

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

¿Quiénes pueden elegir vivir sano? Desigualdades sociales y sus tensiones en salud

Who can choose to live healthily? Social inequalities and their tensions in health

CLAUDIO MERINO JARA

Universidad de Los Lagos, Chile

ALEJANDRA LEIGHTON NARANJO

Investigadora independiente, Chile

BERNARDITA PILQUINAO PILQUINAO

Universidad de Los Lagos, Chile

VALERIA BAHAMONDE HARVEZ

Universidad de Los Lagos, Chile

RESUMEN La investigación analiza las relaciones que se establecen entre las intervenciones de promoción-prevención en salud y las desigualdades e inequidades sociales, y cómo son visibilizadas por los equipos de salud, usuarias y usuarios de hospitales comunitarios y centros de salud familiar de la Región de Los Lagos. La metodología de investigación se desarrolla a través de un diseño descriptivo-fenomenológico y la interpretación de los datos, considera elementos del análisis del discurso. Las técnicas de recolección de datos corresponden a grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas. Los sujetos participantes corresponden a equipos de salud y usuarias-usuarios de la red asistencial de la Región de Los Lagos. El foco de las estrategias de promoción se ha centrado en acciones orientadas a fortalecer estilos de vida saludables, principalmente a través de la alimentación saludable y la actividad física, no obstante, esto ha excluido otras dimensiones de la vida mucho



Este trabajo está sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional Creative Commons (CC BY 4.0).

más apremiantes y pertinentes para la salud de las comunidades. Las actuales estrategias de promoción no consideran acciones de salud situadas y con pertinencia territorial, debido a los lineamientos homogéneos a nivel nacional, con medidas de estandarización de rendimiento y producción en salud de carácter centralizado y vertical. Esto deja en otros planos la urgencia asociada al acceso del agua, territorios degradados ambientalmente o las dificultades estructurales que se deben sortear para vivir una vida saludable. Fenómeno que excede los márgenes de la libertad y voluntad de los individuos.

PALABRAS CLAVE Promoción en salud; prevención en salud; salud pública; pertinencia territorial; Región de Los Lagos.

ABSTRACT The research analyzes the relationships established between health promotion-prevention interventions and social inequalities and inequities, and how they are perceived by health teams, users of community hospitals, and family health centers in the Los Lagos Region. The research methodology is developed through a descriptive-phenomenological design, and data interpretation incorporates elements of discourse analysis. Data collection techniques include focus groups and semi-structured interviews. The participants are health teams and users of the health network in the Los Lagos Region. The focus of promotion strategies has been on actions aimed at strengthening healthy lifestyles, mainly through healthy eating and physical activity. However, this approach has excluded other dimensions of life that are much more pressing and relevant to the health of communities. Current promotion strategies do not consider situated health actions with territorial relevance due to homogeneous national guidelines, with centralized and vertical standardization measures for health performance and production. This neglects urgent issues related to access to water, environmentally degraded territories, or structural difficulties that must be overcome to live a healthy life, phenomena that exceed the margins of individual freedom and will.

KEY WORDS Health promotion; health prevention; public health; territorial relevance; Los Lagos Region.

Introducción

El trabajo que da origen al artículo tiene como objeto investigar las intervenciones de promoción y prevención en salud y su pertinencia territorial, social y cultural en la Región de Los Lagos. En específico, se cuestiona ¿cómo se adaptan o adecuan las intervenciones de promoción-prevención en salud en relación con las desigualdades e inequidades sociales?

Esta pregunta es problematizada desde la experiencia de los equipos de salud, usuarias y usuarios de hospitales comunitarios y centros de salud familiar.

La matriz teórica de la investigación está situada en el campo de la salud colectiva entendida como aquellos procesos teóricos, metodológicos y políticos que abordan lo social como una producción de saberes (Campos, 2000) de naturaleza interdisciplinar con foco en la epidemiología, la planificación y las ciencias sociales orientadas al campo de la salud (Osmo & Schraiber, 2015). Se diferencia de la salud pública y comunitaria, debido a que no observa al Estado y sus instituciones como fuerza privilegiada en la producción de salud.

En este sentido, comprendemos que las acciones en salud se construyen colectivamente desde el territorio (Ibacache & Leighton, 2005), como “un conjunto de prácticas y saberes que pone en marcha una sociedad para conocer su salud y transformarla” (Cuyul, 2016, p. 442).

En este contexto, la investigación enfatiza en los procesos institucionales para abordar la salud y el modelo médico hegemónico como trasfondo (Menéndez, 2015, 2016), entendido como la construcción y producción teórica, técnica, ideológica e instrumental de las intervenciones en salud que se valida institucionalmente. Invisibiliza o asimila otros saberes médicos y focaliza las acciones en salud en intervenciones de carácter curativo, preventivo, con fuerte énfasis en la normatización y control.

Respecto de las desigualdades en salud, nos aproximamos desde los aportes teóricos y militantes de la interseccionalidad, en el que se problematiza sobre los mecanismos y prácticas que generan y favorecen marcadores de desigualdad e injusticias naturalizadas que constituyen factores cruciales en las oportunidades y obstáculos que enfrentan las personas (los Reyes, 2017). Consideramos que la interseccionalidad nos ayuda a visibilizar el conjunto de relaciones injustas y evitables que se materializan en formas concretas de dominación, evitando su utilización prescriptiva e instrumental (Viveros, 2016), debido a que nos interesa aportar al análisis de la concurrencia de “múltiples fuentes de subordinación/opresión” (Salem, 2014) que se manifiestan en las formas de producción y reproducción social.

Habitar las desigualdades

El Informe PNUD 2017 (Cociña & Frei, 2017) sentenciaba que en Chile hablar de desigualdades es una obviedad, argumentando la configuración sociohistórica de injusticia que se ha mantenido como rasgo estructural en la sociedad chilena. Entre otros factores, debido a que las desigualdades dependen de “las estructuras sociales subyacentes y en el impacto que las instituciones políticas, económicas y legales tienen en los distintos grupos poblacionales” (Daponte et al., 2008, p. 12). Estas desigualdades obedecen a procesos multidimensionales que involucran todos los aspectos de la vida, afectando el conjunto de la experiencia social tanto en su dimensión simbólica como material (Reygadas, 2015) y que inciden en la percepción subjetiva de la salud, como en la sintomatología que afecta los estados de salud, enfermedad, atención, cuidado y muerte (Abramo et al., 2020; Alvis-Zakzuk et al., 2018; Bermedo, 2015; Donà, 2021; Luengo, 2015; Pierce et al., 2021).

Las injusticias sociales que constituyen el sustrato de las desigualdades en salud acontecen en los territorios en los cuales habitan personas, familias y comunidades. Operan como inequidades, entendidas como aquellas “diferencias sistemáticas, socialmente producidas, remediables e injustas en el estado de salud entre diferentes grupos sociales” (Barboza-Solís et al., 2020, p. 14).

Especial interés para la investigación, es la configuración del territorio como espacio de acumulación extractivista en el que acontecen procesos de expropiación ecológica y de la vida (Borde & Torres-Tovar, 2017; Prieto, 2016), territorios de sacrificio que van modelando nuevas formas de segregación espacial, cambiando las dimensiones centro-periferia para comprender la urbanización de la pobreza no solo en las periferias, también en los centros urbanos (López & Aguilar, 2020). La contaminación del aire, agua y suelo configuran el malestar de la vida, condicionan desplazamientos forzados (Álvarez & Muñoz, 2017) y constituyen parte de las externalidades negativas del metabolismo neoliberal (Kukoc-Paz, 2020; Skil, 2011; Soliz, 2014).

Habitar las inequidades y desigualdades, conlleva a diferenciales epidemiológicos en lo que respecta al género. Entender la inequidad de género desde una lógica neoliberal implica mayores exigencias respecto a ser económicamente activo y productivo en tareas que han sido asignadas socioculturalmente tanto a hombres y mujeres. Implica la coerción y violencia para doblegar a otra persona considerada en una condición de inferioridad, ya sea por marcadores como la clase, raza, religión, género u otro, debido a “que más allá del derecho al voto, la educación y otros logros, es la estructura social la que provoca desigualdades y sigue estableciendo jerarquías que benefician a los varones” (Casado & García-Carpintero, 2018, p. 13). El ordenamiento social asociado al género implica desigualdades que condicionan el ejercicio de una ciudadanía plena (Gómez-Urrutia, 2010) y configuran brechas en la esperanza de vida para hombres y mujeres (Lopes, 2005).

Sin embargo, estas injusticias sociales derivadas de desigualdades e inequidades por género (ya sea entre hombres y mujeres, entre hombres y entre mujeres), se han entendido desde una lógica neoliberal como la falta de oportunidades que condicionan el esfuerzo y la responsabilidad económica para ingresar al mercado laboral y no la justicia en coherencia a las propias particularidades que implica la igualdad y ejercicio pleno de derechos de una ciudadanía (Godoy, 2015).

La reconfiguración del territorio por nuevas prácticas extractivas también devela nuevas formas de división de género, re-estructurando formas de cuidado y desigualdad en los territorios (Bustos et al., 2020; Ketterer-Romero, 2016).

La multiplicidad de actividades, sobrecarga laboral y violencia de género, con frecuencia afecta la salud mental de las mujeres (Gómez & Jiménez, 2015), quienes son ingresadas al Programa de Salud mental, bajo el diagnóstico de depresión y ansiedad, invisibilizando las injusticias de género que operan en diversos planos y sus interseccionalidades. Como señala Caro (2017, p. 127) esta “interseccionalidad hace referencia a la situación en la cual una clase concreta de discriminación interactúa con dos o más grupos de discriminaciones creando situaciones determinadas y múltiples en sus explicaciones”. Aspecto que cobra significativa relevancia en el campo de la salud en el que las mujeres con frecuencia se deben adecuar “a terapias donde sus problemas de sobrecarga emocional y laboral, que derivan de una multiplicidad de roles, han sido reducidos y rotulados como depresivos, más que como un asunto que ha afectado su comunicación y participación dentro del grupo familiar y la sociedad donde se desenvuelve” (Garay, 2004, p. 112).

En el ámbito del trabajo las desigualdades se expresan significativamente en la Región de Los Lagos, donde una de las principales fuentes laborales de las mujeres son las empresas del rubro acuícola. Trabajo precarizado en cuanto a bajas remuneraciones, discomfort térmico y posiciones poco ergonómicas relacionadas con movimientos repetitivos y/o posturas musculoesqueléticas forzadas por sobre el rango articular aceptable en el tiempo. En el caso de los hombres, se presentan diferenciales epidemiológicos importantes derivados de su trabajo, como la exposición al sol, frío y humedad en pescadores (Véliz et al., 2017). Esto no es muy distinto a otros territorios y sectores laborales respecto de la relación que existe entre género y trabajo (Silva et al., 2014; Valero et al., 2015)

Promoción y prevención en salud.

En el campo sanitario internacional, considerando sus distintas vertientes políticas y técnicas (Cueto & Palmer, 2016; Pires-Alves & Cueto, 2017; Ugalde & Homedes, 2007), la estrategia de promoción de salud se origina como una forma crítica para abordar los problemas asociados a un modelo de intervención sanitario, fundado en la enfermedad y la sintomatología de estructura piramidal y jerárquica.

Las primeras medidas globales y diplomáticas en materia de promoción para avanzar en una atención de salud democrática e inclusiva, inicia con la Carta de Ottawa (1986) que sistematiza los lineamientos de la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Posteriormente se realizan otras conferencias internacionales, ampliamente conocidas en el campo de la salud como cartas o declaraciones: Adelaide (1988) Sundsval (1991) Jakarta (1997), México (2000), Nairobi (2009) Bangkok (2005), Helsinki (2013).

Pese a iniciativas desarrolladas desde la conferencia internacional para la promoción de la salud de Ottawa, la implementación de las acciones de promoción de salud, en la práctica, no se logran diferenciar de las acciones de prevención. Diferencia que es significativa respecto de sus bases epistémicas y teóricas, debido a que la promoción de la salud tiene como centro la calidad de vida. Por el contrario, la prevención está centrada en la enfermedad derivando acciones de carácter curativo (Calventus & Bruna, 2018).

En congruencia a estos lineamientos internacionales las acciones vinculadas a promoción y prevención en salud, participación y educación de la población están orientadas a modificar patrones culturales y hábitos de alimentación bajo el supuesto que las enfermedades del nuevo milenio en gran medida proliferan por los estilos de vida y voluntad de las personas (Banco Mundial, 1993, 1998; OMS, 2012). Desde este razonamiento, las desigualdades sociales que afectan la condición de salud, han sido traducidas en el discurso institucional sanitario como un proceso que está presente, no obstante relativamente superado por la transición epidemiológica, en que la mayoría de las enfermedades se relacionan con los estilos de vida de la población, sus patrones culturales y sus hábitos de consumo (alimentos, tabaco, alcohol-drogas, etc.), quedando soterrado los aspectos ecológicos, ambientales, económicos y políticos que inciden en los procesos de salud-enfermedad para ser abordados desde la responsabilidad individual del autocuidado (Codoceo & Sougarret, 2017; Marchiori, 2007; Spinelli, 2010).

Con el predominio preventivo en las acciones de salud, las categorías económicas, políticas, sociales, ambientales y culturales, interpretadas institucionalmente como “Determinantes sociales” (OMS, 2009), se han incorporado al sistema de salud como factores para-sanitarios, es decir, que ayudan a comprender el origen de la enfermedad, pero se continúa interviniendo sobre los síntomas y no sobre las causas que estructuran, afectan y soportan la vida humana y no humana.

En el ámbito institucional, estas categorías auxiliares-contextuales se integraron a los lineamientos de Atención Primaria de Salud (APS), principalmente para adaptar los programas de salud a la matriz cultural de las personas. Aplicando finalmente una estrategia de atención primaria selectiva (Cueto, 2015). Es decir, que propone adaptar de forma hegemónica el lenguaje y prácticas de salud a los patrones culturales de las personas, externalizando en ellos la responsabilidad de su cuidado sin considerar las prácticas económico-extractivas del territorio, las desigualdades sociales o los efectos negativos que el propio sistema de salud genera.

Tanto la idea de promoción y prevención en salud han sido cuestionadas debido a que promueve la medicalización temprana, fortaleciendo el mercado de la salud y el control de la vida bajo una mirada moral y elitista. Desde esta perspectiva estarían dadas las condiciones para una conducción biopolítica de la subjetividad somática, en el que no se tratan las enfermedades, más bien se diagnostica e intervienen los riesgos (Arouca, 2008; Caretti et al., 2019; Castiel & Álvarez-Dardet, 2010).

Metodología

La investigación se desarrolla a través de un diseño descriptivo-fenomenológico y la interpretación de los datos, considera elementos del análisis del discurso, comprendido como “una práctica social, una forma de acción articulada a partir del uso lingüístico contextualizado, ya sea oral o escrito y que se da en interdependencia del contexto” (Calsamiglia & Tusón, 1999, p. 15). A través del discurso nos aproximamos al entramado social, indagando en las identidades y conflictos de grupos sociales con características socioculturales determinadas.

El trabajo de campo se desarrolla en la Región de Los Lagos, debido a su heterogeneidad territorial en la que coexisten diversos ecosistemas sociales. Administrativamente está constituida por 30 comunas que integran las provincias de Osorno, Llanquihue, Chiloé y Palena. Esta diversidad permite indagar en la pertinencia del sistema público de salud desde contextos insulares a territorios precordilleranos con alta ruralidad y aislamiento geográfico.

Para comprender la diversidad de discursos en torno a las intervenciones de promoción y prevención en salud se conforman grupos de discusión en las 4 provincias de la Región de Los Lagos. Los grupos, principalmente están integrados por funcionarios de salud y dirigentes de organizaciones sociales.

Respecto de la conformación de los grupos de discusión, especial cuidado se otorgó a la garantía de la homogeneidad y simetría de los participantes para evitar relaciones de dominación y cooptación de los discursos (Godoi, 2015). Así se favorece la producción de discursos y sentidos, en relación con su trayectoria social y se relevan las intersubjetividades de los participantes, su conocimiento y reflexiones derivadas de un habitar situado (Castro et al., 2016; Rogel-Salazar, 2018).

Complementario al desarrollo de los grupos de discusión, se desarrollan entrevistas semiestructuradas. A través del desarrollo de esta técnica, se profundiza en las subjetividades de los usuarios, usuarias de salud y equipo clínicos. Interpretando sus lugares de enunciación, para comprender desde el discurso, las singularidades territoriales, económicas, sociales y sus relaciones con las intervenciones de promoción y prevención en salud.

Previo a las técnicas de recolección de datos, se realizaron reuniones explicativas grupales o individuales detallando un resumen de la investigación, los alcances y objetivos de la propuesta. Estas actividades permitieron facilitar la comprensión de la investigación para que las personas cuenten con todos los elementos necesarios para decidir o no participar en los grupos de discusión o en las entrevistas. También se explicó en detalle los procedimientos éticos, en coherencia a los criterios éticos de investigación en seres humanos propuestos por Ezekiel Emanuel (Rodríguez, 2004), ajustados al estándar internacional propuesto por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud-OPS. En este marco, la investigación está aprobada por el Comité de Ética del Servicio de Salud del Reloncaví, en el documento Ord. 001 del 17 de enero de 2022 Puerto Montt, Región de Los Lagos, Chile.

Para abordar las realidades de las provincias de Palena, Chiloé, Llanquihue y Osorno, se inicia el trabajo de campo en aquellas comunas en las cuales existe un contacto previo con organizaciones sociales y equipos de salud (no se mencionan las comunas debido a que el compromiso ético de la investigación es trabajar los datos a nivel provincial). Esto no excluyó la posibilidad de ampliar la selección de sujetos participantes a otras comunas.

Como parte de los compromisos adquiridos en la investigación, en el mes de octubre de 2023, se realizaron cinco actividades de socialización y adecuación de resultados en las comunas de Osorno (Provincia de Osorno), Puerto Montt (Provincia de Llanquihue), Castro, Curaco de Vélez (Provincia de Chiloé) y Futaleufú (Provincia de Palena). Posterior a estos encuentros, se incorporan al análisis observaciones y comentarios que emergieron en los encuentros. Este artículo sintetiza, esas actividades de intercambio de experiencias y saberes.

Para efectos del artículo el análisis de resultados se sustenta en 23 entrevistas y 10 grupos de discusión. Por aspectos de espacio se seleccionarán los relatos significativos en el contexto del artículo, principalmente enfocado en los grupos de discusión.

Análisis

Respecto de las intervenciones de promoción-prevención y su pertinencia territorial, social y cultural en la Región de Los Lagos, existe una marcada percepción que las acciones de salud principalmente están orientadas al trabajo de atención de patologías en correlato al funcionamiento de los programas.

Estos programas se desarrollan con características homogéneas, de aplicación nacional, con una mirada estratégica global, sujeto al cumplimiento de metas que implican estímulos y sanciones a los equipos de salud. Gran parte de la programación de la jornada laboral está enfocada a las actividades que retribuyen un rendimiento estadístico.

La evaluación de estos indicadores, determinan el nivel de “productividad” asociada a cobertura y número de personas atendidas. Es decir, la capacidad de gestión, destreza clínica y cumplimiento de los criterios asociados al funcionamiento de los programas.

La producción de salud asociada a un rendimiento estadístico es conceptualizada desde la propia jerga sanitaria, como estímulo perverso, en el sentido a su relación con premios y castigos ampliamente naturalizados en la cultura sanitaria institucional. Además, determina el estándar que los funcionarios de salud deben cumplir para ser evaluados como competentes y alineados a las estrategias desplegadas por el Ministerio de salud.

Esto conlleva a que el desarrollo de las acciones de salud esté condicionado por el cumplimiento de los indicadores, perdiendo el foco respecto de la propuesta que la propia institucionalidad sanitaria declaró minimizar con la implementación de la Reforma de salud. El énfasis de un modelo de salud familiar centrado en las personas, familias y comunidades se observa negado en la práctica de acciones, que tienen como prioridad satisfacer las necesidades que la institucionalidad ha instaurado para validarse a sí misma en materia de probidad, eficiencia y calidad.

Ha habido una mayor obsesión por el cumplimiento de indicadores y de la aplicación de pautas de evaluación de procesos de calidad. Lo cual me parece bien, pero en un contexto que no se pierda que el centro es la persona, entonces muchas veces nos damos cuenta que el centro de la atención del Ministerio de salud, son el cumplimiento de los check list de determinadas pautas de evaluación, pero en el fondo el que queda último en importancia es la persona, entonces aquí los colegas están obsesionados por que exista tal y tales condiciones (datos estadísticos) lo cual me parece bien, pero eso no debería ser el centro, me entiende, debería ser el resultado de otro proceso.

Entonces aquí la gente de repente está obsesionada, como te digo, por cumplir una meta, un indicador, en la estadística respecto del nivel de compensación de un diabético, pero no nos damos cuenta que, en definitiva, cuando tú miras para atrás, te das cuenta que no nos estamos focalizando en las personas.

Grupo de discusión 004

Equipo clínico, provincia de Osorno

La dificultad para realizar acciones de promoción y prevención, dadas las características estructurales asociadas a la producción de acciones de salud, se intersecciona con una serie de capas que afectan las posibilidades que tienen los equipos clínicos en influir en procesos sociales relacionados con el campo de la salud. La jerarquía social asociada a los roles y funciones en los sistemas de salud incide en la focalización de los recursos y la racionalidad como son abordados los problemas. La relación de la salud como un problema biológico con fuerte correlato de la enfermedad anclada al cuerpo de una persona, implica que la problematización e intervención biomédica del cuerpo, constituya parte central de los procesos de visibilización sanitaria.

Acá tenemos eso solamente el tratar enfermedades. Además está en el limbo los sectores rurales ¿quién está encargado realmente de la salud, de la promoción y prevención? Al parecer la salud municipal, pero también un poco nosotros (Salud dependiente del Servicio de Salud), no sé. Pero también es lo mismo, tratar las enfermedades. Al final, como que muchas veces, si la persona no hace una exigencia o depende de la voluntad del equipo (salud) no hay un seguimiento y vamos salvando casos, casos, casos, casos, pero no es que nuestro sistema nos ayude, nos colabore para llegar a todas las personas y que para todas las personas tengan promoción, prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Grupo de discusión 003

Equipo clínico provincia de Palena

Esta disociación que evidencian los funcionarios de salud, entre el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y la internalización de la gestión hospitalaria y de atención primaria enfocada en la patología y la enfermedad, genera repercusiones importantes en los actores comunitarios que participan en salud.

La priorización de las acciones de salud enfocadas en la producción biomédica genera resultados paradójales en la forma como la institucionalidad sanitaria se valida con las comunidades, debido a que la Reforma de Salud y los lineamientos asociados a una matriz teórica metodológica orientada a lograr el MAIS, estableció como estándar la validación institucional a través de procesos participativos y comunitarios (MINSAL, 2015b). Transcurridos varios años desde la implementación de la Reforma

de salud, la pertinencia territorial, cultural y social de las acciones de salud, se observa tensionada, respecto de las acciones de la institucionalidad sanitaria y la mirada de las personas que son usuarias del sistema. El desarrollo de reuniones enmarcadas en dar cumplimiento a las metas asociadas a participación comunitaria, sin otorgar un espacio de desarrollo a las iniciativas locales de promoción de la salud, obstaculiza una retroalimentación constante entre las comunidades y la institución de salud, dificultando además, la posibilidad de actualizar las acciones en materia comunitaria.

Los espacios que hospitales y Cesfam han ofrecido, a través de consejos consultivos, mesas de trabajo, sumado a las orientaciones en materia de equidad y orientaciones participativas declaradas en el modelo de salud familiar, constituyen espacios y oportunidades que implican niveles de incidencia en las acciones de salud para resguardar pertinencia territorial, social y cultural.

No obstante, estos procesos si bien son declarados por el propio sistema de salud (FLACSO et al., 2005; Minsal, 1998, 2005; MINSAL, 2012, 2015a; Minsal, 2016, 2017), pueden constituir instancias para justificar y validar la gestión institucional. Es decir, pueden condicionar procesos democráticos para legitimar acciones de salud, fortaleciendo la imagen corporativa, fortalecimiento del control respecto de los reclamos y validación de la gestión política de alcaldes y directivos que desarrollan funciones en salud. Como señalan dirigentes, usuarias y usuarios de salud de la provincia de Chiloé.

Del sistema, no conozco ninguna iniciativa que intente ir más allá de lo coyuntural de ¿cuántos pacientes atienden? ¿número de pacientes?, ¿número de tantos? o sea, toda esa estadística que significa que le den un grado más al Cesfam ... un grado menos.

Pero yo creo que el sistema de salud no está ni ahí con todos esos otros temas que estamos planteando como prioritarios para la salud, o sea, más allá de tener los médicos necesarios, el número de remedios necesarios para los diabéticos y los hipertensos en la farmacia, yo creo que no, que por parte del sistema de salud, no hay ninguna conciencia de lo que estamos planteando. Mira en todos los Cesfam hay consejos consultivos. Nosotros hemos formado parte del Consejo Consultivo, pero en realidad es un simulacro ... un simulacro, porque en verdad no es una verdadera participación, o sea, hay 6 o 7 adultas mayores, casi todas mujeres que una vez al mes, las reúnen y les ponen una merienda sana, es decir, te dan medio plátano y media naranja y te dicen: hemos hecho esto, esto, esto y esto.

Es decir, es informativo, o sea, no es una instancia participativa. Te informan de lo que han hecho y si te parece bien o te parece mal, les da igual.

Porque no hay una retroalimentación, o sea, sería estupendo que esos Consejos Consultivos fueran la voz de los ciudadanos y que se pudiera inter-

pelar y que se pudiera llegar a acuerdo en torno a temas comunes y que fuera una verdadera instancia democrática, pero no lo es, son simulacros de democracia, o sea, nosotros estuvimos 2 años en el Consejo Consultivo y nos cansamos de comer medio plátano y no poder hablar (risas de los integrantes del grupo) ¡medio plátano y no poder hablar!

Es inútil eso. Además, cuando querías plantear algo, con temas de fondo, parecido a lo que hemos estado planteando acá, nos decían “pero esta instancia no es para eso”. Esta instancia es para ver si el Cesfam está cumpliendo o no con los objetivos.

Y los objetivos son todos estadísticos, claro está.

Cumpliendo sus metas ... ¿se está cumpliendo que los médicos o los paramédicos cumplan sus metas de atender?, no sé cuántos pacientes por hora y tal, a mí eso me molesta.

O sea, lo que interesa es si la comunidad tiene un buen sistema de salud, tiene un buen sistema de vida, tiene calidad de vida. No la tiene. Esas preguntas no se podían hacer. ¡No hay una instancia participativa!

Grupo de discusión 007

Usuarías y usuarios de la provincia de Chiloé

La tensión entre la comunidad organizada y sus necesidades asociadas a las demandas por una mejor calidad de vida genera repercusiones respecto de un sistema de salud que declara en sus principios intervenir por una salud con aspiraciones de integralidad, sustentada en enfoques de intervención como las determinantes sociales y mayor equidad. Principios que además, son declarados y enunciados en la documentación ministerial y en procesos de consultas ciudadanas, diálogos, entre otros. Esta disociación entre lo que se declara y lo que se hace, tiene un costo importante en términos de validación ciudadana y los efectos que el propio sistema de salud puede tener en las acciones que fomentan estilos de vida saludables. También propicia la tensión al interior de los equipos de salud que intentan cuestionar el modelo centrado en la patología y aquellos que tratan de integrar otros aspectos asociados con las dinámicas territoriales. Finalmente existe un campo de disputa política respecto del rol de la institucionalidad sanitaria y las acciones que se deberían incorporar para avanzar en la integralidad de la atención de salud, así como los procesos de prevención, promoción, curación y rehabilitación.

Por ejemplo, uno puede pensar en un Cesfam.

No se... un comité de adultos mayores, o una organización que quiera trabajar en mejorar el medio ambiente y que insista, insista, insista (al Cesfam) y que su objetivo sea eso, pero en sí no creo que eso sea una prioridad para el sistema de salud. Hoy en día la atención que entrega un centro de salud

es netamente asistencial, o sea, el médico va a ver el paciente porque está enfermo, entonces te da un medicamento y sería. No hay tampoco tiempo. Ellos mismos lo han reconocido (equipo clínico), no existe el tiempo dentro del box para entablar una pequeña conversación y saber a lo mejor que está enfermo del estómago porque se intoxicó con un alimento que a lo mejor puede haber venido de un establecimiento que no cumple la normativa, por ejemplo. Que se pueda indagar más allá. Los profesionales están muy centrados en su área.

Yo creo que hoy en día un centro de salud está priorizado netamente en lo asistencial, en las metas, los objetivos en que están y no salirse de eso. Todo lo que queramos ver o tratar o conversar sobre lo externo al centro de salud no se aborda.

Hoy en día, nos queda como trabajo con las organizaciones, o sea medio ambiente, comunidades indígenas.

Yo creo que todos nosotros nos llevamos y cargamos ese peso de intentar hacer algo más.

Pero en cuanto a salud, si lo vemos desde un centro de salud, yo creo que su prioridad es cumplir con los objetivos, cumplir con las metas y nada más que eso, lo que venga del Ministerio no más.

Esto no pasa más allá de conversaciones en las reuniones que tenemos. Nosotros siempre lo ponemos en tabla, siempre lo conversamos, pero queda ahí como un problema. ¿Qué hacemos? ¿Cómo avanzamos y cómo lo solucionamos? ¿A quién hay que apoyar? ¿a quién hay que llamar, quien hace la gestión? Nada.

Grupo de discusión 008
Profesionales de salud, provincia de Llanquihue

Estos aspectos estructurales son importantes para comprender como se desarrollan los programas de promoción y prevención en los Cesfam y hospitales comunitarios. En este sentido, es importante mencionar que el discurso preventivo y promocional en correlato a los lineamientos centralizados del Ministerio de salud, está asociado a las prácticas de alimentación saludable y actividad física. En gran medida por dos fenómenos: a) los problemas de salud y mortalidad asociados a enfermedades cardiovasculares y b) el programa de promoción de salud Elige vivir sano. Esto ha favorecido una estandarización respecto de la visibilización de los problemas de salud cardiovascular como prioritarios, copando la agenda y recursos para esta área, minimizando otras dimensiones asociadas al bienestar humano y que tienen relevancia para los procesos de salud y enfermedad.

Como los problemas de salud cardiovascular se relacionan con los estilos de vida de las personas, las prácticas discursivas de los equipos de salud tienen como foco principal los patrones alimentarios de la población, esto conlleva a que los problemas de salud en gran medida dependen de la “voluntad de las personas para alimentarse saludablemente”, es decir, la elección apropiada y balanceada de la ingesta calórica, sin considerar aspectos de injusticia social como la distribución de los ingresos, la relación del sistema laboral, alimentación, características territoriales y oportunidades para el desarrollo de una vida saludable. Es decir, desconociendo en la práctica los lineamientos teórico-metodológicos que están en el centro de los enfoques del MAIS, como las determinantes sociales y equidad en salud.

Sin desmerecer su importancia, la agenda de promoción y prevención en salud se constituye en hegemónica en la medida que el orden del discurso que circula como régimen de normalización se orienta al consumo de alimentos saludables y el desarrollo de actividades físicas, sin cuestionar aspectos estructurales como el complejo industrial agroalimentario, capacidades de la industria para permear patrones culturales alimentarios, costo de los alimentos, entre otros. Todo aquello queda reducido a la voluntad de elegir, externalizando en el sujeto la responsabilidad de la salud, desconociendo los elementos constitutivos que sustentan el metabolismo social sobre la cual está erigida nuestra civilización.

¿El paciente pudiese elegir?

Sí, puede elegir, en realidad tener una salud adecuada, sí puede elegir, pero también existen muchas, muchos pros y contras. Existe el pro del dinero, existen las adicciones que van asociadas a la salud mental que va más allá, el hacinamiento, la cesantía.

El dejar el colegio y no tener cuarto medio, entonces no te recibe ninguna parte. Yo creo que son un sin fin de situaciones. Habría que ver caso a caso. Pero hablando de forma macro, se puede, se puede. Cada uno es libre de elegir que si tomo una bebida que es más cara que tener agua, por ejemplo. Si podemos elegir en vez de comprar comida chatarra, hacer porotos que es más barato que comprar la comida chatarra y ciertos cambios de alimentos. Eso es algo cultural que simplemente fuimos adquiriendo.

Entrevista 13

Profesional de salud, mujer, Provincia de Chiloé

La focalización de las acciones de promoción y prevención en salud hacia la alimentación saludable y la actividad física dificulta el análisis y puesta en práctica de otras acciones relacionadas con una salud integral y que son pertinentes a los males sociales que afectan la salud de la población. Entre ellos, los procesos extractivistas que se producen en los distintos territorios (considerando variaciones que

acontecen en las provincias de Osorno, Llanquihue, Chiloé y Palena), tales como la salmonicultura, el monocultivo, la extracción de leña, los proyectos energéticos, etc., que tienen consecuencias tan importantes para la salud como la afectación que tienen las comunidades para el acceso al agua. Así también, otros efectos negativos del sistema productivo en el desarrollo territorial sustentable, por mencionar algunos, la degradación ambiental, la contaminación y las dificultades para acceder a alimentos saludables, entre otros, son impactos que a la luz de la evidencia científica y de nuestra investigación, son muchos más urgentes para las personas y comunidades, que las estrategias de prevención y promoción de salud oficiales.

Esto genera tensiones y cuestionamientos de los equipos de salud respecto de la pertinencia territorial, social y cultural de las acciones de salud, también evidencia la necesidad de avanzar en el análisis mucho más complejo de las problemáticas sociales y sus interseccionalidades en todos los ámbitos de la vida.

Está todo super, super caro y le estamos pidiendo a la población que hay que alimentarse bien y qué sé yo ...

A su vez, los suelos están cada vez más erosionados, más secos.

En algunos territorios la gente tiene que esperar que el camión aljibe llegue. Entonces depende del camión aljibe para tomar agua, que es un elemento vital para la vida, entre comillas saludable.

Es casi irrisorio y paradójico que salud esté pidiendo una y mil cosas, pero no se preocupa ... bueno, tampoco está en nuestras manos, el poder preocuparnos de estos asuntos que competen a la población, porque en el fondo son temas, que es como un monstruo al final.

El Chile de hoy es el que permite todo esto, sin ningún tipo de fiscalización, sin ningún tipo de resguardo, sin ningún tipo de nada.

El empresariado y el poder económico, las forestales, las mineras, las pesqueras, todos hacen vicios con el ecosistema y ¿a quién le importa? a la gente que está en el control social. Porque a Chile no le importa eso ... y estamos en los sectores de salud, en educación, hablando de buen vivir, estamos hablando de varias cosas que son super lindas en el discurso. Pero las comunidades están sin agua.

Grupo de discusión 005.

Profesionales de salud, Provincia de Osorno

La necesidad de avanzar en una concepción más compleja e imbricada de la salud con otras dimensiones de la vida, supera el paradigma que asocia la enfermedad a la sintomatología del cuerpo, ya sea en su variante biomédica o psicosocial, debido a que implica una concepción profunda respecto de la interdependencia que tiene el

ser humano con su ambiente, con la vida humana y no humana. Esto permite comprender y actualizar las racionalidades centradas y focalizadas en la enfermedad, para dimensionar que las condicionantes sociales constituyen la gravitante más importante para comprender los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado (Minayo, 2001, 2021a, 2021b). Estas dimensiones sociales implican comprender los procesos actuales de dominación y su relación con categorías de clase, raza y género y sus interseccionalidades con los procesos extractivistas, la intervención de los territorios y los problemas de bienestar asociados a la violación y atropello de los derechos humanos.

Tenemos un daño por dentro.

Entonces, como anteriormente dije, solamente vivir sano no es comer. Sino que vivir sano, es estar tranquilo de no estar preocupado que venga una empresa hoy y viene otra empresa mañana, viene otra empresa pasado mañana.

Entonces para mí vivir sano es la tranquilidad.

Sin nuestra agua, nosotros no tenemos comida.

No tienen comida tampoco las aves, no tiene comida tampoco los árboles. No hay vida sin agua.

Eso nos afecta a todos nosotros, física emocionalmente y no es como yo elija, ¡sino que como me tienen que dejar a mí vivir!, que es un derecho humano que tendríamos como ser.

Las empresas que quieren entrar acá a hacer tantas eólicas, distintas empresas. Nosotros nos enfermamos psicológicamente. ¿Por qué? Porque tenemos que estar siempre pendiente, ¿quién va a entrar? Quién va a interrumpir nuestra cordillera, quién va a entrar en nuestro territorio. Entonces yo creo que una de las cosas por la que nosotros estamos luchando es para que podamos vivir tranquilos. Podamos tener por derecho lo que es el agua.

Grupo de discusión 006
Comunidad Mapuche Williche
Provincia de Chiloé

Discusión

Las dificultades que enfrenta la promoción de salud para avanzar en el objetivo de promover el bienestar y la salud de las personas se pueden explicar por diferentes factores, algunos de los cuales radican en el propio sistema de salud y otros en relación con los actores del territorio.

A nivel institucional, pareciera ser que la promoción se entiende como una estrategia más para abordar problemas epidemiológicos que desde años vienen aumentando a nivel nacional, como son las enfermedades cardiovasculares. El foco de las estrategias de promoción en la última década se ha centrado en acciones que se orienten al abordaje de la malnutrición por exceso y el sedentarismo, los que se vinculan estrechamente con las enfermedades cardiovasculares, una de las principales causas de morbilidad a nivel nacional. Para ello, los equipos locales de salud deben definir e implementar en sus comunas acciones promocionales de acuerdo con un marco previamente trazado desde el nivel central (Ministerio de Salud, 2022). De esta forma, por un lado, se tiene una mirada de la salud que parece no haberse actualizado a los nuevos problemas y amenazas que enfrentan las comunidades para el resguardo de su bienestar y salud integral (procesos extractivistas en los territorios, escasez hídrica, salud mental, nuevas adicciones, violencias, etc.) y por otro, se aborda la promoción de una forma vertical, en la que es el sector salud quien define los ámbitos a priorizar y las estrategias para hacerlo. Como resultado, los planes ministeriales de promoción de la salud no han tenido en las últimas décadas el impacto que se esperaría.

Esto afecta la capacidad de agencia de las comunidades para problematizar y enfrentar sus problemas de salud, fenómeno que algunas veces deriva en que el aliado comunitario como se señala en el MAIS pueda constituir un problema para las necesidades e intereses de la institucionalidad.

Asimismo, el problema se observa agudizado por la dificultad de los equipos locales de salud que, como parte de las orientaciones institucionales, deben implementar estrategias de promoción en el marco de un modelo de salud que aun cuando se define como integral, está predominantemente enfocado a la asistencialidad y a la atención individual (Anigstein et al., 2021; Lezcano & Cortés, 2019; Parada, 2021). De esta forma, la promoción termina siendo asumida por alguna/os profesionales y equipos a cargo de la ejecución de actividades (ej. Programa Vida Sana, nutricionistas, asistentes sociales, encargada/os de Promoción) y no de manera transversal por todo el equipo de salud, al no disponer de tiempos resguardados para ello. Además, se identifica como problemático que, en su mayoría, los técnicos y profesionales de salud no cuentan con las herramientas necesarias para abordar la promoción y participación en salud, lo que en muchos casos dificulta la llegada a la comunidad, el desarrollar actividades grupales fuera del box y la articulación con el intersector de manera efectiva. Esta escasa preparación, que probablemente se origina a nivel de

pregrado, se incrementa en la medida que la oferta de formación o capacitación en promoción y trabajo comunitario hacia el personal de salud no es suficiente y la práctica de acción comunitaria en salud se restringe solo a algunos miembros del equipo de salud (Álvarez et al., 2021; Alves et al., 2019).

Desde la comunidad, por su parte, la articulación con el sector salud se ve dificultada por la relación funcional que se establece desde los equipos de salud, en la medida que gran parte de sus acciones promocionales son ocasionales, esporádicas y apuntan al cumplimiento de metas que por lo general no tienen la continuidad necesaria o no satisfacen los intereses comunitarios. Esto también ha permitido mayor autonomía en las decisiones comunitarias para enfrentar la salud y el incremento y/o reconocimiento de la utilización de otros sistemas médicos. Algunas veces complementario al sistema de salud oficial, otras como único itinerario terapéutico.

Por su parte, las relaciones de poder que se establecen entre profesionales de salud y comunidad son otro aspecto para observar. Si bien el personal de salud suele establecer relaciones verticales, tanto al interior de los equipos como con las personas (“pacientes”) y comunidad, es también cierto que el común de las personas se vincula igualmente asumiendo esta verticalidad y un rol subordinado al profesional de salud, lo que no contribuye a establecer relaciones horizontales y dialógicas en las que se pongan sobre la mesa sus necesidades sentidas y los temas vinculados a su bienestar que les preocupan (Anigstein, 2008; Donoso, 2018; Egaña et al., 2020; Merino & Torres, 2015; Muñoz, 2019; Neira, 2018). Esto lleva a una paradoja, en la que las acciones definidas por el sector salud no necesariamente cumplen con las necesidades y expectativas de las personas y comunidades y éstas a su vez no las transmiten —porque no tienen eco, porque no las relacionan con el sector salud o porque las personas y organizaciones que están trabajando sobre ellas no necesariamente se están vinculando con la institucionalidad en salud—, quedando esta necesidades invisibilizadas o reducidas al ámbito de la enfermedad y no de la salud y el bienestar personal y colectivo.

La intervención centrada en la enfermedad, no como un proceso integral relacionado con el medio ambiente, el sistema productivo, distribución de los ingresos, entre otros, reproduce en el ámbito hospitalario la reproducción del ordenamiento social anclado en los factores culturales, de clase, racismo y de género (Baquero-Melo, 2020; Marques et al., 2021; Merino, 2019). Impidiendo una relación clara entre ellos y el entorno. Este problema se complejiza al considerar la salud urbana y rural, cada una con sus dinámicas y características propias, sin embargo, precariamente diferenciadas en su diversidad territorial y subnacional (Ther-Ríos, 2020). Fenómeno que evidencia la dificultad de las políticas públicas para lograr especificidad en relación con las interseccionalidades que se desarrollan en los territorios (Otero-Bahamón, 2021).

En el caso de la salud rural, existen normativas ministeriales (López & Covarrubias, 2010; Ministerio de salud, 2011) que orientan las intervenciones, no obstante, son difíciles de aplicar en áreas rurales con características culturales particulares, accidentada geografía, precaria conectividad, aislamiento y/o comunidades interve-nidas con proyectos extractivos (acuícola, forestal, hidroeléctrico y minero).

Las intervenciones de promoción y prevención en Chile en contextos interculturales se enmarcan en la ley indígena 19.253, el Programa especial de salud y pueblos indígenas (Pespi) y la ley 20.584 que norma los derechos y deberes que tienen las personas en salud. A nivel internacional, el Estado de Chile suscribió en 2009 el Convenio 169 de la OIT, obligándose además a apoyar la implementación de servicios de salud adecuados, o poner a disposición de los pueblos indígenas los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios, bajo su propia responsabilidad y control. El Convenio también considera que los prestadores de salud deberán colaborar con los pueblos indígenas en el desarrollo de sus propios métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (Gobierno de Chile, 2009).

Pese a los esfuerzos dialógicos para lograr atenciones interculturales, las acciones para promover la salud y buen vivir no han sido satisfactorias. Las investigaciones en este campo refieren que, en el territorio Mapuche-Huilliche, las intervenciones interculturales en salud mantienen correlato con el reconocimiento superficial de la diversidad (Aguas & Nahuelpán, 2019), lo que deriva en acciones que culturalizan la pobreza, patrimonializan el saber ancestral, proletarizan a las autoridades ancestrales e invisibilizan las formas de organización política y cultural a través de la burocratización de la medicina indígena (Cuyul, 2016).

Las acciones interculturales en salud, en la actualidad son interpeladas por los efectos negativos del extractivismo, la militarización en las comunidades y los obstáculos de la elite económica-política para avanzar en la autodeterminación territorial, política y cultural de los pueblos originarios (Millalen et al., 2020).

Por ende, desde la perspectiva de la salud pública, que es la mirada en que se cuantifican los resultados de salud de nuestra población para formular los principales lineamientos en salud, tampoco se vislumbra un avance referente a una mejora de los índices de morbilidad y mortalidad en los pueblos indígenas, a pesar de que esta situación está declarada como prioritaria en los enfoques de salud intercultural y en las orientaciones para la implementación del modelo de atención en salud familiar y comunitaria.

Otro aspecto importante, tiene relación con la responsabilidad administrativa respecto de las acciones de salud rural y urbana, debido a que la promoción y prevención en salud también es responsabilidad de los equipos clínicos que trabajan en hospitales comunitarios. Existiendo una dualidad de responsabilidades que puede ser un factor promotor u obstaculizador dependiendo de las relaciones interpersonales de los

equipos de salud dependientes del Servicio de Salud y Departamento de Salud Municipal. Todos estos aspectos, por mencionar algunos, afectan los procesos para poder desarrollar acciones de salud con pertinencia social, cultural, territorial.

Reconociendo la importancia de las acciones de prevención y curación para la producción de salud (Fernandes et al., 2019), cabe señalar que su impacto es limitado, pues focaliza sus acciones a las asociaciones significativas entre ciertas características de los grupos poblacionales y problemas de salud, considerando como sustrato ideológico-operativo la relación causal de las variables, la reducción individual de los riesgos, mermando un enfoque más integral de promoción de la salud (Ortiz, 2019). Paralelo a esto, se tiene una concepción negativa y elitista sobre la capacidad de agencia y cuidado comunitario, no obstante, las comunidades tienen la capacidad de desplegar recursos y conocimientos para enfrentar problemas de salud, según sus itinerarios terapéuticos, ecología de saberes y coexistencia de sistemas médicos (Menéndez, 2020). De esta forma, el sujeto, no estaría “entregado” a la determinación social de la enfermedad sin capacidad de agencia, o dependiendo exclusivamente de los servicios de salud institucionalizados (Medina & Ibacache, 2020). En este sentido concordamos con Chapela (2007) al señalar que la promoción de la salud debiera ser el estímulo de las capacidades humanas individuales y colectivas, a través de diálogos y prácticas relacionadas con la vida en los distintos territorios, de manera que resulten en un futuro emancipador, lo que significa una manera distinta de vivir e inscribir en los cuerpos estos cambios, de forma tal que la justicia social le imprima a esas vidas y a esos cuerpos una nueva forma de vivir.

Cabe cuestionar entonces, en un contexto de salud comunitaria integral, cuáles son las oportunidades de apertura institucional para avanzar en una integralidad de la salud que pueda problematizar las acciones de promoción y prevención más allá de la alimentación saludable y la actividad física, dado su carácter hegemónico (Escobar-Castellanos et al., 2024) y las condiciones institucionales para avanzar en los lineamientos que el propio sistema de salud declara. ¿Qué oportunidades se pueden desarrollar para abrir debates a necesidades comunitarias que tienen relación con salud y la contaminación ambiental, el sistema productivo, acceso del agua, entre otros factores? ¿Cómo la organización de las ciudades, acceso a áreas verdes permite mejores condiciones de vida y salud? ¿Los problemas de salud de las personas, familias y comunidades solo tienen relación a los procesos de alimentación y consumo de drogas? Cuestionamientos que implican imbricamientos complejos, en los cuales las comunidades se quieren hacer parte, sumada a la crítica que los funcionarios de salud realizan al propio sistema en relación con su pertinencia a la diversidad sociocultural y territorial.

Conclusiones

En el artículo se analizaron las intervenciones de promoción y prevención en salud y su pertinencia territorial, social y cultural en la Región de Los Lagos. En específico, se cuestionó cómo se adaptan o adecuan las intervenciones de promoción-prevenición en salud en relación con las desigualdades e inequidades sociales. En este contexto, se evidencia una matriz teórica discursiva que intenta aproximar los problemas de salud con un marco social que integra las desigualdades e inequidades en salud, no obstante, este discurso es incoherente con las acciones orientadas con un fuerte sesgo biomédico y hospitalocéntrico, en el que se fortalecen atenciones de salud aisladas de las dinámicas territoriales, sociales, culturales, histórico y/o económicas. Esto genera disociaciones importantes entre los lineamientos doctrinarios implementados desde la Reforma de salud y los marcos regulatorios que funcionarios de salud y actores de la comunidad perciben, es decir, desde una posición crítica y comunitaria, la lectura es que faltan mecanismos institucionales que faciliten las instancias de ajustes programáticos en coherencia a acciones de salud situadas. De igual forma, en un contexto funcional-institucional, el discurso con fuerte énfasis en la equidad y las determinantes sociales de la salud enmascara e invisibiliza el rol hegemónico que desarrolla la cartera de programas que conforman los servicios de la atención pública. Esto afecta a las acciones de salud situadas con orientación hacia la pertinencia y diversidad territorial, en la medida que las acciones de salud se tornan homogéneas bajo la estandarización de rendimiento y producción en salud, afectando en específico las acciones de promoción y prevención, debido a la colonización del discurso que enfatiza la alimentación saludable y la actividad física, dejando en otros planos la urgencia asociada al acceso a agua, territorios libres de contaminación, el impacto que la degradación ambiental genera en salud, o las dificultades que se deben sortear para vivir una vida saludable que excede los márgenes de libertad y voluntad de los individuos.

En vista de los hallazgos de la investigación, en Chile la oportunidad de elegir vivir sano va predeterminado por factores aparentemente azarosos, con un espectro amplio según las posibilidades de decisión individual, sin embargo, la capacidad de elegir está estructurada significativamente por la discriminación y racismo, factores asociados a los procesos extractivos en los territorios, precariedad laboral, ingresos, género, configuración de las ciudades y la degradación ambiental.

Aquello que es evidente por la abundante literatura asociada a desigualdades e inequidades sociales, queda reducida al control y autorregulación que tienen las personas en su ingesta calórica y desarrollo de actividades físicas. Las cuales son importantes y se interseccionan con los fenómenos que se analizaron en esta investigación.

A partir de la información recogida en este estudio, nos lleva a proponer un ejercicio que permita desde la institucionalidad en salud, tanto a nivel nacional como regional y local, reevaluar las actuales orientaciones de promoción, las formas de acción y,

especialmente, los ámbitos a trabajar, considerando en ello las cambiantes realidades sanitarias de la población y sus necesidades e intereses, así como las realidades locales, condiciones sociales y culturales, ciclos de vida, entre otros. Las políticas públicas son también un aspecto relevante para considerar, tanto desde lo legislativo, como tributario, ordenanzas municipales, entre otros, que apunten al resguardo y fortalecimiento de espacios, prácticas y decisiones saludables, incluido en ello el resguardo del medio ambiente y los entornos, fundamentales para una población sana.

A nivel de equipos de salud, conocer las comunidades con las que trabajan, sus realidades y cultura, características del territorio en que residen y se desenvuelven, constituye un proceso relacional significativo para avanzar en acciones de salud más pertinentes. Identificando con ellas los problemas que les resultan más apremiantes y la forma en que impactan en su salud y bienestar, implementando o promoviendo acciones que apunten a alcanzar la equidad sanitaria y mejorar su salud. Es importante, sin embargo, que la mirada de estos problemas sea amplia, abarcando aspectos vinculados a las determinantes sociales de la salud, apuntando a las causas de las causas, y no solo los aspectos que habitualmente se abordan a nivel sanitario y que resultan ser el síntoma final. Si bien para poder avanzar en la resolución de estos problemas, o parte de ellos, se requerirá acciones intersectoriales, participativas y también estructurales, muchas veces fuera del alcance local, siempre habrá acciones posibles de implementar, adecuaciones a realizar o formas de proporcionar medios y herramientas que les permitan a las personas, familias y comunidades mejorar sus condiciones de salud.

Desde las personas y colectividades, por su parte, se hace necesario que estas se fortalezcan para desarrollar una mirada crítica, reflexionar sobre los problemas que afectan su salud y bienestar, identificar ámbitos de acción y estrategias comunitarias y formas de abordaje propias, que cuando sea necesario puedan ser compartidas y dialogadas con el sector salud.

Agradecimientos

Agradecemos a la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID, Chile) por el financiamiento del artículo. Proyecto Fondecyt de iniciación 11220857 “¿Quiénes pueden elegir vivir sano? Prácticas discursivas en promoción-prevención en salud y sus tensiones en torno a las desigualdades sociales en la Región de Los Lagos”.

Agradecemos también a la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad de Los Lagos por el proyecto R14-19 “Pertinencia e impacto de las acciones de promoción y prevención en Salud cardiovascular: Una aproximación desde el equipo de salud rural en una comuna del sur de Chile”.

Referencias

- Abramo, L., Cecchini, S., & Ullmann, H. (2020). Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1587–1598. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>.
- Aguas, J., & Nahuelpán, H. (2019). Los límites del reconocimiento indígena en Chile neoliberal: La implementación del Convenio 169 de la OIT desde la perspectiva de dirigentes Mapuche Williche. *I*, 29(1), 108–130.
- Alvarez, A., Ruiz, M., Anigstein, S., & Oyarce, A. (2021). Desafíos para la antropología de la salud : Repensando un abordaje teórico-metodológico para la formación , la investigación y la acción. *Revista Chilena de Antropología*, 43, 96–112. <https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64434>.
- Álvarez, R., & Muñoz, C. (2017). *Crisis del habitar insular: Representaciones, significados y sentimientos de los habitantes del mar interior de Chiloé sobre la crisis sociocultural y productiva de la isla, sus dinámicas presentes e imágenes de futuro*. Fundación superación de la pobreza.
- Alves, Â., Buss, E., Solano, M., González, J., & Heck, R. (2019). Possibilidades de formação em enfermagem rural: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*, 32(1), 113–119.
- Alvis-Zakzuk, N. J., Castañeda-Orjuela, C., Díaz, D. P., Castillo, L., Cotes, K. P., Charro, P., Paternina-Caicedo, Á. J., Alvis-Guzmán, N. R., & De la Hoz, F. P. (2018). Inequalities on mortality due to acute respiratory infection in children: A Colombian analysis. *Biomédica*, 38(4), 586–593. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i4.4062>.
- Anigstein, M. (2008). Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector. *Revista MAD*, 19, 77–88.
- Anigstein, M. S., Burgos, S., Gay, S. M., Pesse-Sorensen, K., Espinoza, P., & Toledo, C. (2021). Desafíos y aprendizajes para la promoción de la salud durante la pandemia de la COVID-19 en Chile. Un análisis de experiencias locales desde la salud colectiva. *Global Health Promotion*, 28(2), 115–123. <https://doi.org/10.1177/1757975920986700>.
- Arouca, S. (2008). *El dilema preventivista: Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva*. Lugar editorial.
- Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*. Banco Mundial.
- Banco Mundial. (1998). *La larga marcha: Una agenda de reformas para la próxima década en América Latina y el Caribe*. Banco Mundial.
- Baquero-Melo, J. (2020). Capas de desigualdades e interseccionalidad. En *Repensar las desigualdades* (pp. 223–245). Siglo Veintiuno Editores.

- Barboza-Solís, C., Sáenz-Bonilla, J., Fantin, R., Gómez-Duarte, I., & Rojas-Araya, K. (2020). Bases teórico-conceptuales para el análisis de inequidades sociales en salud. *Odvotos International Journal of Dental Sciences*, 22(1), 11–21. <https://doi.org/10.15517/ijds.2020.39097>.
- Bermedo, S. (2015). *Río Chuelo, espacio de pensamiento y saberes en salud intercultural*. Universidad de Los Lagos.
- Borde, E., & Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde em Debate*, 41(spe2), 264–275. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s222>.
- Bustos, B., Délano, J., & Prieto, M. (2020). “Chilote tipo salmón”. Relaciones entre comodificación de la naturaleza y procesos de producción identitaria El caso de la región de Los Lagos y la industria salmonera. *Estudios Atacameños*, 63, 383–402. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-1043-2019-0026>.
- Calsamiglia, H., & Tusón, A. (1999). *Las cosas del decir: Manual de análisis del discurso*. Editorial Ariel.
- Calventus, J., & Bruna, B. (2018). Promoción de la salud como práctica psico-social comunitaria en la política social chilena. *Límite*, 13(43), 67–79. <https://doi.org/10.4067/S0718-50652018000300067>.
- Campos, G. W. de S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219–230. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci_arttext&tlng=en.
- Caretti, E., Gurudi, O., & Rivas, E. (2019). Prevención en la infancia: no toda intervención hoy es más salud para mañana. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 241–259. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100013>.
- Caro, P. (2017). Desigualdad y transgresión en mujeres rurales chilenas: Lecturas desde la interseccionalidad, género y feminismo. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 16(2), 125–137. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol16-Issue2-fulltext-1050>.
- Casado, R., & García-Carpintero, M. (2018). *Género y salud: Apuntes para comprender las desigualdades y violencias basada en el género y sus repercusiones en la salud*. Ediciones Díaz de Santos.
- Castiel, L. D., & Álvarez-Dardet, C. (2010). *La salud persecutoria: Los límites de la responsabilidad*. Lugar editorial.
- Castro A., D., Patiño L, S. Y., Gómez V, N., Jallo, C., Wylie, J., & Rojas A, C. A. (2016). Grupos focales de discusión: estrategia para la investigación sobre salud sexual con adolescentes con experiencia de vida en calle en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 285–296. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a03>.

- Chapela, M. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En E. Jarillo & E. Guinsberg (Eds.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva* (pp. 347–373). Lugar Editorial.
- Cociña, M., & Frei, R. (2017). *Desigualdades: Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. PNUD.
- Codoceo, F., & Sougarret, J. M. (2017). Fragmentación, asistencialismo e individualización de la responsabilidad: *Sociedade e Estado*, 32(2), 371–387.
- Cueto, M. (2015). *Saúde global: uma breve história* (Kindle). Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575415245>.
- Cueto, M., & Palmer, S. P. (2016). Medicina e saúde pública na América Latina. En *Coleção História e saúde*. Editora Fiocruz.
- Cuyul, A. (2016). Políticas de salud chilenas y el pueblo mapuche. En R. Campos-Navarro (Ed.), *Antropología médica e interculturalidad* (pp. 442–450). McGraw Hill.
- Daponte, A., Bolívar, J., & Del García, M. (2008). Las desigualdades sociales en salud. En *Nueva salud pública* (Vol. 3). Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Donà, G. (2021). Race, immigration and health: the Hostile Environment and public health responses to Covid-19. *Ethnic and Racial Studies*, 44(5), 906–918. <https://doi.org/10.1080/01419870.2021.1881578>.
- Donoso, N. (2018). Tensiones y paradojas en los procesos de participación social en salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(3), 47–52.
- Egaña, D., Iglesias, L., Cerda, R., Molina, P., & Gálvez, P. (2020). Participación social en la atención primaria en salud: tensiones y contradicciones. *Atención Primaria*, 52(10), 690–696. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.013>.
- Escobar-Castellanos, B., Cid-Henríquez, P., López-González, J., Favela-Ocaño, M., & Villegas-Castro, M. (2024). Percepción sobre promoción de la salud de personas y profesionales de la salud: Metasíntesis cualitativa. *Sanus*, 9, 1–24.
- Fernandes, N., Galvão, J., Assis, M., Almeida, P., & Santos, A. (2019). Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(10), e00234618.
- FLACSO, OPS, & MINSAL. (2005). *Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud*. 1–129.
- Garay, V. (2004). Algunos Factores de Riesgo en la Salud Mental de la Mujer Rural Temporera y su abordaje desde la Terapia Grupal. *Revista de Psicología*, 13(1), 103–113. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2012.17490>.
- Gobierno de Chile. (2009). Promulga el convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes de la organización internacional del trabajo. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*.
- Godoi, C. K. (2015). Grupo de discussão como prática de pesquisa em estudos organizacionais. *Revista de Administração de Empresas*, 55(6), 632–644. <https://doi.org/10.1590/S0034-759020150603>.

- Godoy, C. (2015). El discurso de la igualdad de género en el Chile neoliberal: ¿Nuevos significados para la igualdad? En M. Castillo Gallardo & C. Madonado Graus (Eds.), *Desigualdades. Tolerancia, legitimación y conflicto en las sociedades latinoamericanas* (Primera ed, pp. 249–271). RIL Editores.
- Gómez, V., & Jiménez, A. (2015). Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. *Polis (Santiago)*, 14(40), 377–396. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682015000100018>.
- Gómez-Urrutia, V. (2010). Género, ciudadanía y cuidado. *Estudios demográficos y Urbanos*, 25(3), 713–732. <http://www.scielo.org.mx/pdf/educm/v25n3/2448-6515-educm-25-03-713.pdf>.
- Ibacache, J., & Leighton, A. (2005). Salud colectiva. *Gobierno de Chile*.
- Ketterer-Romero, L. M. (2016). Generando conciencia. *Convergencia*, 23(70), 227–249. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352016000100227.
- Kukoc-Paz, I. (2020). La técnica extractiva en la determinación social de la salud de las familias mineras de Potosí (Bolivia). *Revista Ciencias de la Salud*, 18, 1–14. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8995>.
- Lezcano, M. P., & Cortés, F. M. (2019). Crise do seguro saúde no chile. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 13(2), 177. <https://doi.org/10.18569/tempus.v13i2.2685>.
- Lopes, F. (2005). Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1595–1601. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>.
- López, F., & Aguilar, A. (2020). La Suburbanización de la Pobreza y el Acceso a los Servicios Públicos en la Ciudad de México. *Revista de geografía Norte Grande*, 77, 293–312. <https://doi.org/10.4067/S0718-34022020000300293>.
- López, L., & Covarrubias, S. (2010). *Manual de Trabajo Comunitario: Postas de Salud Rural*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- los Reyes, P. (2017). Working life inequalities: do we need intersectionality? *Society, Health & Vulnerability*, 8(sup1), 1332858. <https://doi.org/10.1080/20021518.2017.1332858>.
- Luengo, I. (2015). O paga o se muere: El conflicto en contra de la privatización de la salud en el Salvador. Una lectura desde las desigualdades sociales. En M. Castillo Gallardo (Ed.), *Desigualdades. Tolerancia, legitimación y conflicto en las sociedades latinoamericanas* (Primera ed, pp. 369-394.). RIL Editores.
- Marchiori, P. (2007). Globalização, pobreza e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1575–1589. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600019>.
- Marques, A. L. M., Sorentino, I. da S., Rodrigues, J. L., Machin, R., Oliveira, E. de, & Couto, M. T. (2021). O impacto da Covid-19 em grupos marginalizados: Contribuições da interseccionalidade como perspectiva teórico-política. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2028>.

- Medina, S., & Ibacache, J. (2020). Itinerarios de atención y desatención en salud en el archipiélago de Chiloé: un ensayo a partir de siete escenas. En Claudio Merino (Ed.), *Salud colectiva desde el sur*. (pp. 151–175). RIL Editores-Editorial Universidad de Los Lagos.
- Menéndez, E. (2015). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* (1a ed.). Lugar editorial.
- Menéndez, E. (2016). Modelos Hegemónico, subalterno y de autoatención. En R. Campos-Navarro (Ed.), *Antropología médica e interculturalidad* (pp. 177–185). McGraw Hill.
- Menéndez, E. (2020). Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención. *Salud Colectiva*, 16, e3149. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3149>.
- Merino, C. (2019). La anticipación al daño como medida de austeridad económica: El caso de Chile. En C. Palencia (Ed.), *De los estados larvales a las mariposas: Escenarios de la razón neoliberal en América Latina* (pp. 91–118). Editorial Politécnico Gran Colombiano.
- Merino, C., & Torres, M. (2015). Participación en salud y desarrollo territorial: experiencia sanitaria en una comuna del sur de Chile. *Ciencia y enfermería*, 21(1), 115–125. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532015000100011>.
- Millalen, P., Nahuelpan, H., Hofflinger, A., & Martínez, E. (2020). COVID-19 and Indigenous peoples in Chile: vulnerability to contagion and mortality. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 16(4), 399–402. <https://doi.org/10.1177/1177180120967958>.
- Minayo, M. C. de S. (2001). Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 07–19. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100002>.
- Minayo, M. C. de S. (2021a). Determinação social, não! Por quê? *Cadernos de Saúde Pública*, 37(12). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00010721>.
- Minayo, M. C. de S. (2021b). Dialogando sobre o conceito de determinação social. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(12). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00254221>.
- Ministerio de salud. (2011). *Normas Técnicas Postas de Salud Rural: Norma Técnica No.121*. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud. (2022). *Aprueba orientaciones técnicas de planes trienales de promoción de la salud para municipios, comunas y comunidades saludables 2022-2024* (Resolución exenta 1253).
- Minsal. (1998). *El modelo de Atención*. Gobierno de Chile.
- Minsal. (2005). *Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud*. Gobierno de Chile.
- MINSAL. (2012). *Orientación para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Gobierno de Chile.

- MINSAL. (2015a). *Norma general de participación ciudadana en la gestión pública de salud. Resolución Exenta N° 31.*
- MINSAL. (2015b). *Participación ciudadana en atención primaria. Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria.* Gobierno de Chile.
- Minsal. (2016). *Orientaciones técnicas para la atención de salud mental con pueblos indígenas: hacia un enfoque intercultural.* Santiago. Gobierno de Chile.
- Minsal. (2017). *Orientaciones para la planificación y programación en red* (Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ed.). Gobierno de Chile.
- Muñoz, C. (2019). *La Salud en Chile: Una Historia de Movimientos, Organización y Participación Social.* (1 ed). Ediciones UACH.
- Neira, J. (2018). Notas sobre participación social en salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(3), 53–57.
- OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades de una generación.* Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2012). *Las declaraciones de las conferencias mundiales.* Documenta Universitaria.
- Ortiz, A. (2019). Contra la prevención sanitaria individual del sufrimiento mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 177–191. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100010>.
- Osmo, A., & Schraiber, L. B. (2015). O campo da Saúde Coletiva no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 24(Supl. 1), 205–218. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00205.pdf>.
- Otero-Bahamón, S. (2021). ¿Qué es lo subnacional de la desigualdad subnacional? Una mirada interseccional a la desigualdad en Latinoamérica. *Revista de Ciencia Política*, 41(1), 103–133. <https://doi.org/10.4067/S0718-090X2021005000105>.
- Parada, M. (2021). Pandemia y atención primaria en salud en Chile: Crónica de una ausencia anunciada. En C. Tetelboin, D. Iturrieta, & C. Schor-Landman (Eds.), *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia* (1a ed., pp. 245–268). Clacso.
- Pierce, J., Harrington, K., McCabe, M., Petito, L., Kershaw, K., Pool, L., Allen, N., & Khan, S. (2021). Racial/ethnic minority and neighborhood disadvantage leads to disproportionate mortality burden and years of potential life lost due to COVID-19 in Chicago, Illinois. *Health & Place*, 68, 102540. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102540>.
- Pires-Alves, F. A., & Cueto, M. (2017). A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2135–2144. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02032017>.

- Prieto, M. (2016). Transando el agua, produciendo territorios e identidades indígenas: el modelo de aguas chileno y los atacameños de Calama. *Revista de Estudios Sociales*, 55, 88–103. <https://doi.org/10.7440/res55.2016.06>.
- Reygadas, L. (2015). Más allá de la legitimación: Cinco procesos simbólicos en la construcción de la igualdad y la desigualdad. En M. Castillo Gallardo & C. Maldonado Graus (Eds.), *Desigualdades. Tolerancia, legitimación y conflicto en las sociedades latinoamericanas* (Primera ed, pp. 39-68.). RIL Editores.
- Rodríguez, E. (2004). Comité de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. *Acta Bioethica*, 10(1), 37–47.
- Rogel-Salazar, R. (2018). El grupo de discusión: revisión de premisas metodológicas. *Cinta de moebio*, 63, 274–282. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2018000300274>.
- Salem, S. (2014). Feminismo islámico, interseccionalidad y decolonialidad. *Tabula Rasa*, 21, 111–122.
- Silva, H., Lefio, Á., Marchetti, N., & Benoit, P. (2014). Riesgos psicosociales en conductores de transporte de carga y pasajeros urbanos e interurbanos, y su asociación con la autopercepción de salud y siniestralidad laboral. *Ciencia & trabajo*, 16(59), 67–74.
- Skil, K. (2011). Investigar problemas ambientales en antropología social pertinencia social y científica: una aproximación al campo. *Avá*, 18, 77–92.
- Soliz, M. (2014). *Metabolismo del desecho en la determinación social de la salud: Economía política y geografía crítica de la basura en el Ecuador 2009-2013*. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275–293. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652010000300004&script=sci_abstract.
- Ther-Ríos, F. (2020). Others ruralities / understanding Chiloé: Proposals for a recomposition based on a new model of territorial epistemology. *Journal of Rural Studies*, 78, 372–377. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2020.06.032>.
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2007). América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Salud Colectiva*, 3(1), 33–48. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73130103>.
- Valero, A., Vergara, J., Rojas, C., & Quiceno, L. (2015). Condicionantes de género, empleo y trabajo y su posible vínculo con afecciones y dolencias musculoesqueléticas y psicosociales de temporeras frutícolas de packing agroindustrial de la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins, Chile. *Ciencia & trabajo*, 17(53), 107–114. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492015000200003>.
- Véliz, A., Dörner, A., & Ripoll, M. (2017). Bienestar sicológico y nivel de sedentarismo de pescadores artesanales de la Región de Los Lagos, Chile. *Humanidades Médicas*, 17(2), 323–337.

Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>.

Sobre los autores

CLAUDIO MERINO JARA es Trabajador Social, Doctor en Ciencias Humanas, estudiante de doctorado en salud colectiva de la Universidad Nacional de Lanús. Investigador del Centro de Estudios del Desarrollo Regional y Políticas Públicas-Ceder de la Universidad de Los Lagos. Correo Electrónico: claudio.merino@ulagos.cl.

 <https://orcid.org/0000-0002-1535-8377>

ALEJANDRA LEIGHTON NARANJO es Antropóloga, Magíster en salud pública comunitaria y desarrollo local, investigadora independiente. Correo Electrónico: aleighton@gmail.com.  <https://orcid.org/0009-0008-3213-101X>

BERNARDITA PILQUINAO PILQUINAO es Enfermera, Magíster en salud colectiva, académica de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Los Lagos, Chile. Correo Electrónico: maria.pilquinao@ulagos.cl.  <https://orcid.org/0000-0002-5960-6344>

VALERIA BAHAMONDE HARVEZ es Kinesióloga, Magíster en salud colectiva, estudiante de Doctorado en Ciencias médicas de la Universidad Nacional de La Plata, académica de la Carrera de Kinesiología de la Universidad de Los Lagos, Chile. Correo Electrónico: valeria.bahamonde@ulagos.cl.  <https://orcid.org/0000-0002-3760-6116>

CUHSO

Fundada en 1984, la revista CUHSO es una de las publicaciones periódicas más antiguas en ciencias sociales y humanidades del sur de Chile. Con una periodicidad semestral, recibe todo el año trabajos inéditos de las distintas disciplinas de las ciencias sociales y las humanidades especializadas en el estudio y comprensión de la diversidad sociocultural, especialmente de las sociedades latinoamericanas y sus tensiones producto de la herencia colonial, la modernidad y la globalización. En este sentido, la revista valora tanto el rigor como la pluralidad teórica, epistemológica y metodológica de los trabajos.

EDITOR

Matthias Gloël

COORDINADOR EDITORIAL

Víctor Navarrete Acuña

CORRECTOR DE ESTILO Y DISEÑADOR

Ediciones Silsag

TRADUCTOR, CORRECTOR LENGUA INGLESA

Mabel Zapata

SITIO WEB

cuhso.uct.cl

E-MAIL

cuhso@uct.cl

LICENCIA DE ESTE ARTÍCULO

Trabajo sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional Creative Commons (CC BY 4.0)