁴⁶ Krieger, N. (2005). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(5), 350-355. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>

¹⁴⁷ Breilh, J., *op. cit.*, p. 17.

visión de pensamiento crítico, se presenta un análisis centrado en los acontecimientos que ha desencadenado la pandemia de COVID-19 en América Latina y su relación con equidad y promoción de la salud.

Contexto para una reflexión de promoción de la salud en América Latina

En América Latina, el modelo de desarrollo ha seguido claramente las imposiciones de organismos internacionales, que para la década de 1970 se caracterizan por lógicas neoliberales, basadas en modelos de sustitución de importaciones, extractivistas y fuertemente dependientes de los recursos naturales, con una reducción del rol del Estado y procesos de privatización de servicios públicos como educación, salud y seguridad social, mercados de trabajo con altos niveles de informalidad, con insuficiencias estructurales para absorber a toda la fuerza de trabajo y generar empleos de calidad, y sistemas de protección social de baja cobertura y prestaciones muy limitadas.¹⁴⁸

Como resultado de lo anterior, América Latina se caracteriza como la región más desigual del mundo. El 10 % más rico concentra una porción de los ingresos mayor que en cualquier otra región (37 %) y el 40 % más pobre recibe la menor parte (13 %). En este mismo sentido, se reporta que los estratos de ingresos medios siguen enfrentando distintas vulnerabilidades, tales como bajo nivel educacional, baja calidad de la inserción laboral, baja cobertura e insuficiencia de las prestaciones en el sistema de pensiones. Frente a esto, se requiere una mirada más amplia y avanzar en la conformación de sistemas de protección social integrales y con vocación universal, demanda histórica de movilización en la región.¹⁴⁹

¹⁴⁸ Organización de las Naciones Unidas (21 de mayo de 2020). *América Latina explora “seriamente” la propuesta de crear un ingreso básico de emergencia para paliar la crisis del coronavirus*. Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2020/05/1474842>

¹⁴⁹ Organización de las Naciones Unidas (2019) *Informe sobre desarrollo humano 2019. Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI*. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf

Figura 2. Explicaciones de la desigualdad en América Latina



Fuente: Elaboración propia

Por su parte, la CEPAL plantea que, de acuerdo con las encuestas de hogares más recientes disponibles, el índice de Gini alcanza en América Latina un promedio de 0,465.¹⁵⁰ Los valores más bajos, inferiores a 0,400, se registran en la Argentina, El Salvador y el Uruguay, mientras que en Brasil y Colombia superan 0,520. Asimismo, indica que entre 2002 y 2014 en la región se presentó una disminución de la pobreza (de 45,4 % al 27,8 %) y de pobreza extrema (de un 12,2 % a un 7,8 %), así como una mayor intención de ampliar la inclusión social y de extender la protección social, con una expansión de la inversión en lo social y la implementación de políticas de carácter redistributivo y universales en el ámbito social y del mercado de trabajo, con un claro impacto del incremento de los ingresos laborales como factor diferenciador seguido de las transferencias públicas y privadas.

Sin embargo, a partir del 2015 en la región se entra en un nuevo periodo de deterioro de los indicadores: en 2018, alrededor del 30,1 % de la población regional estaba bajo la línea de pobreza, mientras que un 10,7 % se encontraba bajo el umbral de la pobreza extrema. Esta situación de pobreza se expresa de forma diferenciada: es mayor entre los residentes de zonas rurales, los niños,

¹⁵⁰ Promedio para 15 países sobre la base de información de las encuestas de hogares de 2018, excepto Chile, donde corresponde a 2017.

niñas y adolescentes, las mujeres, las personas indígenas y la población afrodescendiente, entre otros grupos.¹⁵¹

Tras estas cifras de concentración de la riqueza y distribución de la pobreza hay varias cuestiones centrales encadenadas, entre ellas, una grave crisis alimentaria, como resultado del modelo de agronegocios que no garantiza la seguridad alimentaria de los países y mucho menos la soberanía y autonomía alimentaria de los pueblos. Esta situación se deriva de procesos de concentración, acaparamiento y despojo de la tierra y los territorios campesinos, indígenas y afrodescendientes para la producción masiva de *commodities* para el mercado global y para los agrocombustibles. Como resultado, enormes ganancias se concentran en muy pocos actores: grandes empresas transnacionales de semillas, de agroexportación, distribución y acopio, sumadas a las corporaciones financieras que utilizan a la producción agropecuaria y las tierras como meras mercancías especulativas. De esta manera, se incentiva el hacinamiento en las grandes ciudades producto de la migración del campo a la ciudad por falta de acceso a la tierra y al trabajo digno.¹⁵²

Esta lógica económica de organizar la producción, no para resolver necesidades fundamentales para la vida, como en el caso de los alimentos, sino para la acumulación, implica su extensión hacia una explotación intensiva de la naturaleza expresada en el incremento de la megaminería, los hidrocarburos convencionales y el *fracking*, el litio y los grandes emprendimientos forestales como base de las economías. Como resultado estamos ante una crisis ecológica severa de progresión lenta, que impacta tanto en los sujetos, en términos de incremento de la morbi-mortalidad, como en la posibilidad de continuidad de la vida misma, en tanto hoy enfrentamos graves problemáticas como la contaminación atmosférica, el deshielo ártico y el incremento de la temperatura global que pone en jaque la supervivencia de la vida en el planeta.

¹⁵¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2019). *Panorama social de América Latina*. Naciones Unidas. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf

¹⁵² Publimetro Colombia (23 de junio de 2020). Gobierno de Duque reporta gastos en salud que no se han hecho. *Publimetro Colombia*. <https://www.publimetro.co/co/noticias/2020/06/23/gobierno-duque-reporta-gastos-salud-no-se-hecho.html>

A la base de estas características en el modelo productivo de la región se encuentra la opción por la financierización¹⁵³ de la vida en general y de los servicios esenciales tales como educación, vivienda y salud, proceso basado en una desregulación financiera en aplicación a las recomendaciones del neoliberalismo para alcanzar la modernización y el desarrollo en la región, opción que ha mostrado su fracaso y su vínculo con el incremento de la pobreza y la desigualdad. Así, en la región se perpetua: a) la dependencia económica y financiera con respecto a los países desarrollados (centro-periferia), b) la falta de un mercado interno que genere efectos multiplicadores, y c) la estructura productiva terciarizada y reprimarizada.¹⁵⁴

Características de la carga de enfermedad y mortalidad en la región

La región sigue haciendo frente a una transición demográfica y epidemiológica. En términos del perfil de morbilidad y mortalidad, se puede señalar como características fundamentales:¹⁵⁵

1. Aumento extraordinario de la presencia de sobrepeso y obesidad en los últimos 20 años y su vinculación con la aparición de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y algunos tipos de cáncer.
2. Permanencia de malaria en 19 países con brotes reiterados; aumento de casos notificados con disminución de la mortalidad de tuberculosis; estancamiento en el número de nuevos casos de SIDA al año (120 000).
3. Eliminación de enfermedades prevenibles mediante vacunación (polio, poliovirus salvajes autóctonos, rubéola, tétanos neonatal, transmisión materno infantil de la hepatitis B).

¹⁵³ Se entiende por financierización “al creciente papel de las motivaciones financieras, los mercados financieros, los actores financieros y las instituciones financieras en las operaciones de las economías domésticas e internacionales”. Guttman, R. (2009). Introducción al capitalismo conducido por las finanzas. *Ola Financiera*, 2(2), 20-59. <https://doi.org/10.22201/fe.18701442e.2009.2.23031>

¹⁵⁴ Soto, R. (2013). América Latina. Entre la financiarización y el financiamiento productivo. *Problemas del Desarrollo*, 44(173), 57-78. [https://doi.org/10.1016/S0301-7036\(13\)71875-3](https://doi.org/10.1016/S0301-7036(13)71875-3)

¹⁵⁵ Organización Panamericana de la Salud (2019). *Indicadores básicos 2019: tendencias de la salud en las Américas*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y

4. Disminución del número de muertes de menores de 5 años (mortalidad de menores de 5 años) y menores de 1 año (mediana de la tasa de mortalidad 15,0 por 1000 nacidos vivos y 13,1 muertes por 1000 nacidos vivos en el 2017, respectivamente). Sin embargo, persisten diferencias importantes entre los países en cuanto a la magnitud y el ritmo de esta disminución.
5. La mortalidad analizada por amplios grupos de causas muestra un predominio de las enfermedades no transmisibles (ENT) (incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y otras) que presentan una tendencia al aumento y representan el 81 % de todas las muertes en el 2016. Entretanto, se observó una disminución gradual en las muertes por enfermedades transmisibles, neonatales, maternas y nutricionales. En términos generales, la mayor diferencia en las causas de defunción entre los hombres y las mujeres es la muerte por causas externas, la cual es notoriamente más alta en los hombres que en las mujeres.
6. Respecto a los factores de riesgo, alrededor del 8 % de los recién nacidos tienen bajo peso al nacer. La desnutrición crónica afecta al 10 % de los niños menores de 5 años, y el 6 % de los niños en el mismo grupo de edad tiene sobrepeso.

La situación de los sistemas sanitarios en la región

Los sistemas sanitarios en la región siguen presentando grandes dificultades: limitaciones de cobertura y acceso por razones geográficas (2 de cada 10 personas no buscan atención médica debido a barreras geográficas), especialmente en poblaciones de zonas rurales y territorios dispersos; por condiciones étnicas (grupos afrodescendientes y pueblos originarios); por ciclo vital (mujeres y niños); y por capacidad económica (tres de cada diez personas en las Américas no tienen acceso a servicios sanitarios por razones económicas; unos 100 millones de personas se ven empujadas a la pobreza extrema (menos de 1,90 dólares al día) debido al pago de los servicios de salud).¹⁵⁶

¹⁵⁶ Organización de las Naciones Unidas (6 de abril de 2018). La desigualdad, el gran enemigo de la salud en América Latina. *Noticias ONU*. <https://news.un.org/es/story/2018/04/1430582>

De otra parte, si bien se ha presentado un incremento en los recursos, siguen siendo insuficientes y, por otro lado, enfrentan un grave problema de eficiencia. La inversión pública en salud sigue bastante baja en algunos países. Los propios Estados miembros de la OPS han decidido que el PIB para la salud alcance progresivamente un 6 %, pero seguimos alrededor de una media del 4 %.¹⁵⁷ Además, se reportan graves problemas de eficiencia en el uso de los recursos impactados por lógicas de privatización y corrupción que hacen que grandes cantidades de recursos públicos no tengan el impacto en resultados en salud esperados.

Al tiempo se observa persistencia en un importante gasto del bolsillo en la región en porcentaje del gasto total en salud (23,9 en 2016) con crecientes brechas de desigualdad. De hecho, la brecha entre el cuartil de los países más pobre y el más rico aumentó entre el 2000 y el 2015. Si bien el cuartil más rico gastaba en el 2015 la mitad de lo que gastaba en el 2000, el cuartil más pobre casi no ha registrado ninguna mejora.¹⁵⁸

En relación con el personal sanitario, se observa que, si bien en las últimas décadas han disminuido los profundos desequilibrios que existían en la fuerza de trabajo en el campo de la salud y ha mejorado la dotación y la disponibilidad de personal en el primer nivel de atención, aún persisten inequidades en la disponibilidad, la distribución y la calidad del personal de salud. Entre los principales obstáculos, se mencionan los débiles procesos intersectoriales en los ámbitos de la gobernanza, la regulación y la gestión; el financiamiento insuficiente para los recursos humanos; la falta de información para apoyar la toma de decisiones y la dificultad que las autoridades nacionales tienen para realizar previsiones sobre las necesidades presentes y futuras de personal de salud y para formular e implementar estrategias a largo plazo.¹⁵⁹

Las inequidades en la disponibilidad, la distribución y la calidad del personal de salud se producen entre países y dentro de los países, así como también entre los niveles de atención y entre los sectores público y privado. Se constata, ade-

¹⁵⁷ *Ibid.*

¹⁵⁸ Organización Panamericana de la Salud, *Indicadores básicos 2019...*, *op. cit.*

¹⁵⁹ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2018). *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023*. <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/CD56-10-s-PdA-RH.pdf>

más, una escasa retención en áreas rurales y subatendidas, altas tasas de movilidad, así como precariedad en las condiciones de trabajo, baja productividad y limitada calidad del desempeño, lo que impide la expansión progresiva de los servicios, sobre todo en el primer nivel de atención. A lo anterior se suma el fenómeno de la migración del personal de salud, que afecta especialmente a los países del Caribe. Adicionalmente, en los lugares en los que se dispone de recursos humanos para la salud, estos no siempre tienen el perfil, las competencias o la capacitación adecuadas para trabajar de acuerdo con un enfoque intercultural y de género.¹⁶⁰

Esta situación es el resultado de las reformas a los sistemas de salud y seguridad social (salud, pensiones y riesgos laborales) que los gobiernos de la región adelantaron centradas en una lógica de privatización y financierización de la seguridad social, en acatamiento a directrices internacionales promovidas a través del Consenso de Washington. Algunos estudios plantean que se pueden caracterizar dos grupos al respecto: reformas centradas en innovaciones de los modelos de aseguramiento, como una estrategia para transformar el sistema de salud y ampliar la cobertura nominal de la población con protección financiera con modelos de atención de atención primaria en salud focalizada con paquete de servicios limitados; y reformas que se centraron en el fortalecimiento y transformación del modelo de atención y organización de los servicios de salud para abordar la fragmentación estructural de los sistemas de salud con modelos de atención primaria en salud con una perspectiva integral, a través del desarrollo de un primer nivel de atención integral que incorpora intervenciones de salud pública con un enfoque basado de derechos humanos, la participación social, el empoderamiento de la comunidad y la colaboración intersectorial. Estos modelos se presentan de forma diversa en los países según su grado de fragmentación y segmentación.¹⁶¹

En ese contexto, Colombia, por ejemplo, como caso emblemático del primer grupo en la región, organiza su sistema alrededor del aseguramiento privado a través de un componente de intermediación que ha significado, por un lado, alta concentración de utilidades en el sector privado, precarización del

¹⁶⁰ *Ibid.*

¹⁶¹ Báscolo, E., Houghton, N. y Del Riego, A. (2018). Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (42), 1-9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>

empleo en el sector salud y pérdida de autonomía profesional y, por el otro, incremento en las desigualdades en salud, lo que contribuye al crecimiento de la inequidad por territorios y poblaciones. La vulneración sistemática del derecho en Colombia ha significado un creciente proceso de exigibilidad jurídica y social evidenciado en el incremento de tutelas y movilizaciones y reivindicaciones por los déficits en el acceso, calidad, integralidad y oportunidad en los servicios, así como un proceso sostenido de reivindicación de los trabajadores del sector en torno a la urgencia de garantizar condiciones de trabajo digno con base en contratación directa y mejora salarial.

En síntesis, se vive en una profunda inseguridad social (que impacta todas las dimensiones de la vida, más allá del ámbito de los servicios de salud) y, en general, la gente sobrevive por procesos autónomos, autogestionados, centrados en la economía informal y, para el caso de salud, con base en prácticas ancestrales y populares hasta tanto la enfermedad grave y la muerte emergen.

En este contexto, la pandemia de COVID-19 profundizó las tendencias presentadas. Una comprensión de la pandemia en la región puede articularse mediante el uso de una matriz interconectada con tres referencias centrales:

- a. Una lógica hegemónica y colonial, que previo a la pandemia y hoy con más ahínco, responsabiliza al individuo de su situación e invisibiliza las condiciones históricamente construidas en su emergencia y en su concentración en territorios y grupos poblacionales, al tiempo que homogeniza en un discurso universal la construcción de la respuesta necesaria en los marcos dominantes instituidos (políticos, económicos, sociales, sanitarios), estimulando centralmente el interés privado sobre el público;
- b. Una lógica de explotación, tanto de la naturaleza como de los seres humanos, construida como base de las relaciones societarias, a favor del interés del capital. Esta pandemia, como las previas, son una expresión del modelo de explotación ilimitado que nos lleva hacia una catástrofe ecológica. Frente a ello, las políticas de confinamiento exceptúan a la base trabajadora de menor calificación como sujetos prescindibles para garantizar el funcionamiento del aparato productivo.
- c. Una lógica patriarcal que refuerza patrones previos del rol de las mujeres en el cuidado como centralidad de la respuesta ante la pandemia.

Así, el cuidado de niños/as, adultos/as mayores, enfermos/as y personas con discapacidad que lo requieran, recae sobre las mujeres; además, se incrementó en etapa de confinamiento y con la sobrecarga de la profundización de la inseguridad alimentaria, económica y de seguridad civil e incluso política. A esto se suma la concentración en las mujeres del cuidado institucional como trabajadoras ampliamente mayoritarias de los servicios de salud, sociales y educativos, en condiciones precarias y con incremento de la exposición a riesgos biológicos y sobrecarga mental/psicosocial. Estas condiciones favorecen el crecimiento de las violencias machistas.

El impacto diferenciado significará un incremento en la desigualdad con proyecciones claras en términos de una importante pérdida de empleos, mayor precariedad laboral y desempleo, crisis alimentaria, crecimiento del sector informal. En este contexto, la CEPAL pronostica la peor contracción económica en la región desde 1930, con una caída del 5,3 % del Producto Interior Bruto, con importante impacto de indicadores económicos.¹⁶²

Paradójicamente, la tendencia en la región se ha orientado hacia el apoyo por parte de los gobiernos al sector privado y empresarial con bajo aporte en términos de políticas de protección social o seguridad social que signifiquen una inflexión a la tendencia prevalente en la región en términos de bajas coberturas y lógicas de focalización.

Las demandas del sector popular se presentan integradas en material alimentario, económico, de salud y de seguridad civil, social y política. En este contexto, se plantea la urgencia de políticas universales, tales como la renta básica universal bajo la lógica de cumplimiento de los derechos humanos, específicamente del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Ambientales, propuesta apoyada incluso por algunos de los organismos internacionales,¹⁶³ y al tiempo reconocer, visibilizar y actuar frente a las diversas inequidades regionales.

¹⁶² *Ibid.*

¹⁶³ La Comisión Económica para América Latina y el Caribe insistió en la creación de un ingreso básico de emergencia durante seis meses que serviría para pagar las necesidades básicas y sostener el consumo de los hogares. Organización de las Naciones Unidas, *América Latina explora..., op. cit.*

En materia de salud y seguridad social, en el marco de la pandemia y la pospandemia, la demanda se centra en la organización de sistemas universales de protección social y salud universal e integral. De manera particular, en salud se debe enfatizar en la necesidad de organizar una respuesta social-comunitaria articulada a un modelo de atención organizado desde una atención primaria en salud territorializada; fortalecimiento de la red pública y garantía de condiciones de bioseguridad y formalización a los trabajadores del sector salud para configurar condiciones de trabajo dignas. Más estructuralmente, avivar procesos de reforma hacia sistemas de salud integral y garantista del derecho.

En términos organizativos se animan procesos orientados a la construcción de un sujeto colectivo articulado desde lo que nos une, y avanzar en nuevas formas de acción colectiva. Se hace necesario reconocer y articular procesos de resistencia y autonomía en los territorios y desde allí profundizar la interpelación y explicitar la contradicción entre la interpretación de la pandemia y las respuestas construidas, colocando el énfasis en la vida, la acción comunitaria y el cumplimiento del Estado como garante de la vida.

Estos aspectos constituyen un escenario orientador para dar contenido a las acciones de promoción de la salud como mecanismos que aporten a la transformación de las condiciones estructurales de inequidad, enfermedad y muerte.

Pospandemia: la urgencia por mayores esfuerzos en la promoción de la salud

El manejo de la pandemia de COVID-19 ha develado la urgencia de incorporar un enfoque que integre la respuesta institucional del sector salud y la acción social y comunitaria como mecanismo efectivo para su control. De hecho, actualmente es claro que el monitoreo, control y acción en salud requiere un fuerte componente social y comunitario. Comunicaciones recientes identifican que en los casos en los que se presentaron costos incontrolables en vidas y recursos se observó costos incontrolables en vidas y recursos se observó la debilidad en estrategias de gestión del territorio. Se destaca la ausencia de datos sobre la propagación exacta de la pandemia, la ausencia de restricción temprana de áreas en riesgo. Se destaca la ausencia de datos sobre la propagación exacta de la pandemia, la ausencia de restricción temprana de áreas en riesgo, el manejo confuso de hogares de ancianos, la ausencia casi total de actividades de higiene

pública referidas al aislamiento de contactos de los contagiados y la falta de pruebas en territorios, la falta de gobierno del territorio y la falta de protección y test para los trabajadores del sector salud. Este pronunciamiento explicita la necesidad de entender la pandemia en términos de salud pública, con énfasis en la atención territorial,¹⁶⁴ premisa pertinente para la etapa pospandemia y para enfrentar las inequidades estructurales e históricas que afectan poblaciones y territorios.

Asimismo, se reconoce que las medidas sanitarias que priorizan el abordaje individual y descontextualizado de la dinámica social, como fue el aislamiento social en su momento, profundizan lógicas de desarticulación social y, de forma emergente, lógicas de resistencia por diversas razones culturales, sociales y económicas. En contraste, algunas experiencias desarrolladas en América Latina, refieren estrategias orientadas hacia una acción social codependiente (“yo me cuido/tú te cuidas”) con amplia participación de los distintos sectores sociales, institucionales y de la comunicación; el fortalecimiento del tejido social articulando diversos liderazgos sociales y gubernamentales y una fuerte campaña comunicativa centrada en afianzar valores culturales como la solidaridad, la responsabilidad y la consciencia de la mutua dependencia con los otros. Todo esto soportado en una permanente innovación social de cara a responder a necesidades concretas y cotidianas, tales como la seguridad alimentaria, la vivienda, las iniciativas de generación de ingresos, incluso como respuesta a necesidades que emanan de la misma circunstancia de la prevención de la pandemia, como circuitos de producción de insumos y recursos que se hacen necesarios y escasean, y que pueden ser entendidos como en curso de redimensionar valores y relaciones sociales.

Este llamado a una perspectiva integral en la construcción de respuestas concretas para superar las necesidades en salud enfrenta retos muy complejos que implican acciones articuladas. Nuevamente, durante la pandemia se incrementaron las crisis económica, ambiental, biológica, sanitaria, política, migratoria, energética, hídrica y alimentaria y, en este sentido, entre otros aspectos, se enfatizó en la necesidad de reforzar los sistemas de protección social para apoyar a los grupos vulnerables profundizando programas de transferencia directa de efectivo, prestaciones por desempleo, subempleo y autoempleo, aplazamiento

¹⁶⁴ Infobae (7 de abril de 2020). Los siete errores que causaron “una situación desastrosa” en Lombardía, la región de Italia asolada por el coronavirus. <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/04/07/los-siete-errores-que-causaron-una-situacion-desastrosa-en-lombardia-la-region-de-italia-asolada-por-el-coronavirus/>

de pago de préstamos y cuentas de diversa índole y apoyo a las empresas para el pago de salarios, convocando a entender esta coyuntura como una oportunidad para repensar y reorganizar la dinámica social en todas sus dimensiones.¹⁶⁵

En este contexto, la Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud, en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, destaca que el propósito de esta es:

renovar la promoción de la salud por medio de acciones sociales, políticas y técnicas que aborden los determinantes de la salud en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, con el fin de mejorar la salud y reducir las inequidades en la salud en el marco de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible.¹⁶⁶

Si bien la estrategia reconoce que en las Américas se vive una situación de “fuerzas desiguales” con prevalencia de “crecimiento urbano caótico”, “desarrollo industrial no regulado”, “contaminación ambiental” y “aumento de la violencia”, en tanto que otros obstáculos son el “desplazamiento de personas”, “la falta de compromiso y de acciones intersectoriales a largo plazo”, “la limitada participación y empoderamiento de la comunidad” y una “insuficiente evidencia documentada de la eficacia de la promoción de la salud que obstaculiza una acción sostenible que trascienda los períodos políticos”; otros aspectos centrales de la región no son explicitados, tales como la creciente represión policial ante masivas protestas sociales, las migraciones de población en una escala que no tiene muchos precedentes en el continente, el crecimiento del desempleo y cierre de pequeñas y medianas empresas, el incremento de la población en situación de pobreza e indigencia junto con el desmantelamiento de políticas de inclusión social y el debilitamiento de la vigencia del Estado de derecho y de la democracia.¹⁶⁷

En este sentido, se hace necesario contextualizar los esfuerzos y procesos orientados a impulsar la promoción de la salud con énfasis en la articulación de

¹⁶⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *op. cit.*, report 1.

¹⁶⁶ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2019). Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2030. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51618/CD57-10-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

¹⁶⁷ Mercer, H. (2020). Una estrategia consensuada de promoción de la salud en las Américas. *Global Health Promotion*, 27(1):107-109. <https://doi.org/10.1177/1757975920909019>

las propuestas institucionales con la respuesta social y comunitaria, basada en la capacidad propia, la solidaridad, la mirada integral a las demandas y el cuestionamiento a los valores de la vida imperantes capitalistas, patriarcales y coloniales.

Se requiere reflexionar sobre estas prácticas y visibilizar en la agenda política una aspiración articuladora en torno a las protecciones sociales integrales como base de sociedades solidarias por la vida que requiere resolver lo urgente, fruto de la desprotección, con criterios de equidad y, al tiempo, mantener nuestra aspiración de reformas estructurales en los modelos de desarrollo y los sistemas de protección social y la políticas sociales, en general, hacia lógicas universales, integrales y equitativas por la vida.

Este reto de construir respuestas integradas e integrales enfrenta situaciones históricas de profundas desigualdades que hoy nos colocan ante amplísimos segmentos de la población en condiciones concretas de pobreza, en relaciones inequitativa por género, discapacidad y/o pertenencia a pueblos indígenas originarios frente a los cuales las respuestas sanitarias dominantes son insuficientes. A esto se suma el debilitamiento del sector público y de los prestadores de servicios de salud.

En este marco, en la región el componente de salud pública y las experiencias de organización de modelos territorializados basados en atención primaria en salud, así como el predominio de la lógica curativa sobre la preventiva como marca estructural del sistema, implican grandes dificultades en el desarrollo de estrategias intersectoriales de respuesta a las demandas de bienestar, lo que significa mantener la respuesta sanitaria en una lógica pasiva o defensiva, sin lograr avanzar en su control.

De otra parte, si bien los gobiernos llaman a promover acciones promocionales y preventivas centradas en el ámbito comunitario y familiar, se observan grandes limitaciones para su operación, lo que se convierte en el verdadero reto a enfrentar.

Finalmente, para llevar a un terreno más concreto lo descrito anteriormente, a continuación, se describen dos experiencias desarrolladas en la región bajo ópticas diferentes. La primera corresponde a la Mesa de Protección Social como iniciativa gubernamental en Costa Rica, y la segunda, al monitoreo crítico de las condiciones de salud y trabajo de los trabajadores del sector salud que se originó en el marco de la pandemia en Colombia en 2020, como una iniciativa amplia de organizaciones de trabajadores de salud. Ambas experiencias, desde

ámbitos diferentes, tienen como propósito desarrollar estrategias en el marco de la pandemia de COVID-19 y la pospandemia, con una perspectiva de equidad y promoción de la salud.

Las experiencias se refieren al contexto en que se desarrollan, los sujetos que participan, la contribución para contrarrestar o hacer evidentes las inequidades, el curso organizativo y, finalmente, destacan los componentes de la agenda para la acción

Experiencia: Mesa de Protección Social a través de la mirada de equidad y de la promoción de la salud

Descripción

Algunos países de América Latina, como Costa Rica, hicieron una declaratoria de Estado de emergencia nacional promovida como respuesta a la pandemia de COVID-19, con la finalidad de abordar las principales necesidades y consideraciones particulares de los habitantes en diferentes situaciones de vulnerabilidad ante esta emergencia sanitaria.

Entre otras medidas, se crearon nueve “Mesas Técnicas”, adscritas al Centro de Operaciones de Emergencia (COE), desde la Comisión Nacional de Emergencias (CNE), entre las que figuraban la Mesa de Educación, de Comercio Exterior, de Seguridad Alimentaria, de Gestión Municipal, de Seguridad, de Salud, de Servicios Básico, de Infraestructura productiva y de Protección Social. Cada una de estas mesas integró diversas organizaciones nacionales e internacionales que apoyaron las medidas de salud pública, que en una acción inédita, de manera temprana, en marzo de 2020, y de forma ininterrumpida durante cinco meses, se reunieron diariamente para dar seguimiento y movilizar recursos institucionales para afrontar las necesidades que señalaba la CNE en su reportes y coordinaciones diarias.¹⁶⁸

Esta experiencia de articulación interinstitucional e intersectorial, liderada por instituciones del gobierno y en el marco del COVID-19, mostró un diálogo reflexivo, fluido, con la creación de acciones concretas bien organizadas para el

¹⁶⁸ Instituto Mixto de Ayuda Social (30 de marzo de 2020). *Gobierno presenta medidas de primera respuesta en materia de protección social*. [Comunicado de prensa]. <https://www.imas.go.cr/es/comunicado/gobierno-presenta-medidas-de-primera-respuesta-en-materia-de-proteccion-social>

afrontamiento de la emergencia nacional sanitaria, a diferencia de las solicitudes burocráticas que se suelen encontrar en las instituciones del gobierno en tiempos ordinarios, para pasar a una orientación de la acción distinta y, por tanto, a la creación de una serie de oportunidades para desarrollar acciones desde la promoción de salud y avanzar hacia la equidad, a través de mecanismos de participación y articulación efectiva de actores sociales.

Esta experiencia local, desde la Mesa de Protección Social, reunió a 3 equipos técnicos:

- Equipo técnico 1: promoción de la salud y activación social.
- Equipo técnico 2: continuidad de la atención de programas.
- Equipo técnico 3: articulación organizaciones de bienestar social.

La Mesa de Protección Social coordinada por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y en la que participaban instituciones como el Ministerio de Cultura y Juventud (MCJ), la Dirección General de Migración y Extranjería (DGME), el Viceministerio de Diálogo, el Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos (MIVAH), la Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (DESAF), el Ministerio de Educación Pública (MEP), el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (REDCUDI), el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS), el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), la Junta de Protección Social (JPS), las Universidades, el Ministerio de Salud (MS), el Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social y la Municipalidad de San José, constituyó una instancia de gobierno desde la cual se crearon más de 50 medidas que procuraron acciones de protección social en poblaciones particularmente vulnerables del todo el país.¹⁶⁹

A manera de ejemplo, al equipo 1 se integraron representantes de la DGME, el IMAS, el Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos, la Agencia de la ONU para los Refugiados, la Organización Panamericana de la Salud y la

¹⁶⁹ *Ibid.*

Universidad de Costa Rica, entre otros. Esta Mesa dirigió acciones hacia tres poblaciones específicas que entrañan históricamente grandes desafíos sociosanitarios: los pueblos originarios, los migrantes y personas en asentamientos informales de distintos cantones de este país.

Se efectuaron más de 100 reuniones de coordinación desde marzo a julio de 2020, y para cada una de estas poblaciones se elaboraron, en conjunto, con participación de todos los actores sociales de cada Mesa, diversos protocolos de preparativos y respuesta ante brotes de COVID-19, dirigidos a cada una de las poblaciones meta. Estos protocolos constituyeron instrumentos con los lineamientos de política pública para su implementación por parte de diversos actores estratégicos vinculados a cada una de estas poblaciones prioritarias, tanto a nivel nacional, como local.

Asimismo, también se elaboró un Plan de Acción Interinstitucional y Multinivel a implementar por parte de instituciones públicas, gobiernos locales, organismos no gubernamentales, organizaciones comunitarias, entes privados, entre otros, articulados en procura de ejecutar acciones preventivas y de respuesta, según sus competencias y capacidades, ante un brote y la aparición de personas con el COVID-19 en cada una de las poblaciones descritas.¹⁷⁰

La eficiencia y eficacia en la implementación de estos planes de acción se plantearon en consonancia con un abordaje mediante un “enfoque territorial”, en el cual se procuraba una adecuada comunicación y coordinación interinstitucional y multinivel entre la diversidad de participantes y la complejidad en las cadenas jerárquicas de acciones entre los distintos actores sociales involucrados, las cuales funcionaron como verdaderos engranajes de una maquinaria institucional, muy bien coordinada durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19, que poco a poco fue recogiendo importantes lecciones.

La implementación del Plan de Acción y el rol activo y de liderazgo por parte de los gobiernos locales se consideraron un punto estratégico en el sistema de atención a la emergencia sanitaria. Esto debido a que representaba a los actores sociales con mayor cercanía y conocimiento de cada territorio, así como

¹⁷⁰ Presidencia de la República de Costa Rica (17 de abril de 2020). *Listo protocolo para asentamientos informales ante el COVID-19*. [Comunicado de prensa]. <https://presidencia.gobier-nocarlosalvarado.cr/comunicados/2020/04/listo-protocolo-para-asentamientos-informales-ante-el-covid-19/>

la importante labor de liderar a los Comités Municipales de Emergencia preparados para la actuación en situaciones de alerta nacional.

La participación de las comunidades en la implementación de dicho Plan de Acción debe considerarse fundamental, debido a que la efectividad de las medidas de prevención y respuesta a ejecutar estaba muy relacionada no solo con el involucramiento, sino además con la corresponsabilidad en la gestión y acciones por parte las comunidades y cada una de las familias de esos contextos.

Aunque en cada una de las Mesas Técnicas se coordinó de manera precisa (tanto a lo interno como con las otras Mesas, así como con la CNE) y fue un logro la coordinación y apoyo sostenido por parte de gran cantidad de actores sociales durante varios meses de la emergencia sanitaria, un componente decisivo en lograr el éxito esperado es la participación de la comunidad desde las etapas iniciales –y no tardías o excluyentes–, en las formulaciones, implementaciones y evaluaciones de las acciones, así como en su rediseño, a partir de la realimentación y lecciones aprendidas en el proceso.

Buenas prácticas en las estrategias de promoción de la salud para abordar las inequidades sociales en salud

Tal y como señala Mielck et al.¹⁷¹, las estrategias desde la promoción de la salud para abordar las inequidades sociales en salud deben integrar criterios de “buenas prácticas” entre los que se destaca el contexto y las capacidades de los grupos meta, así como el fomento de la calidad de las acciones. Estos criterios se describen a la luz de la gestión ante la pandemia planteada desde la Mesa de Protección Social en Costa Rica, y se reportan desde una mirada crítica las siguientes características:

1. El *conocimiento de la población y su entorno*: esto es asumido desde las Mesas como un conocimiento dado. Se presta atención principalmente a estadísticas, indicadores sociodemográficos y epidemiológicos en relación con la evolución de la pandemia, más que al análisis desde otras dimensiones, desde los determinantes sociales de la salud que explican

¹⁷¹ Mielck, A., Kilian, H., Lehmann, F., Richter-Kornweitz, A., & Kaba-Schönstein, L., *op. cit.*, p. 33.

la situación de los grupos y poblaciones, tales como los aspectos socio-culturales, económicos, políticos, históricos, de etnia, género, relaciones de poder, vulneración de derechos y exclusión, entre otros, que también configuran los contextos y las formas de aprehender el mundo de las comunidades, a las cuales se transmiten jerárquicamente las acciones formuladas. Desde la óptica de estas mesas técnicas y otros actores sociales que participaron en la formulación de estas acciones se plantearon objetivos claros, que se transmitieron a otros actores y comunidades vinculadas para su ejecución, lo que potencia las posibilidades de escasa comprensión e identificación social con las políticas públicas y, por ende, la omisión y participación en las acciones emitidas por las entidades de gobierno. Todo esto crea las condiciones para un círculo de inacción por parte de las organizaciones y actores receptores de los lineamientos de política pública, que eventualmente incide en el limitado avance en la contención de los efectos de la pandemia.

2. La *mejora de las capacidades de los grupos meta*, esto es, promover el empoderamiento, la formación, el poder de decisión y la eliminación de las barreras de la participación en todo el proceso. Este se puede considerar un aspecto de mejora y lecciones aprendidas para reformular las acciones y las formas de relacionarse con las comunidades meta desde las entidades de gobierno como las mesas técnicas, en una relación menos centralizada, más “horizontal” y participativa, reconociendo las potencialidades, el conocimiento base que poseen las comunidades, sus mecanismos de participación y los distintos recursos que pueden aportar los actores de base comunitaria para favorecer acciones adaptadas al contexto y no solo lineamientos de política pública estandarizados y con estrategias que no calzan con las expectativas y necesidades de las personas en los territorios.
3. Finalmente, el *fomento la calidad de las acciones*, que implica la integración interdisciplinaria-intersectorial y el registro continuo de actividades, aspectos abordados de forma oportuna desde una reorganización y toma de conciencia, desde inicios de las coordinaciones en la Mesa de Protección Social en marzo 2020. Sin embargo, otros aspectos como la sostenibilidad y la rentabilidad de las acciones, formuladas

desde estas instancias de gobierno, así como la evaluación de las acciones para conocer el impacto y los ajustes en la implementación, son aspectos que deben reflexionarse por parte de los actores sociales gubernamentales y no gubernamentales, en la gestión de acciones en salud pública y promoción de la salud, considerando mecanismos que integren actores sociales de base comunitaria, desde el inicio del proceso de formulación y análisis de la situación de salud, como base de garantía para la sostenibilidad, rentabilidad de las acciones, así como el fortalecimiento de las capacidades en la evaluación de acciones para todos los actores sociales participantes, con el fin determinar los resultados planteados, la incidencia y los impactos obtenidos en los grupos y poblaciones meta, así como una gestión transparente y rendición de cuentas en todo el proceso.

Las buenas prácticas en las estrategias de promoción de la salud para abordar las inequidades sociales en salud señaladas por Mielck et al. facilitan el análisis desde un enfoque de la estructura de las estrategias. Sin embargo, la gestión ante la pandemia planteada desde la Mesa de Protección Social en Costa Rica evidencia que esas buenas prácticas son insuficientes para establecer un análisis crítico que posibilite el abordaje de las inequidades en salud. Para ello se propone un abordaje que tome en consideración al menos los siguientes criterios clave: la naturaleza de la agenda y sujetos participantes, el debate organizativo y la agenda política trascendente, consensuada y sostenible.

Estrategias en salud pública y promoción de la salud

Al examinar los primeros meses de evolución de la pandemia en Costa Rica, surgen varias interrogantes relacionadas con la integración de criterios que orienten la construcción de estrategias en salud pública y promoción de la salud para abordar las inequidades sociales en salud en situaciones extraordinarias, pero también en tiempos ordinarios, en los que se gestionan acciones desde instancias gubernamentales que procuran mejorar la situación de salud de los grupos y poblaciones, particularmente de los más desfavorecidos.

En este marco, es necesario considerar en la formulación de dichas estrategias desde la salud pública y la promoción de la salud, no solo la calidad de las acciones desarrolladas y buenas prácticas para abordar las inequidades sociales en salud (que usualmente son entendidas desde una óptica más administrativa,

sin incluir elementos de la promoción de la salud que favorezca el abordaje de estas inequidades). Se trata de aplicar un ejercicio de introspección profundo que implica un trabajo cooperativo por parte de la academia, las instancias de gobierno y otras organizaciones, de corte gubernamental, pero también de base comunitaria, para asegurar que se integren en las estrategias de promoción de la salud los abordajes de la equidad en salud.

En este sentido, se aborda la experiencia de las Mesas de Protección ante la pandemia de COVID-19 en Costa Rica, desde una propuesta crítica que integra al menos tres criterios: naturaleza de la agenda y sujetos participantes; debate organizativo; y agenda política trascendente, consensuada y sostenible.

Naturaleza de la agenda y sujetos participantes

A partir de la experiencia descrita en las Mesas de Protección, de carácter relevante por la pronta y consensuada respuesta desde distintos sectores e instituciones vinculadas con los abordajes sociosanitarios, se plantea una agenda de carácter político, propuesta por las instituciones del gobierno de turno, cuyas bases conceptuales en salud se encuentran representadas a través del Ministerio de Salud costarricense y que remite al “completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”, declarado por la OMS en 1948¹⁷². Un concepto de salud que, desde esta perspectiva, aunque marca distancia del planteamiento de la “ausencia de enfermedad”, la circunscribe a un ámbito físico concreto, dejando de lado la complejidad de factores condicionantes que explican la salud de los grupos y poblaciones, aunque sí reconoce un componente “social” en la producción de la salud.¹⁷³

Esta agenda propuesta marca una pauta de vinculación de manera desigual con otros sectores de la sociedad, en los que prima la organización y un lineamiento preestablecido que nace desde las instituciones del gobierno, dirigidos hacia los otros sectores y actores sociales que asumen la responsabilidad, aportando su conocimiento y otros recursos para colaborar en el afrontamiento de la pandemia.

¹⁷² Organización Mundial de la Salud. (2009). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. En C. I. Organización Mundial de la Salud (ed.), Documentos Básicos, pp. 1-18.

¹⁷³ Infobae, *op. cit.*, p. 6.

El predominio de actores sociales desde las organizaciones vinculadas con el gobierno se constituye en un distintivo que excluye en etapas tempranas de la planificación ante la emergencia la integración de otros sectores no gubernamentales y les considera en un rol pasivo ante la crisis sanitaria. De esta manera, se integran en una fase posterior de la gestión sanitaria, cuando se vuelven insuficientes las medidas del gobierno para “aplanar la curva” respecto al número de casos reportados con la enfermedad y los rastreos de las personas asociadas por nexos epidemiológicos.

La incorporación de sujetos críticos desde los territorios que aporten sus experiencias y cosmovisiones, las dificultades, pero también los aportes y vías de acción plausibles antes las condiciones que conocen bien y afrontan diariamente, se relega, al menos, en el abordaje de los primeros meses de la emergencia sanitaria.

En este escenario, la promoción de la salud puede contribuir no solo a promover una participación social y comunitaria más democrática en la gestión de la emergencia, sino a potenciar la activación social como medio para lograr el cambio en los colectivos. Desde este enfoque, la comunidad se reconoce desde sus propias vivencias y necesidades para aportar acciones adaptadas a sus contextos y posibilidades. En este sentido, la promoción de la salud se puede apreciar como una vía para direccionar recursos que incidan en estrategias para el cambio y abordaje de las desigualdades sociales en salud, brindando oportunidades de acción que se organizan en conjunto para y por el bienestar de las comunidades. Así se trasciende una promoción de la salud “instituida” según los intereses de las instituciones hegemónicas del gobierno.

Tabla 1. Criterios para examinar las estrategias en salud pública y promoción de la salud desde la naturaleza de la agenda y sujetos participantes

Criterios para examinar las estrategias	Propuesta tradicional, relación desigual	Propuesta crítica, democrática, con equidad en salud
Naturaleza de la agenda y sujetos participantes	Agenda política gubernamental hegemónica: Se excluye en etapas tempranas de la planifi-	Agenda trascendente, consensuada y sostenible: Se potencia la activación social como medio para lograr el cambio en los colectivos.

	cación a los actores sociales de base comunitaria. ▪ Participan de forma predominante actores sociales de instancias de gobierno. ▪ Los resultados de salud tienen un predominio en los conocimientos y prácticas individuales. ▪ Promoción de la salud “instituida” según los intereses de las instituciones hegemónicas del gobierno.	▪ La comunidad se reconoce desde sus propias vivencias y necesidades, y aporta acciones adaptadas a sus contextos y posibilidades. ▪ Los resultados de salud son una construcción social por parte de todos los actores sociales, incluidos los comunitarios. ▪ Promoción de la salud más “democrática”: se promueve una participación social y comunitaria, en la que todos y todas tiene voz y acción.
--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Debate organizativo

En consonancia con lo anterior, la promoción de la salud puede y debe facilitar la creación de escenarios de encuentro entre la institucionalidad y lo comunitario, y la situación de pandemia un escenario y unas oportunidades excepcionales para que se reflexione sobre la organización de la sociedad en torno a las gestiones sanitarias y para debatir sobre las formas de organizar la institucionalidad y los recursos que se dirigen al ámbito de la salud y lo relacionado con los impactos sociales.

Desde esta perspectiva, la gestión de liderazgos vinculados con la incidencia política para el cambio es un recurso, una estrategia necesaria para promover una gobernanza que transforme la situación de salud de las personas con incidencia y mejoras en el ámbito comunitario.

Tabla 2. Criterios para examinar las estrategias en salud pública y promoción de la salud desde un debate organizativo en salud

Criterios para examinar las estrategias	Propuesta tradicional, relación desigual	Propuesta crítica, democrática, con equidad en salud
Debate organizativo en salud	▪ Instituciones de gobierno proponen los escenarios, actores y recursos participantes y transmiten las estrategias elaboradas de manera vertical y directiva. ▪ Escasa evaluación de resultados e incidencias en las situaciones de salud de los grupos y poblaciones.	▪ La promoción de la salud propone escenarios de encuentro entre la institucionalidad y lo comunitario, construye y aplica las estrategias de forma consensuada y participativa. ▪ Procura una realimentación a partir de las acciones implementadas para ajustar las formulaciones y que las acciones y beneficios lleguen a todos y todas. ▪ Empodera y gestiona liderazgos entre los distintos grupos y poblaciones para una gestión de las acciones sanitarias con mayores capacidades de liderazgo, autogestión de los recursos y mejora continua a partir de los resultados obtenidos.

Fuente: Elaboración propia

Estrategias con base en modificaciones estructurales que promuevan el derecho a la salud y condiciones dignas de vida sana

Tanto la naturaleza de la agenda, los sujetos participantes, como una agenda política trascendente, consensuada y sostenible, son elementos fundamentales necesarios para incidir de manera profunda y movilizadora, sobre la situación de salud de las personas. Se concibe como una agenda estratégicamente construida, que permita la reflexión e implementación de modificaciones estructurales en las formas de relacionarse las instituciones del gobierno y las comunidades, y además de modificaciones en las concepciones de los grupos dominantes dirigidas a promover el derecho a la salud y unas condiciones dignas de vida sana.

Tabla 3. Criterios para examinar las estrategias en salud pública y promoción de la salud desde el derecho a la salud y condiciones dignas de vida sana

Criterios para examinar las estrategias	Propuesta tradicional, relación desigual	Propuesta crítica, democrática, con equidad en salud
Estrategias con modificaciones estructurales, derecho a la salud y condiciones dignas de vida sana	▪ Estrategias en salud planteadas en función de una lógica hospitalaria que parte de una concepción de la salud como ausencia de enfermedad. ▪ Evaluación de resultados en salud en función de la mortalidad y morbilidad por enfermedades. ▪ Gestión de acciones en salud desde una mirada fragmentada en la que el individuo es responsable de su propia salud. ▪ Se aproxima a la equidad en salud a partir de una lógica cortoplacista y una agenda política que responde predominantemente a intereses económicos de los grupos de mayor poder nacionales e internacionales.	▪ Estrategias en salud planteadas en función de una lógica de desarrollo humano, que parte de una concepción de la salud como derecho humano. ▪ Evaluación de resultados en salud en función de promoción de oportunidades que potencien un nivel de vida digna. ▪ Gestión de acciones en salud desde una mirada integrada en la que la salud de los grupos y poblaciones se explica desde los determinantes sociales de la salud. ▪ Se procura la equidad en salud a partir de un análisis de las condiciones de vida de las personas y la incidencia en estas condiciones de una agenda política que entiende la salud como derecho humano y una gestión sostenible con el ambiente.

Fuente: Elaboración propia

En suma, la gestión de las estrategias en salud pública y promoción de la salud para abordar las inequidades sociales en salud requiere de unas bases mínimas que integren los siguientes aspectos:^{174 175}

- El planteamiento de una agenda trascendente, consensuada y sostenible en la que participen en un diálogo democrático los distintos actores sociales, institucionales y comunitarios que integren las asociaciones de desarrollo, comités locales o vecinales, congregaciones religiosas, cooperativas, fundaciones, instancias privadas, organismos no gubernamentales, universidades, individuos, y todos aquellos que se vinculen a la gestión de la salud en sus contextos.
- Un debate que cuestione las formas tradicionales de organización social en torno a la salud, y que considere el empoderamiento y la gestión de liderazgos entre los distintos actores sociales para construir agendas en salud que integren las vivencias, necesidades y aportes de todos los actores sociales, con acciones que se ajustan a sus propios contextos y posibilidades de actuación.
- La gestión de estrategias en salud pública y promoción de la salud planteadas desde una concepción de la salud como derecho humano, explicada desde los determinantes sociales de la salud y una agenda política que promueva las oportunidades para potenciar un nivel de vida digna y una relación sostenible con el ambiente.

Experiencia: Monitoreo crítico de las condiciones de salud y trabajo de los trabajadores del sector salud en Colombia

Presentación

¹⁷⁴ South, J., Woodall, J., Stansfield, J., Mapplethorpe, T., Passey, A. & Bagnall, A.M. (2024) A qualitative synthesis of practice-based learning from case studies on COVID community champion programmes in England, UK. *BMC Public Health*, 24(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17470-1>

¹⁷⁵ Gilmore, B., Ndejjo, R., Tchetchia, A., de Claro, V., Mago, E., Diallo, A.A., Lopes, C. & Bhattacharyya, S. (2020). Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. *BMJ Glob Health*, 5(10), 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003188>

La pandemia al tiempo alimentó y evidenció múltiples situaciones de inequidad en la dinámica social, tanto en su distribución,¹⁷⁶ como en la respuesta construida, que implicó para las y los trabajadoras/es del sector una alta exigencia, lo que se tradujo en un número mayor de casos de contagio, así como de sufrimiento y estrés laboral. Como resultado, y aunque los datos no son precisos, se reconoce que el número de infecciones por el virus de COVID-19 entre los trabajadores de la salud es mucho mayor que entre la población general. Aunque quienes trabajan en el sector de la salud representan menos del 3 % de la población en la gran mayoría de los países y menos del 2 % en casi todos los países de ingresos bajos y medios, alrededor del 14 % de los casos de COVID-19 notificados a la OMS corresponden a trabajadores/as de la salud. En algunos países, la proporción puede llegar hasta el 35 %. Sin embargo, la disponibilidad y la calidad de los datos son limitadas, y no es posible establecer si los y las trabajadores/as sanitarios/as se infectaron en el lugar de trabajo o en entornos comunitarios. Miles de trabajadores/as de la salud infectados por el virus de COVID-19 han perdido la vida en todo el mundo.¹⁷⁷

Además de los riesgos biológicos, la pandemia ha ejercido niveles extraordinarios de estrés psicológico sobre los y las trabajadores/as de la salud. Un metaanálisis concluyó que, durante la pandemia de COVID-19, uno de cada cuatro trabajadores estaba sufriendo depresión y ansiedad, y uno de cada tres, insomnio.¹⁷⁸ Asimismo la OMS indicó un aumento de la notificación por parte de las y los trabajadoras/es de la salud de episodios de acoso verbal, discriminación y violencia física a raíz de la COVID-19.¹⁷⁹

¹⁷⁶ Organización Panamericana de la Salud (2020). *Actualización epidemiológica enfermedad por Coronavirus (COVID-19)*. <https://www.paho.org/es/file/75894/download?token=QdfwItjT>

¹⁷⁷ Organización Mundial de la Salud (17 de septiembre de 2020). *Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes*. [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>

¹⁷⁸ Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V.G., Papoutsis, E. & Katsaounou P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

¹⁷⁹ Organización Mundial de la Salud, *Garantizar la seguridad...*, op. cit.

Esta situación no es homogénea por regiones. Así América Latina presentó las peores condiciones como fruto de la crisis histórica alimentada en gran medida por las reformas privatizadoras y neoliberales impulsadas para el sector, que en términos de calidad del empleo han significado grandes retrocesos en materia de trabajo decente.

Buscando construir sobre lo aprendido y generar mecanismos de protección de la salud y vida de trabajadores y trabajadoras, 22 organizaciones de trabajadores y trabajadoras del sector salud colombiano¹⁸⁰ desarrollaron un proceso de *monitoreo crítico* que planteó como objetivo observar, analizar e incidir en las condiciones de trabajo del personal de salud en la atención de la emergencia por la pandemia de COVID-19 en Colombia y que hoy se mantiene como espacio de organización e incidencia política en materia de bienestar laboral, en la perspectiva de que garantice plenamente el cumplimiento de los derechos laborales y de salud y seguridad en el trabajo en el sector. Dentro de las iniciativas realizadas, ha monitoreado y gestionado acciones en materia de cumplimiento de entrega de equipos de protección individual, condiciones de salud, sufrimiento y carga mental, Burnout y, recientemente, en materia de violencia y acoso laboral.

Con relación a este último, vale destacar que la violencia y el acoso laboral hacen parte de las condiciones a tener en cuenta en los entornos laborales, por lo que deben ser consideradas en los planes de salud y seguridad en el trabajo, especialmente en sectores altamente feminizados, en donde por razones del patriarcado y su impacto en la organización del trabajo, se crean condiciones para

¹⁸⁰ Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva; Asociación Colombiana de Fisioterapia; Colegio Colombiano de Fisioterapeutas; Asociación Colombiana de Estudiantes de Fisioterapia; Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia; Consejo Técnico Nacional de Enfermería; Organización Colegial de Enfermería; Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería; Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería; Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios; Asociación Colombiana de Estudiantes de Terapia Respiratoria; Asociación Colombiana de Facultades de Terapia Respiratoria; Colegio Colombiano De Instrumentación Quirúrgica; Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos; Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional; Colegio Nacional De Bacteriología; Asociación Colombiana de Facultades de Odontología; Asociación Nacional de Entidades de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano; Sindicato Nacional de Salud y Seguridad Social; Federación Odontológica Colombiana; Asociación Colombiana de Profesionales en Atención Prehospitalaria- ACOTAPH; Nutricionistas Unidos y Actualizados NUYA.

su presencia lo que impacta de forma trascendente las condiciones de salud y bienestar de las y los trabajadoras/es.

Este proceso colocó en el centro la necesidad de cuestionar los abordajes dominantes en materia de salud y trabajo que son sesgados y dejan de lado los riesgos psicosociales y los conflictos de las relaciones interpersonales, en especial los referidos a la violencia y el acoso laboral, que se explica en gran parte por un abordaje de la salud y la seguridad en el trabajo que no considera una perspectiva de género, incluso para sectores como el de salud, en el que la presencia de mujeres trabajadoras es ampliamente mayoritaria (80,3 % mujeres).¹⁸¹

Así se ignora, para el sector salud, que la violencia y el acoso laboral se encuentran presentes en los entornos de trabajo y que estas situaciones tienen una determinación social, económica, política y cultural. Las relaciones de poder y sometimiento y las inequidades de género (referidas a estereotipos en las ocupaciones y labores que se proyectan al mundo del trabajo, la segregación horizontal, el reconocimiento, la posibilidad de ascensos y cargos de dirección, el poco y sesgado reconocimiento de los riesgos) se convierten en determinantes y causantes de estas.

El enfoque de género implica destacar que cualquier aproximación al sector debe partir de reconocer su conformación, así como la organización del proceso que reproduce lógicas patriarcales en las que la presencia de la mujer se ubica en tareas de menor reconocimiento, con mayores exposiciones y menos posibilidad de liderazgo, gestión y autonomía para cuidar la salud. Al mismo tiempo, debe vincularse al análisis la carga resultante de las labores del cuidado socialmente asignadas, así como situaciones de violencia doméstica, que necesariamente repercuten en el entorno laboral, lo que configura una condición de triple carga.¹⁸²

En esta perspectiva, aspectos como la precariedad laboral, la sobrecarga, la presión laboral, el esfuerzo emocional e intelectual, los ritmos acelerados y las

¹⁸¹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2022). *Documento de Trabajo. Mujeres trabajadoras en el sector de la salud en Colombia*. <https://www.undp.org/es/colombia/publicaciones/mujeres-trabajadoras-sector-salud-colombia>

¹⁸² Molina, N. (2021). *Crece las desigualdades e inequidades basadas en género*. Desde Abajo.

largas jornadas laborales y, en términos generales, las condiciones de organización del trabajo en el sector, constituyen un escenario muy crítico en relación con la garantía de la salud y seguridad en el trabajo.^{183 184}

En consecuencia, la población trabajadora afectada experimenta mayor estrés, angustia psicológica, sentimiento de injusticia y menor apoyo social.¹⁸⁵ La violencia y el acoso en el ámbito laboral son obstáculos para el trabajo decente y representan una violación de los derechos humanos. Además, producen desigualdad, discriminación, estigmatización y una amenaza para la seguridad, salud y bienestar de las y los trabajadoras/es.^{186 187}

Esta iniciativa tiene como sello identitario ser un espacio de organizaciones, muchas de ellas de carácter sindical, gremial y colegial, y sus liderazgos son ejercidos por mujeres.

Con estos datos se han realizado diversas actividades de socialización a nivel nacional e internacional, y más recientemente se diseñó y desarrolló un proceso de diplomado de mujeres líderes del sector salud en materia de salud y seguridad en el trabajo con enfoque de género. Este espacio permitió reflexionar y apropiar un enfoque de género para abordar el sector y desde allí generar una agenda de acciones que busca garantizar una mejora en las condiciones de salud y trabajo.

¹⁸³ Sarsosa-Prowesk, Kewy, Charria-Ortiz, Víctor Hugo, y Arenas-Ortiz, Felipe. (2014). Caracterización de los riesgos psicosociales intralaborales en jefes asistenciales de cinco clínicas nivel III de Santiago de Cali (Colombia). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 348-361. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.crpj>

¹⁸⁴ Palma-Contreras, A. y Ansoleaga, E. (2020). Asociaciones entre factores de riesgos psicosociales, dimensiones organizacionales y problemas de salud mental, relacionados con la violencia laboral, en trabajadores de tres hospitales chilenos de alta complejidad. *Cad Saúde Pública*, 36(3), 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084219>

¹⁸⁵ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2024) *The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas*. <https://www.paho.org/es/node/85591>

¹⁸⁶ Matos Hidalgo L., y Rodríguez, C.F. (2021). La empresa estatal como tercero civil a propósito del perfeccionamiento de los procesos penales en Cuba en respeto a los Derechos Humanos. *Cuaderno Jurídico y Político*, 7(17), 44-59. https://www.researchgate.net/publication/352771716_La_empresa_estatal_como_tercero_civil_a_proposito_del_perfeccionamiento_de_los_procesos_penales_en_Cuba_en_respeto_a_los_Derechos_Humanos

¹⁸⁷ Organización Internacional del Trabajo (2021). *Diagnóstico sobre la violencia y el acoso en el sector salud*. <https://www.ilo.org/es/publications/diagnostico-sobre-la-violencia-y-el-acoso-en-el-sector-de-la-salud>

La promoción de la salud en este contexto

La idea central parte de repensar el origen y naturaleza de las condiciones que impactan la salud y el bienestar en el mundo del trabajo. Con frecuencia, estas son abordadas naturalizando o invisibilizando las situaciones de inequidad que se encuentran en la base de las necesidades en salud.

Reconocer la presencia mayoritaria de las mujeres en el sector salud y lo que esto implica tanto en la lectura como en la gestión de las acciones es fundamental. Dar la palabra a las mujeres, entender lo que significa el trabajo encarnado en sus cuerpos y cotidianidades cambia el enfoque a la hora de caracterizar y de actuar. Se requiere que tanto las áreas de salud y seguridad en el trabajo de las empresas del sector como las organizaciones sindicales incorporen planes de gestión, acciones de promoción de la salud y el bienestar, así como de prevención, seguimiento e incidencia para atender y prevenir los casos de violencia y acoso en el mundo laboral, partiendo de reconocer las inequidades estructurales basadas en género y que se proyectan en el mundo del trabajo.

Asimismo, es necesario revisar las oportunidades y alcances que ofrece el convenio 190 para que, más allá de la ratificación, se avance en acciones concretas orientadas a: incluir en el plan integral de seguridad y salud en el trabajo los riesgos psicosociales asociados con la violencia y el acoso en el mundo del trabajo; establecer mecanismos de protección destinados a las víctimas de violencia y acoso en el mundo del trabajo; propiciar acciones de sensibilización sobre la problemática, en el ámbito público y en el ámbito privado, lo cual amplía la visión del vínculo equidad y promoción de la salud para este sector en particular.

Aprendizajes de la experiencia

Esta experiencia ha contribuido a un mayor reconocimiento de la desprotección laboral y las inequidades de género en las condiciones de trabajo en el sector a partir de:

- El reconocimiento de la presencia mayoritaria de las mujeres en el sector salud, que representa entre el 75 % y el 80 % del total. Paradójicamente, esta conformación pasa desapercibida en el conteo, análisis, demandas y definición de políticas públicas. En este sentido, en el marco

de la pandemia, ninguna política pública definida para dar respuesta a la alta exigencia del trabajo en el sector ha considerado este aspecto y lo que implica la triple jornada que recae sobre las mujeres y el hecho documentado de que, durante la pandemia, las labores de cuidado se han incrementado por las medidas de confinamiento.

- La necesidad de ampliar el concepto de trabajadores/as del sector salud más allá de la idea generalizada que solo prioriza a los profesionales ignorando a otros/as trabajadores/as de menor cualificación (auxiliares, técnicos/as y tecnólogos/as) y a otros trabajadores/as que cumplen funciones administrativas y de apoyo logístico y que son fundamentales en el funcionamiento del sector. En el caso colombiano, este segmento corresponde a más del 55 % del total.
- El reconocimiento de la existencia de condiciones de contratación desiguales que implican inequidades en las condiciones de trabajo y de seguridad y exposición diferencial según modalidad de contratación, que es superior para las trabajadoras con mayor precariedad laboral. En Colombia, el sector con contrato tercerizado en el sector corresponde aproximadamente al 70 % de las y los trabajadoras/es, porcentaje que se incrementa según tipo de cualificación y profesión.¹⁸⁸
- En el caso del segmento profesional, se evidenció una condición de desigualdad profesional, históricamente construida, que implica un tratamiento diferenciado e injusto en relación con la protección frente a los riesgos, así como frente a las medidas generadas como respuesta a estos y que, a la postre, significa una distribución desigual en términos de contagio, enfermedad y muerte (mayoritaria para los trabajadores de menor cualificación y mayor exposición).
- La creciente necesidad de incorporar un enfoque de género en el estudio de las condiciones de salud y seguridad social que dé cuenta de las condiciones reales y complejas que enfrentan los diversos grupos en su inserción en el mundo del trabajo, a partir de la cual definir acciones de mayor alcance.

¹⁸⁸ *Op. cit.*, p.77.

Con base en este ejercicio colectivo de generar datos, analizarlos y ubicarlos en el contexto específico, esta experiencia ha contribuido a:

- Favorecer un trabajo colaborativo centrado en la necesidad de construir un sujeto colectivo que articule de forma más asertiva la diversidad existente entre las trabajadoras del sector.
- Posicionar la cuestión de género como un aspecto a ser incorporado en la agenda de trabajo en el sector y el reconocimiento de la violencia y el acoso laboral como una condición presente.
- Promover otros liderazgos que contribuyan a una mejor democracia y representación en las organizaciones de trabajadoras y trabajadores del sector salud.
- Abrir espacios en el escenario de debate público y medios de comunicación en los que se han proyectado estas reflexiones.

Conclusiones

Las reflexiones planteadas en el texto establecen la pertinencia de repensar el concepto y la praxis de la promoción de la salud y para ello abordan la inequidad en salud como impronta central de los contextos de la región. En ese sentido, se documenta la naturaleza estructural y compleja de la inequidad, que es diferente de las miradas tradicionales instituidas y orientadas desde ámbitos académicos y gubernamentales.

Asimismo, esta experiencia identifica los límites de las respuestas sanitarias, particularmente de las acciones en promoción de la salud que, centradas en el individuo desde la perspectiva biológica y referidas al control de los riesgos y la prevención de la enfermedad, obtienen bajo impacto y, en consecuencia, no logran transformar las realidades en salud.

En contraste, se argumenta desde los conceptos y las experiencias los elementos que orientarían una “otra” promoción de la salud centrada en la vida, el *buen vivir*, la potencia, la subjetividad y la fuerza de la acción colectiva organizada.

Con ello se abre espacio a comprender que la acción promocional debe aspirar a transformar las condiciones de inequidad desde todos los niveles: el su-

jeto y su entorno, la familia y el trabajo, y los territorios, con una visión articuladora de lo cultural, lo económico y lo social. Finalmente, se destaca que en la transformación del pensamiento-acción en promoción de la salud, los sujetos participantes (profesionales, técnicos/as, tecnólogos/as, ciudadanos/as) se encuentran inmersos en un escenario de relaciones políticas en donde se hace necesario superar las lógicas verticales, de dominación, de exclusión y/o negación de uno sobre otros, y avanzar hacia unas condiciones de justicia en salud para todos y todas.

Bibliografía

- Baeta, M.F. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/index1.htm>
- Báscolo, E., Houghton, N. y Del Riego, A. (2018). Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (42), 1-9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31. <https://doi.org/10.31406/relap2011.v5.i1.n8.1>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
- Canguilhem, G. (1982). *Lo normal y lo patológico*. Editorial Siglo XXI.
- Clark, E.G. (1954). Natural history of syphilis and levels of prevention. *Br J Vener Dis*, 30(4), 191-197. <https://doi.org/10.1136/bjv.30.4.191>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2019). *Panorama social de América Latina*. Naciones Unidas. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf
- Dahlgren, G., y Whitehead, M. (2006). *Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud. Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 2*. Organización Mundial de la Salud.
- Donnangelo, M., y Pereira, L. (1976). *La medicina en la sociedad de clases*. Librería Dos Ciudades.
- Franco, G. A. (2000). La salud pública: ciencia en construcción. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(1). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.966>

- Gilmore, B., Ndejjo, R., Tchetchia, A., de Claro, V., Mago, E., Diallo, A.A., Lopes, C. & Bhattacharyya, S. (2020). Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. *BMJ Glob Health*, 5(10), 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003188>
- Guttman, R. (2009). Introducción al Capitalismo Conducido por las Finanzas. *Ola Financiera*, 2(2), 20-59. <https://doi.org/10.22201/fe.18701442e.2009.2.23031>
- Infobae (7 de abril de 2020). Los siete errores que causaron “una situación desastrosa” en Lombardía, la región de Italia asolada por el coronavirus. *Infobae*. <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/04/07/los-siete-errores-que-causaron-una-situacion-desastrosa-en-lombardia-la-region-de-italia-asolada-por-el-coronavirus/>
- Instituto Mixto de Ayuda Social (30 de marzo de 2020). *Gobierno presenta medidas de primera respuesta en materia de protección social*. [Comunicado de prensa]. <https://www.imas.go.cr/es/comunicado/gobierno-presenta-medidas-de-primera-respuesta-en-materia-de-proteccion-social>
- Krieger, N. (2005). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(5), 350-355. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>
- Matos Hidalgo L., y Rodríguez, C.F. (2021). La empresa estatal como tercero civil a propósito del perfeccionamiento de los procesos penales en Cuba en respeto a los Derechos Humanos. *Cuaderno Jurídico y Político*, 7(17), 44-59. https://www.researchgate.net/publication/352771716_La_empresa_estatal_como_tercero_civil_a_proposito_del_perfeccionamiento_de_los_procesos_penales_en_Cuba_en_respeto_a_los_Derechos_Humanos
- Mendivil Calderón, C., Racedo Durán, Y., Meléndez Solano, K. y Rosero Molina, J. (2015). El papel de la Comunicación para el cambio social: empoderamiento y participación en contextos de violencia. *Encuentros*, 13(1), 11-23. <https://doi.org/10.15665/re.v13i1.345>
- Mercer, H. (2020). Una estrategia consensuada de promoción de la salud en las Américas. *Global Health Promotion*, 27(1):107-109. <https://doi.org/10.1177/1757975920909019>
- Mielck, A., Kilian, H., Lehmann, F., Richter-Kornweitz, A., & Kaba-Schönstein, L. (2018). German cooperation-network 'equity in health'-health promotion in settings. *Health promotion international*, 33(2), 318-324. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw069>
- Molina, N. (2021). *Crece las desigualdades e inequidades basadas en género*. Desde Abajo.

- Organización Internacional del Trabajo (2021). *Diagnóstico sobre la violencia y el acoso en el sector salud*. <https://www.ilo.org/es/publications/diagnostico-sobre-la-violencia-y-el-acoso-en-el-sector-de-la-salud>
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- (2008). *Informe final de la Comisión OMS sobre determinantes sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. https://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf?ua=1
- (2009). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *En Documentos básicos*, (pp. 1-18). Organización Mundial de la Salud.
- (27 de abril de 2020). *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*. [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- (17 de septiembre de 2020). *Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes*. [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
- Organización de las Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- (6 de abril de 2018). La desigualdad, el gran enemigo de la salud en América Latina. *Noticias ONU*. <https://news.un.org/es/story/2018/04/1430582>
- (2019) *Informe sobre desarrollo humano 2019. Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI*. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2019). *Indicadores básicos 2019: tendencias de la salud en las Américas*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- (2020). *Actualización epidemiológica enfermedad por Coronavirus (COVID-19)*. <https://www.paho.org/es/file/75894/download?token=QdfwItJT>

- (21 de mayo de 2020). *América Latina explora “seriamente” la propuesta de crear un ingreso básico de emergencia para paliar la crisis del coronavirus*. Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2020/05/1474842>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2018). *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023*. <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/CD56-10-s-PdA-RH.pdf>
- (2019). Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2030. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51618/CD57-10-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- (2024) *The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES)*. Informe Regional de las Américas. <https://www.paho.org/es/node/85591>
- Palma-Contreras, A. y Ansoleaga, E. (2020). Asociaciones entre factores de riesgos psicosociales, dimensiones organizacionales y problemas de salud mental, relacionados con la violencia laboral, en trabajadores de tres hospitales chilenos de alta complejidad. *Cad Saúde Pública*, 36(3), 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084219>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V.G., Papoutsis, E. & Katsaounou P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Presidencia de la República de Costa Rica (17 de abril de 2020). *Listo protocolo para asentamientos informales ante el COVID-19*. [Comunicado de prensa]. <https://presidencia.gobiernocarlosalvarado.cr/comunicados/2020/04/listo-protocolo-para-asentamientos-informales-ante-el-covid-19/>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2022). *Documento de Trabajo. Mujeres trabajadoras en el sector de la salud en Colombia*. <https://www.undp.org/es/colombia/publicaciones/mujeres-trabajadoras-sector-salud-colombia>
- Publimetro Colombia (23 de junio de 2020). Gobierno de Duque reporta gastos en salud que no se han hecho. *Publimetro Colombia*. <https://www.publimetro.co/co/noticias/2020/06/23/gobierno-duque-reporta-gastos-salud-no-se-hecho.html>

- Ramírez-Arce, A. (2022). Me Too: ¿un movimiento o un momento? (pre)condiciones, (des) igualdades y demandas sociales. *Estudios*, 1-17. <https://doi.org/10.15517/re.v0i0.51858>
- Rodríguez, M.I. (Coord.). (1994). *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. OPS/OMS.
- Sarsosa-Prowesk, Kewy, Charria-Ortiz, Víctor Hugo, y Arenas-Ortiz, Felipe. (2014). Caracterización de los riesgos psicosociales intralaborales en jefes asistenciales de cinco clínicas nivel III de Santiago de Cali (Colombia). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 348-361. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.crp1>
- Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*, (55), 14-20. <https://www.redalyc.org/pdf/539/53905501.pdf>
- Sigerist, H.E. (1946). *Civilización y enfermedad*. Fondo de Cultura Económica.
- South, J., Woodall, J., Stansfield, J., Mapplethorpe, T., Passey, A. & Bagnall, A.M. (2024) A qualitative synthesis of practice-based learning from case studies on COVID community champion programmes in England, UK. *BMC Public Health*, 24(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17470-1>
- Soto, R. (2013). América Latina. Entre la financiarización y el financiamiento productivo. *Problemas del Desarrollo*, 44(173), 57-78. [https://doi.org/10.1016/S0301-7036\(13\)71875-3](https://doi.org/10.1016/S0301-7036(13)71875-3)
- Universidad del Rosario. (2024) *Propuesta técnica diseño de herramientas operativas e incorporación del enfoque de equidad y determinantes sociales en salud (DSS) en la política de primera infancia*. Convenio # 310/13 de cooperación técnica Ministerio de la Protección Social y OPS/OMS.

Capítulo 5

El derecho a la salud y la promoción de la salud: un binomio instrumental para proteger la dignidad de la persona

Karen Vargas López

Introducción

Existe una idea generalizada que consiste en relacionar el derecho a la salud únicamente con la actividad médico asistencial que brinda el sistema de salud, lo cual es resultado del tradicional enfoque curativo-biologicista que sitúa el centro de las acciones sanitarias solo en la curación de enfermedades, dejando de lado las demás acciones de salud pública, como lo son la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación.

Desde el ámbito del derecho, esa errónea concepción se traduce en que la mayoría de los abogados, cuando deben hacer la defensa legal de este derecho, se sitúan en actividades propias del ámbito hospitalario, cuando en realidad la mayoría de las demandas planteadas ante los tribunales de justicia son para exigir el acceso a medicamentos o intervenciones quirúrgicas, lo que evidencia el énfasis incluso de los ciudadanos en el enfoque curativo. No obstante, tal paradigma omite reconocer y comprender el papel de los determinantes de la salud en el cuidado de la salud humana y, por ende, la evolución que debemos entender en la propia noción de salud.

El presente capítulo pretende ser una guía que permita conocer los fundamentos conceptuales y legales tanto del derecho a la salud como de la promoción de la salud, junto con las interacciones que ambos tienen en beneficio de la salud de la población. Se parte así de una concepción de salud pública que permita visualizar la salud de forma integral, a la luz del contexto actual.

En tal sentido, se orienta al lector en un primer apartado con enfoque legal, para exponer el concepto de derecho a la salud y algunas de sus principales fuentes jurídicas en el contexto internacional, partiendo de la salud como bien jurídico y su primacía sobre otros bienes. Además, se hace referencia al fenómeno de la judicialización de la salud mediante algunas de sus principales manifestaciones.

Posteriormente, en un segundo apartado, se plantean distintas interacciones entre el derecho a la salud y la promoción de la salud como un binomio instrumental que ambos conforman en procura de una mayor equidad sanitaria y la especial protección de la dignidad de la persona. Se cierra este apartado con la contextualización de temática en estudio en el caso concreto de la atención de la emergencia sanitaria en Costa Rica por COVID-19, a fin de visualizar cómo algunas estrategias propias de la promoción de la salud, e incluso de prevención de enfermedades, resultan de gran utilidad para proteger el derecho a la salud y la propia vida humana. Por ejemplo, mediante la debida educación en salud, la participación social y la coordinación intersectorial.

La evolución que ha debido tener el derecho a la salud para adecuarse a los nuevos enfoques de la salud pública es parte de los principales elementos que se introducen en este capítulo, como preámbulo a una discusión mayor que sobre esta temática debe darse.

El derecho a salud como resultado del respeto por la dignidad humana

a) La salud como bien jurídico derivado de la dignidad de la persona y el derecho a la salud como un derecho de categoría superior

De previo es necesario recordar que el derecho a la vida es un derecho humano y fundamental, cuyo goce pleno es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. Deriva de la propia dignidad de la persona y está protegido en distintos instrumentos internacionales de derechos humanos. En virtud de ello, tal y como lo ha reconocido la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho.

Ahora bien, para poder profundizar en el tema que nos ocupa es indispensable preguntarnos ¿qué entendemos por salud? y ¿en qué concepto de esta deberíamos enfocarnos para comprender los alcances del derecho a la salud? Desde el punto de vista legal, la salud es un bien público derivado de la vida humana y de la dignidad de la persona. En consecuencia, se considera un bien jurídico superior cuya protección debe ser garantizada por el Estado mediante acciones concretas y efectivas. Es así como el derecho a la salud surge de manera

directa del propio derecho a la vida y, por ende, tiene una connotación de superior sobre los demás derechos inherentes a la persona. Su especial tutela implica que todos los demás derechos pueden ser razonablemente limitados cuando se requieran acciones para salvaguardar la salud de las personas, partiendo de la premisa: sin salud no hay vida. En este punto es necesario aclarar que, por la propia naturaleza de los derechos humanos, el derecho a la salud está directamente relacionado con el ejercicio de los demás derechos. Tales interrelaciones implican acciones interdependientes en espacios cada vez más dinámicos y cambiantes, según el contexto y las características de la población que se pretende proteger. Así, cualquier análisis sobre el derecho a la salud, necesariamente obliga a comprender a la salud en sentido amplio, bajo un enfoque de salud pública, considerando los determinantes de la salud.

Desde sus orígenes, el concepto de salud ha estado ligado con “ausencia de enfermedad”. Una de las principales corrientes que surgieron en relación con dicho concepto fue la desarrollada en trabajos del filósofo francés de inicios del siglo XVII, Descartes.¹⁸⁹ Posteriormente esta concepción evoluciona para adoptar la tradicional definición de la OMS que concibe a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades”.¹⁹⁰ En la actualidad, desde un enfoque de salud pública, es posible afirmar que ese es un concepto superado desde hace muchos años. Podríamos incluso atrevernos a considerar que el giro radical que obliga a una progresión del concepto de salud tiene su principal antecedente en la Declaración de Alma Ata.¹⁹¹ En esta, aunque se reitera la citada definición de la OMS, se introducen elementos propios del enfoque de determinantes de la salud. Adicionalmente, la concepción de la OMS podría también estar superada si tomamos en consideración lo dispuesto en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que establece el derecho a la salud como el derecho al “más alto nivel posible de salud

¹⁸⁹ Gandolfi Dallari, S. (2012). Derecho a la Salud: un derecho en permanente construcción. En Delduque, M.C., de Sousa Costa, J.G., Costa, A.B., Campos Alves, S.M., Pereiro, M.F., y Costa Cardoso, A.J. (Coords.), *El Derecho desde la calle: Introducción crítica al Derecho a la Salud*, p. 54.

¹⁹⁰ Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la OMS* (ver su introducción). [Microsoft Word - 22811 CONVENIO 0038 \(paho.org\)](https://www.paho.org/microsof-word-22811-CONVENIO-0038)

¹⁹¹ Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (1978). *Declaración de Alma Ata*.

física y mental",¹⁹² y no lo limita únicamente al derecho a la atención de la salud. Se reconoce en la Observación General n.º 14 del Pacto citado que:

existen una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones con las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.¹⁹³

Es claro así que, desde esta perspectiva, la salud no podría ser considerada como un “completo estado de bienestar”, sino más bien como un estado de equilibrio entre factores determinantes de la salud. Ello nos termina por poner en una dinámica muy distinta en el entorno actual de un mundo globalizado, en el cual hasta la salud se volvió un tema que escapa connotaciones nacionales y donde ante crisis sanitarias a nivel mundial, como la generada por el COVID-19, ya no bastan los esfuerzos nacionales de cada país y sociedad, sino que además el cuidar por la salud de las personas se vuelve un tema de repercusión internacional.

Es así como la protección del derecho a la salud no es solo una responsabilidad estatal, sino también comunal, familiar e individual. Por tal razón, la educación en salud es un factor clave para que las personas, y la sociedad en general, se empoderen sobre el cuidado de su propia salud y sean parte activa de los actores que deben intervenir para hacer efectivo este derecho. Se trata de un asunto que resulta de suma importancia al considerar acciones de promoción de la salud bajo la lógica según la cual todo derecho conlleva obligaciones que deben ser cumplidas por las personas.

¹⁹² Organización de las Naciones Unidas (1966). *Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

[cescr_SP.pdf\(ohchr.org\)](https://www.ohchr.org/es/huridocda/huridoca.aspx?symbol=c/cescr/SP.pdf)

¹⁹³ Organización de las Naciones Unidas (2000). Observación General n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

b) Conceptualización del derecho a la salud

Es posible afirmar que la mejor definición sobre el derecho a la salud la encontramos en la Observación General n.º 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la cual, entre otros aspectos, dispone:

El concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. [...]. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.¹⁹⁴

Adicionalmente, se aclara que "el Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud". Nótese cómo esta referencia nos permite comprender la evolución que ha debido tener el concepto de salud antes indicada y la connotación que en consecuencia debe darse al derecho a la salud en la actualidad, en escenarios cada vez más cambiantes y con situaciones constantes que amenazan la salud de la población. El derecho a la salud, entonces, puede entenderse en sentido amplio, más allá de las relaciones con la prestación de los servicios de salud (típico enfoque curativo-biologicista mayoritariamente utilizado en el ámbito del derecho), para integrar ahora todo lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como también con la rehabilitación, con la debida integración de enfoque de los determinantes de la salud.

Ahora bien, para algunos, el derecho a la salud surge como una nueva rama de la ciencia jurídica que va teniendo cada vez un mayor posicionamiento en el ámbito jurídico y en el cual convergen disciplinas de dos saberes distintos: el

¹⁹⁴ Organización de las Naciones Unidas (2000). *Observación General n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

derecho y la medicina. Autores como el español Casabona afirman que esto sucede en un doble sentido: “por un lado se requiere una visión conjunta integradora de todas las ramas del Derecho y, por otra, tener los conocimientos técnicos específicos de la medicina”.¹⁹⁵ No obstante, esto podría limitarse a la mera perspectiva de la medicina legal, dado que históricamente en ese ámbito hemos visto cierta integración de tales saberes. Para efectos de lo que se ha venido planteando, me permito adaptar la idea del profesor Casabona y, a la luz de las necesidades actuales de un mundo cada vez más dinámico y globalizado, hacer la siguiente precisión: el derecho a la salud permite una visión integradora de todas las herramientas de protección de los derechos fundamentales que nos brinda el conocimiento de derecho en general y de sus distintas ramas en particular, con los conocimientos teóricos y prácticos de la salud pública, a fin de garantizar la protección efectiva de la salud de la población y de la vida de las personas.

Es así como, en procura de integrar en una sola definición aspectos del derecho y de salud pública, desde hace unos años me permití conceptualizar el derecho a la salud de la siguiente manera:

se trata de un derecho subjetivo y fundamental, inherente al ser humano, el cual debe ser tutelado por el Estado, debiendo este garantizar el acceso equitativo a las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, tomando en cuenta los diferentes determinantes del proceso salud-enfermedad. En tal sentido, existe obligación del poder estatal de adoptar medidas necesarias para que la población tenga acceso, con calidad, a los servicios básicos que se requieren para proteger su salud, los cuales deben brindarse de forma eficiente, eficaz y efectiva; considerando que la protección efectiva de este derecho también se requiere del compromiso y responsabilidad de cada persona y comunidad en el cuidado de su propia salud.¹⁹⁶

¹⁹⁵ Citado por Delduque, M.C., Badim Marques, S., Madies, C.V., Castaño de Restrepo, M.P., y Milos Hurtado, P. (2012). Bases conceptuales del Derecho a la Salud: del derecho a la salud al derecho sanitario. En Delduque, M.C., de Sousa Costa, J.G., Costa, A.B., Campos Alves, S.M., Pereiro, M.F., y Costa Cardoso, A.J. (Coords.), *El Derecho desde la calle: Introducción crítica al Derecho a la Salud*, p. 46.

¹⁹⁶ Vargas López, K. (2016). El acceso a la justicia y la protección del derecho a la salud. En Caja Costarricense de Seguro Social, *Metamorfosis 2041: hacia una CCSS centenaria*, p. 103.

c) Fundamento legal

c.1) Instrumentos internacionales de derechos humanos

En distintos cuerpos normativos a nivel internacional es posible encontrar referencias a la protección del derecho a la salud. Los siguientes son los que mejor lo delimitan y definen:

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), artículo 26:

Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.¹⁹⁷

Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.¹⁹⁸

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12:

1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena

¹⁹⁷ Organización de los Estados Americanos (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)*. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/17229a.pdf>, p. 11.

¹⁹⁸ Organización de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf, p. 7.

efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.¹⁹⁹

Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador), artículo 10:

Derecho a la Salud 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados parte se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.²⁰⁰

Observación General n.º 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”: Mediante dicha observación se interpreta el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Desde su inicio establece que “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al

¹⁹⁹ Organización de las Naciones Unidas, *Pacto de Derechos Económicos...*, op. cit., p. 5.

²⁰⁰ Organización de los Estados Americanos (1988). *Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador)* http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NR TC&nValor1=1&nValor2=44205&nValor3=46578¶m2=1&strTipM= TC&lResultado=2&strSim=simp

disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.²⁰¹ También indica que este derecho incluye los siguientes elementos esenciales, estrechamente interrelacionados: a) disponibilidad, b) accesibilidad (en cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información), c) aceptabilidad y d) calidad.

Además de lo anterior, en la misma Observación se indica que el derecho a la salud se reconoce:

en particular, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos, así como también en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales.²⁰²

Reglamento Sanitario Internacional: Constituye un instrumento de derecho internacional suscrito entre 196 países miembros de la Organización Mundial de la Salud, con el propósito de trabajar de forma conjunta en favor de la seguridad sanitaria mundial. Adoptado inicialmente en 1969, ha tenido varias modificaciones como resultado de la necesidad de adoptarlo a situaciones propias de un mundo globalizado (el aumento de los viajes y el comercio internacional; y la aparición y reaparición de amenazas de enfermedades y otros riesgos para la salud pública de alcance internacional). Dentro de dicho contexto, en la 48ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en 1995, se solicitó su revisión, pero es hasta la 58ª Asamblea Mundial de la Salud del 23 de mayo de 2005 cuando se dispuso a adoptar el nuevo texto, cuya vigencia empezó el 5 de junio de 2007.²⁰³

²⁰¹ Organización de las Naciones Unidas, *Observación General n.º 14...*, *op. cit.*

²⁰² *Ibid*

²⁰³ Organización Mundial de la Salud (2005). *Reglamento Sanitario Internacional*.

El artículo 2 del Reglamento establece que su finalidad y su alcance son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública.

Este cuerpo normativo constituye uno de los principales referentes cuando se trata de la atención de emergencias sanitarias a nivel internacional, dado que incluye medidas específicas que se deben adoptar en los puertos, aeropuertos y pasos fronterizos terrestres para limitar la propagación de riesgos sanitarios hacia países vecinos y evitar la imposición de restricciones injustificadas a los viajes y el comercio, de modo de reducir al mínimo los trastornos en el tráfico y las actividades comerciales. (OMS)

c.2) Jurisprudencia de interés

Por las limitaciones propias del presente capítulo, solo me referiré a tres sentencias que podrían considerarse “icónicas” en relación con el derecho a la salud, en virtud del desarrollo que realiza cada tribunal de este derecho, además de tratarse de sentencias de años muy recientes y que marcan una evolución importante en el contenido del derecho en estudio.

i) *Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH): Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. Sentencia del 8 marzo de 2018.* En esta se reconoce que el derecho a la salud se encuentra protegido en el artículo 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos. Aunque en su literalidad no se lo refiere de forma expresa, dicho tribunal lo ha interpretado en que de: “los términos del mismo indican que se trata de aquel derecho que se deriva de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la OEA”. Adicionalmente, se agrega que:

La Corte reitera que el derecho a la igualdad y no discriminación abarca dos concepciones: una negativa relacionada con la prohibición de diferencias de trato arbitrarias, y una positiva relacionada con la obligación de los Estados de crear condiciones de igualdad real frente a grupos que han sido históricamente excluidos o que se encuentran en mayor riesgo de ser discriminados. En tal

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43983/9789243580418_spa.pdf;jsessionid=70F7262257B6B214EC75F6156294B999?sequence=1

sentido, la adopción de medidas positivas se acentúa en relación con la protección de personas en situación de vulnerabilidad o en situación de riesgo, quienes deben tener garantizado el acceso a los servicios médicos de salud en vía de igualdad.

Como conclusión general en esta sentencia sobresale:

174. Tomando en cuenta las consideraciones expuestas, esta Corte verificó que: i) el derecho a la salud es un derecho autónomo protegido por el artículo 26 de la Convención Americana; ii) este derecho en situaciones de urgencia exige a los Estados velar por una adecuada regulación de los servicios de salud, brindando los servicios necesarios de conformidad con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación, pero también brindando medidas positivas respecto de grupos en situación de vulnerabilidad; iii) las personas mayores gozan de un nivel reforzado de protección respecto de servicios de salud de prevención y urgencia; iv) a fin de que se impute la responsabilidad del Estado por muertes médicas es necesario que se acredite la negación de un servicio esencial o tratamiento pese a la previsibilidad del riesgo que enfrenta el paciente, o bien una negligencia médica grave, y que se corrobore un nexo causal entre la acción y el daño. Cuando se trata de una omisión se debe verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso; v) la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de la integridad personal; y vi) el consentimiento informado es una obligación a cargo de las instituciones de salud, las personas mayores ostentan la titularidad de éste derecho, sin embargo, se puede transferir bajo ciertas circunstancias a sus familiares o representantes. Asimismo, persiste el deber de informar a los pacientes o, en su caso cuando proceda, a sus representantes sobre los procedimientos y condición del paciente.²⁰⁴

ii) Sentencia de la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional. Colombia: Sentencia T-760 del 2008. Constituye el primer antecedente que a nivel latinoamericano encontramos de una sentencia estructural,²⁰⁵ en la cual se analizaron 21 acciones de tutela interpuestas por ciudadanos que consideraban

²⁰⁴ Corte Interamericana de Derechos Humanos (8 de marzo de 2018). Poblete Vilches y otros vs. Chile. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf, p. 56.

²⁰⁵ Se le denomina *sentencia estructural* porque en ella no solo se resuelve el caso concreto objeto de amparo, sino que el juez, a la vez, analiza elementos generales y estructurales del sistema de salud y ordena acciones en relación con su organización y funcionamiento. Ha sido una

que se les había violentado su derecho a la salud por parte del Ministerio de Protección Social. La Corte Constitucional aborda varios casos en los que se invoca la protección del derecho a la salud relacionados:

a diversas situaciones en las cuales el acceso a los servicios de salud requerido fue negado. Estas situaciones fueron las siguientes: acceso a servicios de salud contemplados en el plan obligatorio de salud (POS), sometidos a pagos moderadores; acceso a servicios de salud no incluidos dentro del POS; acceso a los servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo; reconocimiento de incapacidades laborales cuando no se cumplen los requisitos de pago oportuno; acceso a los servicios de salud en condiciones de integralidad; acceso a los servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como a los exámenes diagnósticos; acceso a los servicios de salud requeridos por personas vinculadas al Sistema de Salud, en especial si se trata de menores; acceso a los servicios de salud cuando se requiere desplazarse a vivir en lugar distinto a aquel en que reside la persona; libertad de elección de la ‘entidad encargada de garantizarle el acceso a la prestación de los servicios de salud’ y duda acerca de la inclusión del lente intraocular en el POS y procedencia del recobro. También fueron incluidos en el análisis de dicha tutela casos donde se reclamaba el reembolso oportuno de los gastos de un servicio médico no cubierto por el POS.²⁰⁶

En dicha sentencia se reconoce que el derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental y afirma que la Corte lo ha protegido por tres vías. La primera, estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda, reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna.

tendencia cada vez más creciente en América Latina. Colombia y Costa Rica son los países donde primero se han manifestado.

²⁰⁶ Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional (2008). Sentencia T-760/08. Colombia. SENTENCIA T 760 -2008 (minsalud.gov.co), p. 3-4.

En el apartado 3.2.1.5 de la sentencia *T-760 del 2008, antes citada*, se dispone que el reconocimiento de la salud, como un derecho fundamental en el contexto constitucional colombiano, coincide con la evolución de su protección en el ámbito internacional; y afirma que la génesis y desenvolvimiento del derecho a la salud, tanto en el ámbito internacional como en el ámbito regional, evidencia la fundamentalidad de esta garantía. Sobresale, además, lo indicado en el apartado 3.4.2, al precisar que el más amplio desarrollo acerca del derecho a la salud, su alcance y significado lo ha realizado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la *Observación General* n.º14 (2000) acerca del *derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*.

Definitivamente, se trata de una sentencia que exige una lectura cuidadosa y pausada para lograr una mejor comprensión del derecho a la salud en la actualidad, dado que en ella se analizan en profundidad elementos básicos y los principales fundamentos de este derecho.

iii) Sentencia de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Costa Rica: En el caso de Costa Rica, debido a que el derecho a la salud no está incluido en el texto de la Constitución Política, la Sala Constitucional ha interpretado que este deriva del derecho a la vida regulado en el artículo 21 constitucional. En este punto cabe destacar que, en virtud del fácil acceso que se tiene a la justicia constitucional en este país (no se requiere patrocinio legal ni formalidades para la interposición de un recurso de amparo, basta con solo indicar los hechos que se consideran lesivos de algún derecho constitucional y un medio para recibir notificaciones), son numerosos los recursos de amparo que de manera constante se interponen para exigir la protección de este derecho. Los temas que mayor cantidad de amparos generan son los relacionados con intervenciones quirúrgicas y procedimientos médicos, ambos agrupados bajo la figura de “listas de espera”, así como también con el acceso a medicamentos, ello a pesar de la solidez del sistema de salud costarricense que suma ya más de 80 años de desarrollo y cuyas características lo destacan como un sistema único de salud (todos los hospitales, áreas de salud, clínicas, EBAIS y puestos de visita periódica, públicos, son administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social), solidario, equitativo, de acceso universal, sólido y de amplia experiencia.

Existen así gran cantidad de sentencias en las cuales se analiza este derecho. Sin embargo, una de las resoluciones que mejor lo desarrolla es la *n.º 05560-2019 de 29 de marzo de 2019 emitida por la Sala Constitucional*. Se trata de

una sentencia estructural en materia de listas de espera, mediante la cual se ordena a la Caja Costarricense de Seguro Social a: “elaborar en el plazo de SEIS MESES, contados a partir de la notificación de esta sentencia, un sistema de gestión integrado para solventar los problemas de lista de espera”. Nótese que, aunque el recurso de amparo que generó esta sentencia versaba sobre la no programación de una cirugía, en su análisis dicho tribunal hace todo un recuento de los distintos instrumentos jurídicos que procuran garantizar el derecho a la salud e incluso lo categoriza según determinados grupos en estado de vulnerabilidad. Entre su contenido se destaca el siguiente extracto:

Si bien es cierto que el derecho a la salud ha sido derivado del derecho a la vida y a un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado por su interrelación con esos derechos, no podemos dejar de lado que este derecho fundamental es un derecho autónomo y con su propio contenido esencial. Basta sólo con consultar el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su numeral 12, para percatarnos de lo que venimos afirmando. En efecto, en dicho instrumento internacional de derechos humanos se establece claramente el derecho de toda persona al disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, por lo que el Estado y sus instituciones tienen el deber de asegurar la plena efectividad de ese derecho a través de una serie de acciones positivas y del ejercicio de las potestades de regulación, fiscalización y de policía sanitaria. Lo anterior significa, ni más ni menos, la prevención y el tratamiento efectivo de enfermedades, así como la creación de condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y servicios médicos de calidad en caso de enfermedad. Dicho lo anterior, el derecho a la salud comprende la disponibilidad de servicios y programas de salud en cantidad suficiente para los usuarios de estos servicios y destinatarios de estos programas. Por otra parte, el derecho a la salud también conlleva la accesibilidad a estos servicios y programas, cuyas cuatro dimensiones son la no discriminación en el acceso a los servicios de salud, la accesibilidad física – particularmente por parte de los más vulnerables –, la accesibilidad económica – que conlleva la equidad y el carácter asequible de los bienes y servicios sanitarios – y la accesibilidad a la información. No menos importante es que los servicios y programas de salud sean aceptables, es decir, respetuosos con la ética médica, culturalmente apropiados, dirigidos a la mejora de la salud de los pacien-

tes, confidenciales, etc. Por último, y no por ello de menor relevancia, el derecho a la salud implica servicios y programas de calidad, lo que significa que tales servicios deben ser científica y médicamente apropiados.²⁰⁷

Resalta, además, de esta sentencia que en ella se hace referencia a la protección del derecho a la salud de distintos grupos en estado de vulnerabilidad con la referencia expresa a los instrumentos internacionales de derechos humanos que de manera concreta los garantizan. Entre dichos grupos tenemos: personas adultas mayores, las mujeres, personas menores de edad, personas con alguna discapacidad, personas indígenas, personas en condición de pobreza y personas privadas de libertad.

Es posible afirmar que la sentencia n.º 05560-2019 es de gran interés y debe necesariamente ser estudiada para lograr una mejor comprensión del derecho a la salud y de sus distintos componentes.

En igual sentido, en relación con el derecho a la salud se pueden ver las sentencias n.º 20113576 del 18 de marzo de 2011, n.º 2012-6554 del 18 de mayo de 2012, n.º 2013-4383 del 02 de abril de 2013, n.º 2014-16665 del 10 de octubre de 2014, n.º 2015-19773 del 18 de diciembre de 2015, n.º 2016-7007 del 24 de mayo de 2016, n.º 201713811 del 30 de agosto de 2017 y n.º 2018-10328 del 27 de junio de 2018, entre muchas otras; todas citadas en la misma resolución de comentario y dictadas por la Sala Constitucional.

Tal y como se indicó en líneas anteriores, en el caso de Costa Rica el derecho a la salud no está expresamente regulado en el texto de la Constitución Política como sí sucede en otros países, ante lo cual la Sala Constitucional lo ha derivado del artículo 21 de la carta magna. En este punto, me permito hacer una acotación adicional. De la lectura integral del texto constitucional, es posible afirmar que el derecho a la salud tiene fundamento en las siguientes normas de la Constitución Política de Costa Rica: el artículo 21, que dispone que la vida humana es inviolable; el artículo 46, último párrafo, que se refiere al derecho del consumidor y usuarios a la protección de su salud; el artículo 50, párrafo segundo, que señala el derecho a un ambiente sano; el artículo 73 en el cual se establece que el gobierno y administración de los seguros sociales (dentro de los cuales se incluye en régimen del seguro de salud –prestaciones médicas), está a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); y el artículo 177, que dispone

²⁰⁷ Sala Constitucional de Costa Rica. Sentencia No. 05560-2019

<https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-917187>. (pp. 77)

la obligación del Estado de brindar a la CCSS los recursos necesarios para cubrir a la población no asegurada, como una medida para garantizar el principio de universalidad de la atención en salud para todas las personas.

d) Luchas sociales por el derecho a la salud (judicialización de la salud)

En los últimos años, varios países de América Latina han experimentado un fenómeno en constante aumento. Se trata de la denominada *judicialización de la salud* (o litigación por los derechos de la salud, como también es conocida), la cual consiste en la práctica reiterada de las personas para exigir ante los tribunales de justicia el acceso a determinadas prestaciones sanitarias con fundamento en el derecho a la salud. Esto se realiza, generalmente, por medio de recursos de amparo (caso de Costa Rica), acciones de tutela (como sucede en Colombia) u otros mecanismos habilitados en la legislación de cada Estado. En los países varía el mecanismo de acceso. Pocos sistemas, como el costarricense, incluyeron en sus legislaciones el acceso directo a la justicia constitucional sin necesidad de patrocinio o representación legal. En la mayoría de las naciones, al igual que en Costa Rica, los temas por los que mayoritariamente se recurre es por acceso a medicamentos, intervenciones quirúrgicas o para la realización de procedimientos médicos (listas de espera).

Brasil, Colombia y Costa Rica son los países donde principalmente y con mayor fuerza se ha presentado este fenómeno y se reconoce que se trata de un fenómeno cada vez más creciente, que genera, en la actualidad, una verdadera presión para los sistemas de salud, como resultado del tipo de órdenes que se dictan, en muchos casos independientemente de preceptos como la medicina basada en evidencia y la medicina de consenso. Dicha evolución ha llegado incluso a que se emitan las denominadas *sentencias estructurales*, según las cuales el juez constitucional termina por ordenar cambios y medidas para todo el sistema de salud, tanto en su estructura como en su funcionamiento, partiendo del análisis de casos concretos.²⁰⁸

En el caso de Costa Rica, la lucha por el derecho a la salud encuentra su génesis en los años 1990, con la interposición de los primeros recursos de am-

²⁰⁸ Yamin, A.E. y Gloppen, S. (Coords.). (2013). *La lucha por los derechos a la salud. ¿Puede la justicia ser herramienta de cambio?* Siglo XXI Editores.

paro en materia de VIH, en los cuales los recurrentes reclamaban principalmente la falta de acceso a medicamentos antirretrovirales, así como la discriminación que sufrían como resultado de tratos diferenciados en el propio sistema de salud.

La sentencia n.º 3001-97 del 30 de mayo de 1997, emitida por la Sala Constitucional de este país, constituye el primer referente jurisprudencial que surge luego de una larga lucha sostenida principalmente por una ONG que abogaba por la protección del derecho a la salud de un grupo altamente vulnerable en ese momento, como lo era el constituido por personas con VIH-SIDA. En esta sentencia se analizó la razonabilidad de la medida con la que el Laboratorio de Química Clínica del Hospital Rafael A. Calderón Guardia remitía las muestras de los pacientes portadores del virus VIH a los laboratorios privados para la realización de los exámenes correspondientes y, en tal sentido, consideró que no era legítimo que el servicio hospitalario, que incluye los exámenes químico-clínicos para todos los demás pacientes de la CCSS, sea diferenciado para los pacientes que portan el VIH-SIDA. Se indicó que la negativa de la CCSS no resultaba razonable ni objetiva e implicaba una medida discriminatoria, lo que, por ende, atentaba contra el derecho a la salud por constituirse en una barrera en el acceso al servicio de salud.

Posterior a esta sentencia, en el mismo año, la Sala Constitucional de Costa Rica emitió la resolución n.º 5934-97 del 23 de noviembre de 1997. Se trataba de un recurso de amparo de un paciente enfermo de SIDA que reclama el suministro de antirretrovirales por parte de la CCSS, el cual fue declarado con lugar. En esta, el Tribunal Constitucional señaló que reconocer y afirmar que la prestación de efectivo auxilio médico a los enfermos de SIDA es un deber del Estado costarricense, derivado de los conceptos de justicia y solidaridad que impregnan al régimen de seguridad social contenido en la Constitución Política y de la misión que esta le encomienda a la CCSS. Aunado a ello, ante una solicitud de adición y aclaración al voto n.º 5934-97 se dictó la sentencia n.º 0504-I-97 del 24 de octubre de 1997 que ordenó a la CCSS a brindar el mismo tratamiento que el que se ordenó para el recurrente a todas las personas que así se lo requirieran y que se encontraran en las mismas condiciones. Para obtenerlo, de ninguna manera resultaba requerido que el interesado o interesada debiera primero accionar en esta vía.

Con esta línea jurisprudencial, resultado de gran cantidad de recursos de amparo en la materia, se ordenó finalmente al Estado costarricense a emitir la

regulación que permitiera dar efectiva protección a las personas con VIH-SIDA, además de ordenar el suministro de medicamentos antirretrovirales, que en ese momento no estaban incluidos en el esquema de medicamentos a nivel público. En razón de ello, en el año 1998 se emitió la Ley General sobre el VIH-SIDA y en el año 1999 su reglamento. Actualmente la CCSS cuenta con más de 11 medicamentos antirretrovirales, incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos. Esto constituye todo un ejemplo de cómo largas luchas sociales por el derecho a la salud terminan judicializándose y, con ello, el juez procura encontrar soluciones que, aunque en muchos casos pueden resultar cuestionables desde la óptica médica o asistencial, pretenden finalmente proteger derechos fundamentales y la propia dignidad de la persona, ante la omisión que en determinados casos se constata por parte del Estado.

No obstante lo anterior, es necesario reiterar que, tal y como lo dispone la Observación General n.º 14 antes citada en apartados anteriores, el derecho a la salud requiere la realización de una variedad de derechos, por lo que no se materializa solo mediante la prestación de servicios de salud o el acceso a ellos. La vivienda digna y el acceso a alimentos, a agua potable, a un trabajo digno, a la educación, a la información, así como el respeto por la dignidad humana son derechos interrelacionados de forma directa con la posibilidad de garantizar el derecho a la salud. Sin embargo, en la mayoría de los casos, las personas visualizan este derecho únicamente desde la prestación de servicios de salud, es decir, bajo un enfoque curativo, obviando que el derecho a la salud va más allá de ello, y debe considerar los determinantes de la salud para su efectiva protección y garantía.²⁰⁹

Interrelaciones entre derecho a la salud y la promoción de la salud

a) El binomio derecho a la salud-promoción de la salud como una herramienta para alcanzar mayor equidad en salud y proteger la dignidad humana

Los orígenes conceptuales de la promoción de la salud los encontramos en la promulgación de la Carta de Ottawa, dentro del marco de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, ante la necesidad de darle una nueva concepción a la salud pública como disciplina, tal y como lo dispone el propio texto de dicha Carta. En esta se define la promoción de la salud como el

²⁰⁹ *Ibid.*

“proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Nótese que en dicha definición resalta el *proporcionar*,²¹⁰ es decir, facilitar o suministrar a las personas condiciones que les permitan un mejor estado de salud integral, así como un mejor control sobre este. Dentro de este contexto, la Carta establece que, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de realizar las siguientes acciones:

1. Identificar y realizar sus aspiraciones.
2. Satisfacer sus necesidades.
3. Cambiar o adaptarse al medio ambiente.

En relación con lo anterior, es posible afirmar que el nivel más alto posible de salud al que puede llegar una persona o grupo, conforme la definición de derecho a la salud dada por la Observación General n.º 14 citada en líneas anteriores, requiere para su efectivo entendimiento considerar la posibilidad de materializar esas tres acciones, siempre y cuando se considere además el enfoque de determinantes de la salud, dado que la misma Carta establece que “factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos puedan intervenir bien en favor o en detrimento de la salud”. Es decir, que ese nivel más alto posible de salud depende directamente de tales factores y, por ende, del propio derecho a salud.

Otro aspecto de interés, desde el punto de vista legal, es que la Carta establece la promoción de la salud como estrategia para lograr la equidad sanitaria, procurando reducir diferencias en el estado de salud de las personas. Surge aquí un interrogante importante, ¿en materia de salud debemos hablar de equidad o de igualdad? La respuesta a esta pregunta podría encontrarse al comprender que en materia de salud no es posible que dos sujetos tengan iguales condiciones de vida, dado que para cada uno su vida y su salud depende de distintos determinantes, según los cuales se presentan diferentes factores que pueden influir a favor o en contra de su estado de salud. La igualdad, en cambio, requiere que sea posible poder comparar sujetos que se encuentran en una misma categoría, es decir, que reúnan mismas condiciones, lo cual como hemos visto no es posible si partimos de un enfoque de determinantes de la salud, debido a que

²¹⁰ Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa*.

nunca dos personas van a estar en iguales condiciones biológicas, de ciclo de vida, de entorno y de condiciones sociales, económicas, políticas y culturales, entre otras. Una sola diferencia en alguno de estos componentes implicaría que los sujetos que se pretende cotejar ya no están en una misma categoría y, por ende, no podrían ser comparables, con la lógica consecuencia de no poder establecer entre ellos relacionales de igualdad o de desigualdad. Por tal motivo, en materia de salud lo correcto sería hablar en términos de equidad, como objetivo necesario para garantizar el derecho a la salud de la población.

Ahora bien, tal y como lo ha establecido la OPS, la equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas, mediante la eliminación de las diferencias que son innecesarias y evitables. Tal definición parte de la histórica concepción que al respecto ha planteado Whitehead,²¹¹ quien considera que la equidad en salud implica la ausencia de inequidad en salud. La inequidad como concepto, tiene una dimensión moral y ética; se refiere a las diferencias que son innecesarias y evitables, pero que, además, son consideradas también injustas y arbitrarias. Tales diferencias, en todo caso, deberán ser medibles según los determinantes que estén influyendo en el estado de salud de la persona.

Como complemento a lo dispuesto en la Carta de Ottawa, surge la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, cuyo alcance pretende establecer las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud y se orienta más hacia la comprensión de las sinergias entre derecho a la salud y promoción de la salud, al referirse a esta última de la siguiente manera:

Las Naciones Unidas reconocen que el disfrute del mayor grado posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin discriminación alguna. La promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual. La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar

²¹¹ Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 22(3), pp. 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>

las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud.²¹²

Nótese la evolución que ha debido darse hasta llegar a un punto en el que, como se refleja en el texto anterior, se introduce la definición de derecho a la salud de la Observación General n.º 14 “derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”²¹³, en el concepto mismo de promoción de la salud que posteriormente surge en la Carta de Bangkok. Esta idea de lo *posible* es lo que de nuevo nos obliga a considerar el enfoque de los determinantes de la salud. Es decir, tanto la promoción de la salud como el derecho a la salud, desde sus bases conceptuales más actualizadas, permiten comprender la necesidad —e, incluso, la obligación legal— de abordar los determinantes como factor clave para proteger la salud de las personas y, por ende, su vida, según la posibilidad que exista de abordarlos y dar mejores condiciones de vida a las personas.

La Carta de Bangkok permite comprender de mejor manera que la promoción de la salud es una herramienta indispensable para hacer efectiva la protección de los derechos fundamentales de la persona. Es al derecho a la salud junto con el derecho a la vida, a los que especiales garantías deben dársele por encima de cualquier otro derecho e interés. Es aquí donde la máxima según la cual el interés público prevalece sobre los intereses privados, cobra protagonismo y debe ser una realidad para lograr mayor equidad en salud.

Otro antecedente de importancia lo encontramos en la Declaración de Adelaida sobre salud en todas las políticas. En su preámbulo establece que esta surge ante la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios. Esto requiere una nueva forma de gobernanza en la que haya un liderazgo conjunto dentro de los gobiernos, entre todos los sectores y niveles de gobierno. Vemos así que, de nuevo, se insiste en la equidad como motor de desarrollo humano y, dentro de dicha lógica, se plantea que

²¹² Organización Mundial de la Salud (2005b). *Carta de Bangkok*. https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf?ua=1

²¹³ Organización de las Naciones Unidas, Observación General n.º 14..., *op. cit.*

una población sana es un requisito fundamental para la consecución de los objetivos de la sociedad, considerando que la reducción de las desigualdades y las diferencias sociales mejora la salud y el bienestar de todos.²¹⁴

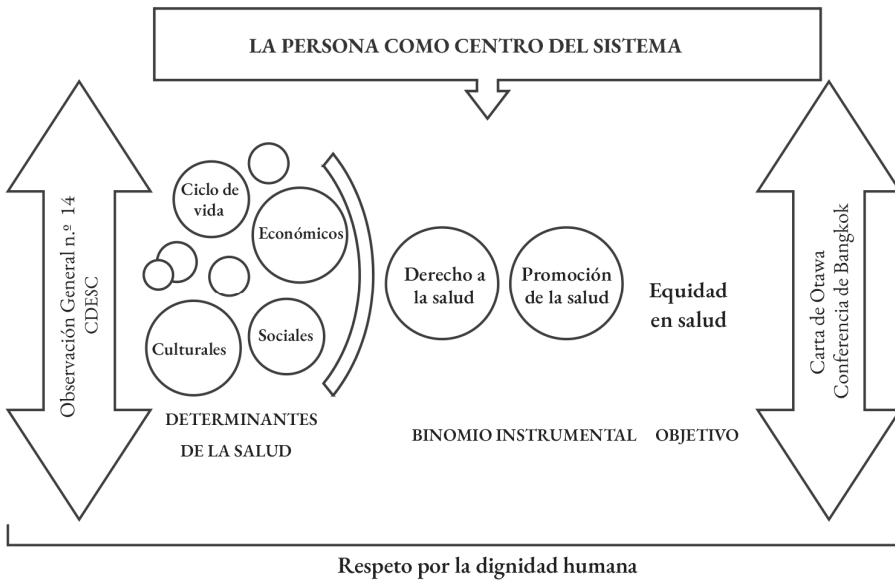
De interés en la temática que nos ocupa es también la Declaración de Shanghái²¹⁵ sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Allí se plantea el fomento de la equidad a partir de los conocimientos sanitarios, comprendidos como determinantes fundamentales de la salud. En tal sentido, reconoce que los conocimientos sanitarios empoderan a las personas y posibilitan su participación en iniciativas colectivas de promoción de la salud y que el hecho de que los encargados de la adopción de decisiones y los inversores tengan un alto nivel de conocimientos sanitarios contribuye a que se impliquen más en favor de los resultados sanitarios, los beneficios conjuntos y las intervenciones eficaces respecto de los determinantes de la salud. Los conocimientos sanitarios se basan en un acceso incluyente y equitativo a una educación de calidad y al aprendizaje permanente. Debe ser una parte integrante de las capacidades y competencias desarrolladas a lo largo de la vida, primera y principalmente a través de los planes de estudio escolares.

De lo dicho hasta aquí sobre las relaciones que podemos encontrar entre el derecho a la salud y la promoción de la salud, es posible afirmar que constituyen un binomio instrumental útil para alcanzar una mayor equidad sanitaria que permita finalmente el respeto por la dignidad de la persona, tal y como se resume en la siguiente figura.

²¹⁴ Organización Mundial de la Salud (2019). *Declaración de Adelaida*. https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

²¹⁵ Organización Mundial de la Salud (2016). *Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final><https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1draft-es.pdf.pdf?ua=1>

Figura 1. Interrelaciones entre el derecho la salud y la promoción de la salud.
Respeto por la dignidad humana



Fuente: Elaboración propia

Ahora bien, Mejía²¹⁶ recuerda que son cinco las líneas de acción que se han planteado para desarrollar acciones efectivas en materia de promoción de la salud, a saber: la formulación de políticas saludables, el fortalecimiento de las destrezas y potencialidades de la comunidad, la creación de entornos saludables, la reorientación de los servicios de salud y el fortalecimiento de la participación ciudadana. Y cuatro son las principales herramientas a utilizar en su implementación: la educación en salud, el mercadeo social, la participación comunitaria y la coordinación intersectorial.

En el siguiente apartado veremos cómo tales herramientas toman un rol protagónico en la atención de situaciones de emergencia sanitaria, como es en el caso de la pandemia de COVID-19. Si partimos de la premisa según la cual el derecho a la salud de la población es responsabilidad de todos/as, la educación en salud que se brinde a las personas sobre cómo cuidar sus estilos de vida de forma saludable, con la debida participación de cada sujeto y con la correcta

²¹⁶ Mejía, G. (2016). *Promoción de la salud: guía para el trabajo intersectorial con líderes y grupos organizados de la comunidad*. EUNED.

coordinación de sectores público-privado, mediante un abordaje interinstitucional, es una pieza clave en un ajedrez donde el juego versa en cuidarnos juntos como sociedad y evitar el colapso de los sistemas de salud. Se trata de una batalla que entre todos debemos luchar y ganar.

Por ello no son casualidad las palabras emitidas por el Dr. Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico de la Caja Costarricense de Seguro Social en el periodo 2019-2022, en una conferencia de prensa realizada a finales del mes de junio de 2020, en la que dio a conocer la situación que enfrentaban los servicios de salud en Costa Rica por el COVID-19. En tal sentido indicó: “si los servicios de salud colapsan vamos a enfrentar una crisis jamás imaginada en el sistema sanitario. Pero todavía estamos a tiempo de evitarlo”²¹⁷. Ello dentro del llamado que estaba haciendo a la población para que asumiera su responsabilidad en medio de la emergencia sanitaria, con el deber de cuidarnos entre todos, como sociedad, y de forma individual. El autocuidado, el debido distanciamiento social y el respeto de los protocolos de atención dictados por las autoridades sanitarias fueron parte de las principales estrategias para hacer frente a la situación que se presentó en nuestros países por dicha enfermedad. La educación en salud se constituyó en un elemento de especial relevancia para empoderar a las personas y que estas asumieran interés por el cuido de su salud, como medida para evitar la propagación de la enfermedad

La educación en salud para toda la población se convierte así en un componente fundamental de la promoción de la salud, a fin de que las personas cuenten con mayor información que les permita empoderarse en cómo cuidar de su salud, la de su familia, la de su comunidad y del propio sistema sanitario. Nunca antes esta herramienta de salud pública había tenido tanta relevancia para cuidarnos todos, mediante la debida información sanitaria que pueda hacerse llegar a los distintos sectores de la población y, en especial, a los grupos en mayor estado de vulnerabilidad.

b) La integración del binomio derecho a la salud-promoción de la salud en la atención de la pandemia de COVID-19 en Costa Rica

²¹⁷ Universidad de Costa Rica. Semanario Universidad. <https://semanariouniversidad.com/ultima-hora/aumento-de-casos-esta-generando-presion-en-sistema-hospitalario-senala-gerente-medico-de-la-caja/>

Sin lugar a dudas, una de las principales actividades de salud pública que han sido claves en la atención de la pandemia de COVID-19 ha sido la vigilancia en salud, entendida esta según la OMS como:

la recogida, el análisis y la interpretación sistemáticos y continuos de datos sanitarios con el fin de planificar, analizar y evaluar las prácticas en esa esfera. Se lleva a cabo de forma sistemática para conocer las tendencias de las enfermedades y es fundamental para responder a las epidemias.²¹⁸

Precisamente, las decisiones de los países en la atención de la emergencia sanitaria por COVID-19 debieron basarse, en los casos con resultados más satisfactorios, en la información generada desde este ámbito del conocimiento. La ciencia, una vez más, permite la toma de decisiones oportunas y es ahí donde el derecho debe procurar, con información actualizada, acciones oportunas para ajustar la normativa existente o crear nuevos instrumentos jurídicos que permitan brindar seguridad jurídica para toda la población y para el personal sanitario, así como mantener una actualización constante de todos los instrumentos normativos que resulten aplicables.

Para comprender las rápidas y numerosas acciones regulatorias que debieron surgir en Costa Rica para atender la alerta sanitaria por COVID-19, es importante la siguiente relación de fechas:

Tabla 1. Fechas de interés en la atención de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Costa Rica

Fecha	Evento
8 de diciembre de 2019	Se diagnosticó el primer caso en un hospital de Wuhan, China.
22 de enero de 2020	El Ministerio de Salud emite la primera versión de los Lineamientos Nacionales para la Vigilancia de la Enfermedad COVID 19 (al 10 de junio esto va por la versión n.º 14, dada la necesidad de estar constantemente revisándolos y actualizándolos, según el comportamiento de la enfermedad en el país).
6 de marzo de 2020	Se confirma en Costa Rica el primer caso por dicho virus en un turista norteamericano.

²¹⁸ Organización Mundial de la Salud (2017). <https://www.who.int/features/qa/surveillance-ethics/es/>

7 de marzo de 2020	Se confirman los primeros casos de costarricenses.
8 de marzo de 2020	Se declara en el país estado de alerta amarilla.
11 de marzo de 2020	La OMS declaró como pandemia el evento sanitario por COVID-19 ante la inacción de los países por frenar su avance.
16 de marzo de 2020	El Gobierno de la República decretó emergencia nacional por COVID-19, según Decreto Ejecutivo n.º 42227-MP-S.

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de distintas fuentes documentales emitidas por la CCSS

En el caso de Costa Rica, un país con poco más de 51.000 km de extensión y una población algo superior a los 5 300 000 de habitantes para el 2024, se cuenta con un sistema único de salud, de acceso universal, solidario y universal, administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social, que incluía 29 hospitales y 106 Áreas de Salud. En la atención de la emergencia sanitaria han sido clave las acciones de tamizaje generadas desde los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), que para el mes de mayo de 2020 alcanzaban los 1063 centro de este tipo. Se trata de equipos de atención primaria ubicados en el seno de las comunidades y cuyo conocimiento de la realidad local y de las características de su población adscrita los convierten en una herramienta de gran utilidad a nivel sanitario.

Ahora bien, si ya indicamos que el concepto de salud debe entenderse en sentido amplio, desde un enfoque de determinantes de la salud, es lógico ahora considerar las estrechas relaciones que existen entre el derecho a la salud y acciones como la vigilancia epidemiológica, en tanto esta puede brindar a los tomadores de decisiones en el ámbito local y estatal información de gran utilidad para definir estrategias y actividades que permitan garantizar el derecho a la salud, por medio de datos oportunos, veraces y de calidad, elementos claves del derecho a la información que tiene toda persona.

Cabe recordar que, en la atención de la emergencia sanitaria por COVID-19, en muchos países se debieron tomar decisiones que limitaban algunos derechos, como el derecho a la libre circulación de las personas, también conocido como derecho a la libertad de tránsito, mediante medidas sanitarias que obliga-

ban al distanciamiento social y, en muchos casos, incluso al confinamiento domiciliario como estrategia para combatir esta emergencia cuya afectación fue mundial. En ese contexto es claro que el derecho a la salud retomó gran exposición y preponderancia a raíz del COVID-19, puesto que obligó a muchos gobernantes y autoridades sanitarias a hacer un ejercicio de balanza entre proteger la salud de la población y dar continuidad a la actividad económica de sus países, por ejemplo. En tal sentido, también en su oportunidad se abrió el debate en algunos países entre cuáles derechos debían tener primacía: el derecho individual de cada sujeto a elegir cómo hacer frente ante situaciones de alerta sanitaria o el derecho colectivo (y con este el interés público) por proteger la salud de la población.

Es claro que cada sociedad, según el conjunto de valores que tenga establecido, dará más importancia a uno de estos derechos frente al otro. En Estados Unidos de América, por ejemplo, ha sido evidente, según lo informado en aquel momento en distintos medios de comunicación masiva, cómo en varios estados surgieron manifestaciones en las que personas exigían el derecho individual a decidir cómo cuidar de su propia salud, negándose a aceptar medidas como el aislamiento en el hogar (algo semejante a lo acontecido en años recientes respecto de la oposición de algunos grupos a aceptar vacunas para sus hijos). En otros países como Costa Rica, las autoridades de gobierno comprendieron que en medio de una alerta sanitaria como la que se experimentó a nivel mundial con el COVID-19, la salud estaba por encima de cualquier bien económico, y aunque las presiones de distintos sectores eran cada vez mayores por la apertura de fronteras y normalización de actividades económicas y comerciales, el propio Ministro de Salud en ese momento, Dr. Daniel Salas, fue enfático en señalar de manera reiterada que la salud de la población era lo primero, y así se mantuvo la línea del gobierno durante la atención de todo la emergencia sanitaria. Nótese que en un país como Costa Rica donde las actividades turísticas sufrieron un grave golpe en su giro comercial, los cierres de fronteras y prohibición de visitar playas o lugares públicos, junto con el cierre de hoteles, bares y restaurantes por más de dos meses, tuvieron grandes repercusiones en la economía de esta nación, altamente dependiente del sector turismo. Evidentemente, el contexto actual nos enfrenta a un desafío cada vez más cambiante y dinámico cuando se trata de alertas sanitarias de orígenes poco o nada conocidos y cuyo abordaje y atención se convierte en un reto diario para las autoridades y, por ende, para el derecho, desde el cual debe procurarse mantener lo más

actualizados posibles los cuerpos normativos y regulaciones aplicables conforme la realidad imperante. Entonces, la oportuna actualización normativa debe ser una prioridad en la atención de cualquier emergencia sanitaria, para dar seguridad jurídica a las actuaciones de todos.

Desde la perspectiva del derecho, y en concreto, para garantizar el derecho a la salud, ha sido clave en la atención de pandemia la regulación rápida, oportuna y cercana a cada situación que se ha presentado. Es posible afirmar que nunca antes el derecho estuvo más cercano a la salud de las personas y nunca antes los operadores del derecho, ni quienes trabajamos de manera directa en asesoría legal para la autoridad sanitaria, habíamos sentido de forma tan viva y cercana aquella famosa frase que nos enseñaban en la Facultad de Derecho, según la cual “el derecho siempre está detrás de la realidad y, por ende siempre, existe la necesidad de su constante actualización”. En medio de la situación de emergencia sanitaria, al menos en Costa Rica, la normativa debió sufrir transformaciones rápidas y complejas: desde derogar reglamentos de más de 30 años de existencia para poder emitir nuevos cuerpos normativos que permitieran incluir supuestos propios de una emergencia sanitaria como la experimentada por COVID-19 y así poder dar mayor seguridad jurídica a todas las acciones relacionadas con el objeto regulado, hasta la actualización de lineamientos en cuestión de días según el comportamiento de la propia enfermedad y de las alertas que entidades como la OMS y OPS emitían de forma constante.

Ahora bien, de forma concreta es necesario precisar algunas de las relaciones que se han evidenciado entre aspectos propios del derecho a la salud y la promoción de la salud, dentro de la atención de la emergencia por COVID-19. Si afirmamos que regular oportunamente ciertas situaciones en el ámbito sanitario es un requisito indispensable para que las personas tengan mayor seguridad jurídica en torno a cómo actuar, ello también debe tenerse muy presente cuando se trata de acciones relacionadas con la promoción de la salud.

Un claro ejemplo de ello se vio en Costa Rica con las medidas impulsadas en esa oportunidad por el Ministro de Salud respecto del adecuado lavado de manos y el distanciamiento social, medidas que fueron claves para hacer frente a la expansión del COVID-19 y que se pueden enmarcar como propias del ámbito de la promoción de la salud, desde un enfoque de autocuidado, mediante estilos de vida saludables y con una adecuada educación en salud de las personas, aspectos que lógicamente los salubristas consideramos como indispensables. Esto no limita, claro está, en que tales medidas pueden a su vez ser propias

de esquemas de prevención de enfermedades, según la orientación que a cada una se le brinde. Otro claro ejemplo de ello fueron las campañas masivas dirigidas a toda la población que reflejaban la importancia de brindar información oportuna, sencilla y clara, dentro del proceso de educación en salud que exigía la emergencia que se estaba atendiendo.

En Costa Rica, en el aspecto normativo también se vio muy de cerca la relación con actividades de la promoción de la salud. Se emitieron desde protocolos para el adecuado lavado de manos, la forma correcta de toser y estornudar dirigidos a toda la población, con mensajes precisos para detener el contagio por COVID-19, hasta protocolos de atención del Reglamento Sanitario Internacional (estos incluso contaron con varias versiones dada la necesidad de actualización según los acontecimientos que se iban dando cada día). Nótese que, al estar dirigidas estas acciones a la población en general, encuentran su lógica en el ámbito de la promoción de la salud y pueden, a la vez, constituirse en estrategias de prevención de enfermedades varias.

En el caso de la reapertura de establecimientos como restaurantes, con límites horarios, el propio Ministerio de Salud de Costa Rica dispuso en aquel momento la obligación de que, al ingreso de las personas a cada local, existieran lavamanos, jabón líquido y dispensadores de alcohol en gel. El incumplimiento de disposiciones de esa naturaleza podía acarrear la pérdida del permiso sanitario de funcionamiento del local comercial. Lo mismo se dispuso para el caso de supermercados, farmacias y otros establecimientos. Además, la propia población, producto de las fuertes campañas de educación en salud sobre el tema, dirigidas incluso por las autoridades sanitarias del país, se volvió más consciente de su obligación por cuidar de su salud mediante una actividad tan sencilla como el solo lavado de manos y se volvió cada vez más exigente con los dueños de establecimientos comerciales para que cumplieran estas medidas. Este ejemplo nos demuestra cómo garantizar el derecho a la salud de la población, además de ser una obligación estatal con la emisión de protocolos de acatamiento obligatorio, es una responsabilidad personal. Cada sujeto bien informado y educado sobre el tema es el primer fiscalizador y cuidador de su salud.

Otro ejemplo de regulación reciente en Costa Rica que podemos relacionar con la promoción de la salud son los *Lineamientos de salud mental y apoyo psicosocial en el marco de la alerta sanitaria por Coronavirus (COVID-19)*,²¹⁹ emitidos por el Ministerio de Salud y cuya primera versión es del 18 de marzo de 2020. Están dirigidos a la población en general, pero, a su vez, incluyen disposiciones específicas para grupos en estado de vulnerabilidad, como personas que viven en la calle, personas migrantes, personas cuidadoras de adultos mayores y de menores de edad, entre otros.

La construcción normativa por COVID-19 nos ha enseñado que, cuando se trata de la salud de la población, el derecho debe asumir el reto de procurar la actualización constante y oportuna de todos los cuerpos normativos aplicables. El ejemplo de muchos países por brindar seguridad jurídica en sus actuaciones refleja este compromiso. En el caso de Costa Rica, para el mes de junio de 2020 el Ministerio de Salud había emitido más de 80 instrumentos jurídicos para la atención de la emergencia sanitaria (entre decretos ejecutivos, lineamientos y protocolos), mientras que en la CCSS se registraron más de 140 regulaciones emitidas en ese contexto, todo en procura de garantizar el derecho a la salud de la población y brindar la mayor seguridad jurídica posible a todos.

c) Poblaciones vulnerables y la protección de su derecho a la salud dentro de la emergencia sanitaria por COVID-19

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en ocasión de esta emergencia, emitió la resolución n.º 1/2020, denominada “Pandemia y derechos humanos en las Américas”, en la cual advertía que la pandemia de COVID-19 podía afectar gravemente la plena vigencia de los derechos humanos de la población en virtud de los serios riesgos para la vida, salud e integridad personal que supone el COVID-19; así como sus impactos de inmediato, mediano y largo plazo sobre las sociedades en general, y sobre las personas y grupos en situación de especial vulnerabilidad. Señaló también la necesidad de adoptar de forma inmediata, urgente, y con la debida diligencia, todas las medidas que fueran adecuadas para proteger los derechos a la vida, salud e integridad de las personas que se encontraran en sus jurisdicciones frente al riesgo que representaba

²¹⁹ Ministerio de Salud de Costa Rica (2020). *Lineamientos de salud mental y apoyo psicosocial en el marco de la alerta sanitaria por Coronavirus (COVID-19)*.

la pandemia. Tales medidas debían ser adoptadas atendiendo a la mejor evidencia científica, en concordancia con el Reglamento Sanitario Internacional, así como con las recomendaciones emitidas por la OMS y la OPS, en lo que fueran aplicables.²²⁰

También es importante mencionar que el Gobierno de Costa Rica emitió, además, el *Protocolo de preparativos y respuesta ante el coronavirus (COVID-19) en asentamientos informales* (2020), en el cual se le daba un rol protagónico a la participación comunitaria y un rol activo y prioritario para los gobiernos locales. Su objetivo, según se indica en la página del dicho protocolo, era:

Prevenir, contener y atender el contagio de personas con COVID-19 en asentamientos informales, priorizando a la población vulnerable, mediante la implementación del Plan interinstitucional y 6 multinivel, así como los planes locales de preparativos y respuesta ante COVID-19 en asentamientos informales.

Así, partiendo de la premisa de que las personas que viven en asentamientos informales son altamente vulnerables, como parte de la justificación de dicho protocolo, se plantea que:

al estar expuestas a diversos factores de riesgo asociados a diversos tipos de exclusión, desigualdad, pobreza, informalidad y vulneración de derechos humanos, tales como los indicados seguidamente, entre otros: 1. Bajo nivel de escolaridad y limitaciones en el acceso a servicio de energía eléctrica, internet, telefonía; que constituyen barreras de acceso a información oficial, veraz, oportuna y comprensible. 2. Limitaciones en el acceso a agua potable a través de un servicio estable, intradomiciliario, por hogar; lo que aumenta la recurrencia en el uso de puntos de acceso comunales, por parte de varios hogares de la comunidad, o bien la acumulación de agua en recipientes que podrían convertirse en criaderos de vectores causantes de enfermedades. 3. Alta densidad demográfica y condiciones de infraestructura y sanitarias que no alcanzan el mínimo requerido para la gestión de residuos y riesgos a lo interno del asentamiento informal, lo que genera focos de contagio de enfermedades. 4. Carencia de facilidades sanitarias intradomiciliarias, por hogar; lo que aumenta la recurrencia en el uso de facilidades sanitarias comunales, por parte de varios hogares la comunidad. 5. Condiciones de habitabilidad inadecuadas, con relación al nivel de hacinamiento de

²²⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos (10 de abril de 2020). Resolución n.º 1/2020 “pandemia y derechos humanos en las américas”. <http://oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>

la población; lo que limita la implementación del distanciamiento social y aislamiento; aunado a la habitual carencia de espacio público. 6. Carencia de ahorros o condiciones laborales estables por parte de los hogares, así como dependencia en el trabajo diario para subsistir, lo que limita la implementación del distanciamiento social y aislamiento. 7. Aumento en la violencia intrafamiliar y en contra de las mujeres a causa de las limitaciones de acceso a una vivienda digna que cuente con condiciones que permitan mantener distancias físicas y emocionales requeridas.²²¹

El citado protocolo regula una serie de acciones intersectoriales y multiniveles en la que cobra relevancia la debida coordinación interinstitucional, en distintos ámbitos como, por ejemplo: acceso a información, acceso a agua potable, gestión de residuos, facilidades sanitarias, hacinamiento, condiciones laborales, condiciones de violencia intrafamiliar y en contra de las mujeres, principalmente. Además, se establece que las personas con mayor estado de vulnerabilidad en tales asentamientos son: las personas adultas mayores, las personas con discapacidad, las personas menores de edad, las mujeres y las personas con condiciones de salud de riesgo ante COVID-19, tales como enfermedades crónicas, inmunodeprimidas, embarazadas, u otras, según indicaciones del Ministerio de Salud u otros entes competentes.

En este complejo contexto, es de suma importancia la resolución antes citada de la CIDH, que plantea las relaciones que surgen entre el derecho a la salud y la atención de la emergencia sanitaria, con especial énfasis en grupos en estado de vulnerabilidad para los cuales se establecen las siguientes recomendaciones para los países:

- Considerar los enfoques diferenciados requeridos al momento de adoptar las medidas necesarias para garantizar los derechos de los grupos en situación de especial vulnerabilidad al momento de adoptar medidas de atención, tratamiento y contención de la pandemia de COVID-19; así como para mitigar los impactos diferenciados que dichas medidas puedan generar.

²²¹ Protocolo de preparativos y respuesta ante el coronavirus (COVID-19) en asentamientos informales (2020). https://oiss.org/wp-content/uploads/2020/04/protocolo_covid_asentamientos_informales_30032020.pdf (pp. 4)

- Promover desde las más altas autoridades la eliminación de estigmas y estereotipos negativos que puedan surgir sobre ciertos grupos de personas a partir del contexto de pandemia.

Además, en el caso concreto de los pueblos indígenas, la misma resolución dispone:

- Proporcionar información sobre la pandemia en su idioma tradicional, estableciendo, cuando sea posible, facilitadores interculturales que les permitan comprender de manera clara las medidas adoptadas por el Estado y los efectos de la pandemia.
- Respetar de forma irrestricta el no contacto con los pueblos y segmentos de pueblos indígenas en aislamiento voluntario, dados los gravísimos impactos que el contagio del virus podría representar para su subsistencia y sobrevivencia como pueblo.
- Extremar las medidas de protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas en el marco de la pandemia de COVID-19, tomando en consideración que estos colectivos tienen derecho a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, que tome en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.
- Abstenerse de promover iniciativas legislativas y/o avances en la implementación de proyectos productivos y/o extractivos en los territorios de los pueblos indígenas durante el tiempo en que dure la pandemia, en virtud de la imposibilidad de llevar adelante los procesos de consulta previa, libre e informada (debido a la recomendación de la OMS de adoptar medidas de distanciamiento social) dispuestos en el Convenio 169 de la OIT y otros instrumentos internacionales y nacionales relevantes en la materia.

En el caso de personas migrantes, solicitantes de asilo, personas refugiadas, apátridas, víctimas de trata de personas y personas desplazadas internas, se recomienda por parte de la CIDH:

- Evitar el empleo de estrategias de detención migratoria y otras medidas que aumenten los riesgos de contaminación y propagación de la enfermedad generada por el COVID-19 y la vulnerabilidad de las personas en situación de movilidad humana, como deportaciones o expulsiones colectivas, o cualquier forma de devolución que sea ejecutada sin la debida coordinación y verificación de las condiciones sanitarias correspondientes, garantizando las condiciones para que estas personas y sus familias puedan salvaguardar su derecho a la salud sin ninguna discriminación. En este sentido, se deben implementar rápidamente mecanismos para proporcionar la liberación de las personas que actualmente se encuentran en centros de detención.
- Abstenerse de implementar medidas que puedan obstaculizar, intimidar y desestimar el acceso de las personas en situación de movilidad humana a los programas, servicios y políticas de respuesta y atención ante la pandemia de COVID-19, tales como acciones de control migratorio o represión en las cercanías de hospitales o albergues, así como el intercambio de información de servicios médico-hospitalarios con autoridades migratorias con carácter represivo.
- Garantizar el derecho de regreso y la migración de retorno a los Estados y territorios de origen o nacionalidad, a través de acciones de cooperación, intercambio de información y apoyo logístico entre los Estados correspondientes, con atención a los protocolos sanitarios requeridos, considerando de manera particular el derecho de las personas apátridas de retornar a los países de residencia habitual, y garantizando el principio de respeto a la unidad familiar.
- Implementar medidas para prevenir y combatir la xenofobia y la estigmatización de las personas en situación de movilidad humana en el marco de la pandemia, impulsando acciones de sensibilización a través de campañas y otros instrumentos de comunicación y elaborando protocolos y procedimientos específicos de protección y atención dirigidos a niñas, niños y adolescentes migrantes y refugiados, en especial, proveyendo los mecanismos específicos de asistencia a aquellas personas que se encuentran separadas o sin compañía.

- Incluir expresamente las poblaciones en situación de movilidad humana en las políticas y acciones de recuperación económica que se hagan necesarias en todos los momentos de la crisis generada por la pandemia.

En cuanto a las personas con discapacidad:

- Asegurar atención médica preferencial a las personas con discapacidad, sin discriminación, incluso en casos de razonamientos de recursos médicos.
- Asegurar la participación de personas con discapacidad en el diseño, implementación y monitoreo de las medidas adoptadas frente a la pandemia de COVID-19.
- Ajustar los entornos físicos de privación de la libertad y atención médica, tanto en instituciones públicas como en privadas, para que las personas con discapacidad puedan gozar de la mayor independencia posible y acceder a medidas como el aislamiento social y el lavado frecuente de manos, entre otras.
- Adoptar los ajustes razonables y apoyos necesarios para garantizar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos humanos en condiciones de igualdad en contextos de medidas de aislamiento o contención.
- Adoptar estrategias de comunicación a fin de informar en formatos accesibles sobre evolución, prevención y tratamiento.

Todo lo anterior permite comprender que, tratándose de la protección del derecho a la salud, acciones cada vez más concretas deben procurarse cuando se requiere garantizar y hacer efectivo este derecho para los grupos en estado de vulnerabilidad, a fin de lograr una mayor equidad en salud.

Conclusiones

Sin salud no hay vida. En consecuencia, comprender el significado de dar a las personas los medios necesarios para empoderarse en el cuidado de su propia

salud es un factor clave para el desarrollo humano. Pero, además, es indispensable que de forma oportuna los gobiernos adopten medidas que permitan a toda persona alcanzar el nivel más alto posible de salud, según su propia realidad, considerando en todo momento el rol de los determinantes de la salud en esa dinámica de vida y abordándolos en beneficio de las personas.

Es necesario comprender que la salud es un bien jurídico derivado de la vida humana y, por ende, es un bien de naturaleza superior, junto a la vida. Tal característica obliga a considerar que cualquier otro bien debe ceder cuando se trata de la protección de la salud de la población, bajo el precepto según el cual el interés público debe estar por encima de cualquier interés particular, máxima que debe regir las decisiones estatales. La protección de la salud es, además, un derecho fundamental del ser humano y, por tal motivo, encuentra especial regulación en distintos cuerpos normativos, tanto a nivel nacional como internacional. Surge aquí el derecho como una ciencia que, mediante sus distintos mecanismos e instrumentos, permite encontrar soluciones y adoptar acciones concretas que permiten dar efectiva protección al derecho a la salud.

Como lo hemos visto a lo largo del presente capítulo, se trata de un derecho complejo que reúne componentes de ciencias históricamente consideradas como opuestas: el derecho y la medicina, como afirman algunos estudiosos, o el derecho y la salud pública, como prefiero considerarlo, las cuales nunca antes tuvieron tantas interrelaciones como las que actualmente podemos encontrar. Prueba de ello es la integración del binomio instrumental derecho a la salud-promoción de la salud, cuya comprensión constituye una herramienta de gran utilidad para alcanzar el objetivo de equidad en salud, presupuesto necesario si se pretende un verdadero respeto de la dignidad humana.

Si bien es cierto que, históricamente, se ha considerado el derecho a la salud como un derecho de naturaleza “prestacional”, es decir, más relacionado con la prestación de servicios de salud que brinda el Estado (lo cual evidencia los sesgos que se arrastran desde un enfoque meramente curativo y biologicista), en la actualidad, bajo la perspectiva de salud pública, es indispensable comprender que el derecho a la salud va más allá de esa limitada idea y que su análisis obliga a considerar también aspectos y actividades relacionadas con la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, junto con los determinantes de la salud.

El objetivo final que juntos nos debemos proponer es lograr que todo ser humano pueda disfrutar del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. Surge aquí un nuevo interrogante: ¿cómo pasar de la teoría a la

práctica para garantizar de forma efectiva el derecho a la salud? Profundizar en el estudio de este derecho desde un enfoque de salud pública podría ser de gran utilidad. La invitación queda abierta.

Bibliografía

- Defensoría del Pueblo (2012). La tutela y el derecho a la salud. La Tutela y el derecho a la salud 2012 (defensoria.gov.co)
- Delduque, M.C., Badim Marques, S., Madies, C.V., Castaño de Restrepo, M.P., y Milos Hurtado, P. (2012). Bases conceptuales del Derecho a la Salud: del derecho a la salud al derecho sanitario. En Delduque, M.C., de Sousa Costa, J.G., Costa, A.B., Campos Alves, S.M., Pereiro, M.F., y Costa Cardoso, A.J. (Coords.), *El Derecho desde la calle: Introducción crítica al Derecho a la Salud* (pp. 43-53). FUB, CEAD.
- Frías Osuna, A. (2000). *Salud Pública y Educación para la Salud*. Masson.
- Gandolfi Dallari, S. (2012). Derecho a la Salud: un derecho en permanente construcción. En Delduque, M.C., de Sousa Costa, J.G., Costa, A.B., Campos Alves, S.M., Pereiro, M.F., y Costa Cardoso, A.J. (Coords.), *El Derecho desde la calle: Introducción crítica al Derecho a la Salud* (pp. 43-53). FUB, CEAD.
- Gobierno de la República de Costa Rica (2020). *Protocolo de preparativos y respuesta ante el coronavirus (COVID-19) en asentamientos informales, versión 2*. https://oiss.org/wp-content/uploads/2020/04/protocolo_covid_asentamientos_informales_30032020.pdf
- Mejía, G. (2016). *Promoción de la salud: guía para el trabajo intersectorial con líderes y grupos organizados de la comunidad*. EUNED.
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2020). *Lineamientos de salud mental y apoyo psicosocial en el marco de la alerta sanitaria por Coronavirus (COVID-19)*. Microsoft Word - Lineamientos Salud Mental y Apoyo Psicosocial por COVID-19 Versión 1 17 marzo 2020 (1).docx (inder.go.cr)
- Organización de los Estados Americanos (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)*. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/17229a.pdf>
- (1988). *Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador)* http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=44205&nValor3=46578¶m2=1&strTipM=TC&lResultado=2&strSim=simp

- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la OMS*. Microsoft Word - 22811 CONVENIO 0038 (paho.org)
- (1986). *Carta de Ottawa*. Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf (paho.org)
- (2005). *Reglamento Sanitario Internacional*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43983/9789243580418_spa.pdf;jsessionid=70F7262257B6B214EC75F6156294B999?sequence=1
- (2005). *Carta de Bangkok*. https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf?ua=1
- (2016). *Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-finalhttps://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1draft-es.pdf.pdf?ua=1>
- (2019). *Declaración de Adelaida*. https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- (1978). *Declaración de Alma Ata*. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Organización de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- (1966). *Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=11190
- (2000). *Observación General n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Poblete Vilches y otros vs. Chile. Corte Interamericana de Derechos Humanos (8 de marzo de 2018). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf
- Resolución n.º 1 de 2020 [Corte Interamericana de Derechos Humanos]. Pandemia y derechos humanos en las Américas. 10 de abril de 2020. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Ruiz, M. (2020). Conferencia de Prensa efectuada en Casa Presidencia, San José, Costa Rica. 2020. <https://semanariouniversidad.com/ultima-hora/aumento-de-casoshttps://semanariouniversidad.com/ultima-hora/aumento-de-casos->

esta-generando-presion-en-sistema-hospitalario-senala-gerente-medico-de-la-caja/esta-generando-presion-en-sistema-hospitalario-senala-gerente-medico-de-la-caja/

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica (2019). Sentencia n.º 05560. <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-917187>.

Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional (2008). Sentencia T-760/08. Colombia. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

Vargas López, K. (2016). El acceso a la justicia y la protección del derecho a la salud. En Caja Costarricense de Seguro Social, *Metamorfosis 2041: hacia una CCSS centenaria* (pp. 99-110). CCSS. [metamorfosispdf.pdf](#) (binasss.sa.cr)

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 22(3), 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>

Yamin, A.E. y Gloppen, S. (Coords.). (2013). *La lucha por los derechos a la salud. ¿Puede la justicia ser herramienta de cambio?* Siglo XXI Editores.

Agradecimientos

Damos un reconocimiento a las y los autoras/es de la obra colectiva y a quienes participan y participarán en este proceso colaborativo, al comité editorial y al equipo de base que es interlocutor permanente y nos permite aprender al construir; a la riqueza que se deriva de la apuesta por trabajar con otros/as, de tender puentes de comunicación, diluir fronteras y sentirnos una misma región; al esfuerzo que implicó conformar equipos de diferentes países para generar conocimientos y reflexiones nuevas en las que tejimos conocimientos y experiencias diversas. El ejercicio mismo de soñar este producto implica apertura, diálogo, reconocimiento mutuo, relaciones horizontales, corresponsabilidad y la oportunidad de coproducir salud y fortalecer la comunidad en promoción de la salud.

Sobre los autores y autoras

María Constanza Granados Mendoza

Colombia

promocionsalud.ra@gmail.com

Psicóloga. Consultora internacional en promoción de la salud. Fundadora de la Red Colombiana de IES y Universidades Promotoras de Salud REDCUPS. Miembro del equipo coordinador de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS). Autora de publicaciones en promoción de la salud. Consultora en procesos encaminados a promover la salud en diferentes países y en Redes de Universidades Promotoras de Salud y Universidades. Coordinadora del proceso colaborativo Promoción de la Salud en Latinoamérica - *Abya Yala* Caja de Herramientas. Premio Internacional RIUPS, categoría: Innovación Alcance Regional (Portugal, 2022). Reconocimiento internacional por contribución al desarrollo de redes nacionales y estatales de universidades promotoras de salud, otorgado en el marco del X Congreso Iberoamericano de Universidades Promotoras de Salud, Portugal 2022.

María del Consuelo Chapela Mendoza

México

conich@correo.xoc.uam.mx

Médica, magíster en Medicina Comunitaria, Ph.D. en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Trabaja y trabajó en y con comunidades sobre distintos aspectos problemáticos de sus vidas. Sus intereses de trabajo e investigación se refieren a la relación conocimiento-sociedad, su íntima vinculación con la justicia, la dignidad humana, las maneras de conocer el mundo para transformarlo y la repercusión de todo ello en las condiciones de los cuerpos individuales y colectivos, a lo que ha llamado “promoción de la salud emancipadora”. Continúa su formación formal como maestra en Medicina Comunitaria en la Universidad de Edimburgo y como Ph.D. en Ciencias Sociales en la Universidad de Londres. Actualmente es profesora-investigadora en el área de investigación en Salud y Sociedad en la Universidad Autónoma

Metropolitana Xochimilco. Participa con grupos interesados en el desarrollo de metodologías críticas para la investigación y planificación como instrumentos de sanación, autonomía y emancipación de los pueblos.

Adrián Eduardo Alasino

Argentina

adrianeduardoalasino@gmail.com

Médico, especialista en Medicina General Familiar. Profesor Titular de Promoción de Salud Crítica y Educación para la Salud, Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP). Director de la Escuela Superior de Medicina de la UNMDP, Buenos Aires, Argentina. Ex Presidente y actual Vice Presidente del Foro Argentino de Facultades y Escuelas Públicas de Medicina. Presidente Honorario de la Federación Argentina de Medicina General. Ex Presidente de la Red AMNET (América's Network For Chronic Disease Surveillance). Doctorando en Medicina Transnacional en la Universidad de Padua, Italia.

Anselmo Antonio Cancino Sepúlveda

Chile

anselmo.cancino@gmail.com

Asistente social. Magíster en Política y Gobierno de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile). Con experiencias de formación académica en temas de salud pública y promoción de la salud en Universidad de Chile, Universidad de Talca y el Instituto de Salud Pública Carlos III de España. Se ha desempeñado como consultor internacional de Promoción de la Salud OPS/OMS, Washington. Es académico de la Escuela de Medicina de la Universidad de Santiago de Chile y de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Maule, en cátedras de Promoción de la Salud y Humanización de la Medicina. Durante el período 2014-2018 ejerció el cargo de jefe del Departamento Nacional de Promoción de Salud del Ministerio de Salud de Chile. En el período de 2015-2017 se desempeñó como presidente de la Red Latinoamericana y del Caribe de Gestores de Promoción de la Salud.

María Fernanda Rivadeneira Guerrero

Ecuador

mfrivadeneirag@puce.edu.ec

Doctora en Medicina y Cirugía. PhD en Epidemiología. Es profesora de tiempo completo en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Estuvo a cargo de la oficina de Promoción de la Salud en PUCE durante 2012-2019. Fue coordinadora de la Maestría en Epidemiología para la Salud Pública de la PUCE durante 2019-2022. Profesora invitada en la Universidad de Barcelona. Su trabajo investigativo y docente se centra en determinantes de la salud y desigualdades sociales en salud.

María Carolina Morales Borrero

Colombia

carolinamorabo@yahoo.es

Doctora en Salud Pública (Universidad Nacional de Colombia). Magíster en Administración de la Salud (Pontificia Universidad Javeriana). Odontóloga (Universidad Nacional de Colombia). Profesora titular del Departamento de Salud Colectiva (Universidad Nacional de Colombia). Profesora invitada de la Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Xochimilco) y de la Universidad Complutense de Madrid. Coordinadora del Grupo de Investigación en Salud Colectiva (GISC) y de la Red Colombiana de Salud Colectiva (RCSC). Miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames).

Adolfo Maldonado

España

salud@accionecologica.org

Médico, cofundador de la Clínica Ambiental-Proyecto de Reparación Socio Ambiental. Trabaja en la Amazonía en prácticas de recuperación de la salud como dignidad y la dignidad como salud. Vinculado actualmente a la clínica ambiental con la convicción de que la salud comienza en el suelo y que cuando la esperanza está por los suelos hay que recuperar los suelos para que la esperanza rebrote como semilla.

Mónica Osorio Simons

Brasil

ceag@terra.com.br

Médica veterinaria, bióloga, especialista en Educación Ambiental, máster en Educación con más de 35 años de experiencia en Educación Ambiental con base territorial en empresas, tercer sector (ONG) y gobiernos. Directora del Centro de Educación Ambiental de Guarulhos (San Pablo, Brasil) desde 1995. Miembro fundador de la Red Latinoamericana y Caribeña de Promoción de la Salud. Coautora de varios libros de gestión ambiental y promoción de la salud.

Ana Lucía Casallas Murillo

Colombia

acasallasmurillo@gmail.com

Profesional de enfermería, con especialización en Epidemiología. Magíster en Educación y Desarrollo Social. Doctora en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad, con distinción de tesis meritoria. Se ha desempeñado como asesora del Comité Internacional de la Cruz Roja y ha contribuido con estudios relacionados con los problemas de la Misión Médica en Colombia. Desde la ONG Grupo Guillermo Fergusson, ha promovido la exigibilidad del derecho a la salud mediante la estrategia de una escuela popular de formación de líderes en salud con diversos colectivos. Fue coordinadora regional de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y ha sido docente e investigadora en universidades de Colombia y Ecuador.

Ingrid Gómez Duarte

Costa Rica

ingrid.gomez@ucr.ac.cr

Médica, salubrista y doctora en Epidemiología y Salud Pública. Docente e investigadora de la Universidad de Costa Rica, con más de diez años de experiencia en las áreas de salud, gestión de servicios de salud, diseño y evaluación de proyectos de investigación en salud. Consultora y especialista en análisis mixto, metodologías participativas y aplicación del método científico en temas de realidad nacional y global. Ha trabajado proyectos en las áreas de promoción de la salud, determinantes sociales de salud, salud global, inequidades sociales

de la salud, migración y derecho a la salud en niñez y adolescencia. Experiencia en transferencia de conocimientos, recolección de información y sistematizaciones de experiencias.

Nancy Jeanet Molina Achury

Colombia

njmolinaa@unal.edu.co

Fisioterapeuta, magíster en Ciencias de la Salud en el Trabajo, PhD en Ciencias de la Salud. Docente e investigadora de la Universidad Nacional de Colombia. Miembro del Grupo Guillermo Fergusson y del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. Presidenta del Colegio Colombiano de Fisioterapeutas. Exdirectora de Salud Pública de Bogotá. En su experiencia profesional se destaca el trabajo con organizaciones sociales y sindicales en procesos de educación popular, Investigación Acción Participativa y organización por el derecho a la salud.

Karen Vargas

Costa Rica

kvargal@ccss.sa.cr

Abogada y salubrista por la Universidad de Costa Rica. Cuenta con más de 28 años de experiencia como funcionaria de la Caja Costarricense de Seguro Social. Actualmente se desempeña como Asesora de la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social. Es profesora universitaria a nivel de posgrado en la Universidad de Costa Rica y en la Universidad Estatal a Distancia. Es fundadora de la Comisión de Derecho a la Salud del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica. Es egresada del Programa de Líderes en Salud Internacional de la OPS. Integrante del Consejo Directivo de la Red Iberoamericana de Derecho Sanitario.

