

Volumen 4 - Número 3 - Julio / Septiembre 2018

REVISTA
Ciencias de la Documentación

ISSN: 0119-6759

Portada: Felipe Maximiliano Estay Guerrero

EDITORIAL CUADERNOS DE SOFÍA

CUERPO DIRECTIVO

Directora

Carolina Cabezas Cáceres

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Laura Sánchez Menchero

Instituto Griselda Álvarez A. C., México

Subdirectores

Eugenio Bustos Ruz

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Alex Véliz Burgos

Universidad de Los Lagos, Chile

Editor

Juan Guillermo Estay Sepúlveda

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Cuerpo Asistente

Traductora: Inglés

Pauline Corthorn Escudero

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Traductora: Portugués

Elaine Cristina Pereira Menegón

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Portada

Felipe Maximiliano Estay Guerrero

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Asesoría Ciencia Aplicada y Tecnológica:

Editoril Cuadernos de Sofía

Santiago – Chile

Revista Ciencias de la Documentación

Representante Legal

Juan Guillermo Estay Sepúlveda Editorial

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Kátia Bethânia Melo de Souza

Universidade de Brasília – UNB, Brasil

Dr. Carlos Blaya Perez

Universidade Federal de Santa María, Brasil

Lic. Oscar Christian Escamilla Porras

Universidad Nacional Autónoma de México,
México

Ph. D. France Bouthillier

MgGill University, Canadá

Dr. Miguel Delgado Álvarez

Instituto Griselda Álvarez A. C., México

Dr. Juan Escobedo Romero

Universidad Autónoma de San Luis de
Potosi, México

Dr. Jorge Espino Sánchez

Escuela Nacional de Archiveros, Perú

Dr. José Manuel González Freire

Universidad de Colima, México

Dra. Patricia Hernández Salazar

Universidad Nacional Autónoma de México,
México

Dra. Trudy Huskamp Peterson

Certified Archivist Washington D. C., Estados
Unidos

Dr. Luis Fernando Jaén García

Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Dra. Elmira Luzia Melo Soares Simeão

Universidade de Brasília, Brasil

Lic. Beatriz Montoya Valenzuela

Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú

Mg. Liliana Patiño

Archiveros Red Social, Argentina

Dr. André Porto Ancona Lopez

Universidade de Brasília, Brasil

Dra. Glaucia Vieira Ramos Konrad

Universidad Federal de Santa María, Brasil

Dra. Perla Olivia Rodríguez Reséndiz
Universidad Nacional Autónoma de México,
México

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Dr. Héctor Guillermo Alfaro López
Universidad Nacional Autónoma de México,
México

Ph. D. Juan R. Coca
Universidad de Valladolid, España

Dr. Martino Contu
Università Degli Studi di Sassari, Italia

Dr. José Ramón Cruz Mundet
Universidad Carlos III, España

Dr. Carlos Tulio Da Silva Medeiros
Instituto Federal Sul-rio-grandense, Brasil

Dr. Andrés Di Masso Tarditti
Universidad de Barcelona, España

Dra. Luciana Duranti
University of British Columbia, Canadá

Dr. Allen Foster
University of Aberystwyth, Reino Unido

Dra. Manuela Garau
Universidad de Cagliari, Italia

Dra. Marcia H. T. de Figueredo Lima
Universidad Federal Fluminense, Brasil

Dra. Rosana López Carreño
Universidad de Murcia, España

Dr. José López Yepes
Universidad Complutense de Madrid, España

Dr. Miguel Angel Márdero Arellano
Instituto Brasileiro de Informação em Ciência
e Tecnologia, Brasil

Lic. María Auxiliadora Martín Gallardo
Fundación Cs. de la Documentación, España

Dra. María del Carmen Mastropiero
Archivos Privados Organizados, Argentina

Dr. Andrea Mutolo
Universidad Autónoma de la Ciudad de
México, México

Mg. Luis Oporto Ordoñez
Director Biblioteca Nacional y Archivo
Histórico de la Asamblea Legislativa
Plurinacional de Bolivia, Bolivia
Universidad San Andrés, Bolivia

Dr. Alejandro Parada
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Gloria Ponjuán Dante
Universidad de La Habana, Cuba

Dra. Luz Marina Quiroga
University of Hawaii, Estados Unidos

Dr. Miguel Ángel Rendón Rojas
Universidad Nacional Autónoma de México,
México

Dr. Gino Ríos Patio
Universidad San Martín de Porres, Perú

Dra. Fernanda Ribeiro
Universidade do Porto, Portugal

**Dr. Carlos Manuel Rodríguez
Arrechavaleta**
Universidad Iberoamericana Ciudad de México, México

Mg. Arnaldo Rodríguez Espinoza
Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica

Dra. Vivian Romeu
Universidad Iberoamericana Ciudad de México, México

Mg. Julio Santillán Aldana
Universidade de Brasília, Brasil

Dra. Anna Szlejcher
Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Dra. Ludmila Tikhnova
Russian State Library, Federación Rusa



CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL

Indización

Revista Ciencias de la Documentación, se encuentra indizada en:



CATÁLOGO





CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL

ISSN 0719-5753 - Volumen 4 / Número 3 / Julio – Septiembre 2018 pp. 99-109

**LA APROXIMACIÓN AL DATO EN EL CAMPO POLÍTICO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DE SALUD: DERIVAS DESDE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

**ABOUT THE APPROACH TO DATA IN THE POLITICAL FIELD OF THE HEALTH POLICY:
DERIVED FROM QUALITATIVE RESEARCH**

Dr. Claudio Merino Jara
Universidad de Los Lagos, Chile
claudio.merino@ulagos.cl

Fecha de Recepción: 10 de abril de 2018 – **Fecha de Aceptación:** 05 de mayo de 2018

Resumen

El propósito del trabajo es analizar la dimensión política en el campo de la salud y sus aproximaciones desde la investigación cualitativa. La proliferación de investigaciones cualitativas desde distintas disciplinas de las ciencias sociales y sanitarias, evidencian la valoración de estos estudios para indagar fenómenos sociales considerando las características sociales y culturales de los procesos de salud, enfermedad y atención. Consideramos relevante debatir sobre el carácter situado de las investigaciones cualitativas, sin descuidar la dimensión política del ejercicio académico-colaborativo, evitando de esta forma los estudios orientados sólo a la dimensión cultural de carácter romántico-comprensivo, excluyendo los procesos políticos, económico-productivos del territorio. Este artículo aporta al debate en esa dirección.

Palabras Claves

Política de salud – Salud pública – Campo político – Investigación cualitativa

Abstract

The purpose of this work is to analyze the political dimension in the field of health and its approaches from qualitative research. The proliferation of qualitative research from different disciplines of the social and health sciences, evidence the value of these studies to inquire social phenomena considering the social and cultural characteristics of the health, disease and care processes. We consider to be relevant to discuss over the nature of qualitative research, without neglecting the political dimension of the academic-collaborative exercise, thus avoiding studies oriented only to the cultural dimension of a romantic-understandable nature, excluding the political, economic-productive processes of the territory. This article contributes to the debate in that direction.

Keywords

Health policy – Public health – Political field – Qualitative research

Introducción

Desde el llamado giro lingüístico de las ciencias sociales, los diseños de investigación cualitativos fueron permeando distintos campos disciplinarios para abordar las historias de vida, percepciones de los sujetos, etc. que se situaban en una realidad histórico, territorial y cultural particular. En el caso de las investigaciones desarrolladas en las denominadas ciencias de la salud, el desarrollo de estudios cualitativos ha sido emergente, principalmente por el predominio de una práctica médico-hegemónica que ha dominado el quehacer en salud, ya sea, en la construcción del conocimiento, como en sus prácticas.

El desarrollo de los estudios comprensivos en el campo de la salud permitió visibilizar otros saberes sanitarios relacionados con las prácticas culturales situadas, sin embargo, con las transformaciones de la producción académica en un contexto neoliberal, un número importante de investigaciones cualitativas derivaron en la utilización de técnicas de recolección de datos cualitativos en contextos sanitarios, minimizando la complejidad relacional de los procesos salud, enfermedad, atención y cuidado.

La dimensión subjetiva de la salud de las personas abordada solo desde el ejercicio hermenéutico, sin considerar la configuración política del poder económico social productivo que interactúa en la relación salud-enfermedad, es un riesgo constante ante el ejercicio de investigaciones romántico-comprensivas. El investigador, por tanto, enfrenta constantemente el dilema político en el campo de las políticas públicas de salud.

1.- El campo político de las políticas públicas de salud

Una aproximación rápida de los fenómenos relacionados al cuidado de salud puede facilitar la interpretación errónea que la intervención de la población es aséptica y apolítica. Sin embargo, al interactuar críticamente en el campo se evidencia el conjunto de fuerzas en constante tensión, escenario donde confluyen una serie de actores que disponen de capitales que son desplegados según sus necesidades en un determinado campo.

La producción de los actos de salud, los actores del territorio donde se realiza el ejercicio sanitario y las distintas organizaciones de trabajadores que prestan servicios de salud, constituyen fuerzas en pugna, no necesariamente en sintonía para lograr el beneficio de la calidad de vida de los usuarios. Esto depende del sistema económico productivo que opera en el territorio, los niveles de democracia del sistema político local, las posibilidades de desarrollo armónico con la vida humana-no humana y la coherencia de las prácticas institucionales orientadas a la seguridad social; aquello obliga a la participación de organizaciones sociales para ejercer control social y soberanía sanitaria. Como señala Merhy, Feuerwerker y Burg¹ el ejercicio sanitario está constituido por múltiples fuerzas que dependen de la capacidad de agencia y de intereses de los actores en juego, lo cual genera altos grados de incertidumbre respecto de la integración de los lineamientos institucionales en lo cotidiano de las acciones en salud, de igual forma, favorece grados de autonomía para desarrollar acciones de acuerdo colectivo, con énfasis en los procesos territoriales con los actores locales/usuarios de las políticas de salud.

¹ E. Merhy; L. Feuerwerker y R. Burg, Educación permanente en salud: Una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. Salud Colectiva, (2) (2006), 147-160.

El terreno de las organizaciones de salud, por ser un espacio de intervención de diferentes actores con capacidad de autogobierno, que disputan la orientación del cotidiano con las normas y reglas instituidas, está siempre bajo tensión por la polaridad entre autonomía y control. Este también es un espacio de posibilidades para la construcción de estrategias que lleven a los trabajadores a utilizar su espacio privado de acción en favor del interés público, esto es, de los usuarios.²

Los márgenes de posibilidad para lograr acciones sanitarias coherentes con los procesos locales, respetando la identidad territorial y situando las acciones de salud en armonía con el desarrollo de la vida, puede sufrir inconvenientes, cuando el desarrollo político de algunos actores privilegia el desarrollo de capitales que no benefician directa o indirectamente a la comunidad y sus territorios. En el campo de la salud, como señala Spinelli³ las desigualdades y exclusiones se pueden manifestar al interior del propio campo cuando los actores en juego privilegian su propio beneficio de capitales. En el caso de las instituciones de salud, esto queda evidenciado en prestaciones de alta rentabilidad, segregación de un sistema de salud público-privado, inviabilidad de prestaciones universales debido a su costo y la instalación de un sistema sanitario que diferencia la atención de salud según capacidad de pago del consumidor. Esto configura determinadas estructuras que, a su vez son estructurantes de ciertas prácticas que inciden en el cuidado de la vida, conformando dimensiones normadas respecto de las identidades y mecanismos de subordinación, procedimientos, roles, funciones y formas definidas de interacción en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado.

Estos núcleos que interactúan en el campo sanitario⁴ demarcarían ciertas identidades y áreas de saber de una disciplina materializadas en acciones de salud. Coherente con un sistema de disposiciones⁵ asociados a prácticas sociales y competencias, que los distintos actores despliegan para apropiarse de los capitales en juego en un campo u otro; aquello facilita una apropiación y una distribución desigual de los distintos capitales, afectando la capacidad de agencia de los sujetos que, en el caso de los problemas sanitarios, es agravado por las asimetrías de información, los márgenes de libertad de una persona enferma y la capacidad de elección de prestadores sanitarios en un contexto neoliberal.

En estas dinámicas, los sectores de bajos ingresos y/o sin cobertura de la seguridad social quedan a cargo del Estado (nacional, provincial y/o municipal), ya sea a través de los hospitales o del primer nivel de atención, que la mayoría de las veces solo pueden otorgar una medicina para pobres que se oculta bajo la "progresista" denominación de "Atención Primaria de la Salud" cuando no pocas veces en realidad se trata de una "Atención Primitiva de la Salud".⁶

Estas prácticas sanitarias del cuidado de la vida, reproducen ciertas estructuras configuradas por el poder simbólico que se ejerce en el campo, este poder no es aplicado simplemente como algo abstracto que se devela a nivel de imaginarios o en los discursos

² E. Merhy; L. Feuerwerker y R. Burg, Educación permanente en salud... 152.

³ H. Spinelli, Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6, (3), (2010) 275-293.

⁴ G. Sousa, Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5, (2) (2000) 219-230.

⁵ P. Bourdieu, *La distinción: criterios y bases sociales del gusto* (Buenos Aires: Taurus, 1998).

⁶ H. Spinelli, Las dimensiones del campo de la salud en Argentina... 276.

de los sujetos, más bien tiene una dimensión concreta que determina lógicas de subordinación, *“esto significa que el poder simbólico no reside en los “sistemas simbólicos” bajo la forma de un “illocutionary force”⁷ sino que se define en y por una relación determinada entre quienes ejercen el poder y quienes lo sufren, es decir, en la estructura misma del campo*⁸. En el caso de la práctica sanitaria institucional, el modelo de atención está orientado a la persona como ser biológico, reproduciendo un saber centrado en un sistema hospitalario orientado a la patología. Esto aplica independiente del nivel de integralidad de la intervención, pues en última instancia se interviene sobre el sujeto; aspectos contextuales como las determinantes sociales, enfoques de género o interculturales, se subordinan como criterios paramédicos, principalmente al ser inmunizados por el modelo médico hegemónico, desvalorizando otras categorías que explican los procesos de salud, enfermedad, intervención desde otros campos, cuyos capitales culturales no son valorados como científicos desde el canon biomédico.

En Chile, la discusión técnica se ha centrado en la opción por enfoques de atención de salud biomédico versus psicosocial, debate delimitado por una discusión técnico-académica que no logra permear la dimensión política del campo de la salud más allá de los muros institucionales, por ejemplo, no se observa con relativa frecuencia denuncias de actores de salud en materia de vulneración y violación de derechos humanos al constatar la presencia de externalidades negativas relacionadas con un modelo productivo (...), entre otras cosas por el fuerte carácter técnico de las disciplinas de salud, hecho que deriva finalmente en la intervención de la patología de forma individual independiente de la mediación de un modelo psicosocial o biomédico.⁹

Al decir de Sousa¹⁰ los procesos de producción de salud deben superar la pretensión de trascendencia y autosuficiencia fundados en las ciencias sociales o en la epidemiología clásica para abarcar una diversificación de distintos saberes. Cuestión que Almeida¹¹ aborda desde la epidemiología de la salud colectiva sustentando la crítica de la noción de límite y de la objetividad como categoría epistemológica del saber y práctica sanitaria, centrando el proceso sanitario en la “borrosidad” es decir los límites difusos entre observador-interventor y sujeto-objeto de estudio. “Esta modalidad de borrosidad será ciertamente la cuestión fundamental de los límites de la percepción humana, como producto de correlaciones senso-efectoras de un organismo referido como observador enredado en espacios perceptuales compartidos con los objetos observados”¹². Condición necesaria para eliminar el carácter técnico aséptico de la intervención disciplinaria en salud y constituir al sujeto situado en un contexto histórico, cultural y social, en el cual, las producciones de salud y el conocimiento derivado de la evidencia, no adolece de conflictos asociados al poder, despojo y desigualdades que, en última instancia provocan sufrimiento ambiental¹³ y daño en el bienestar. Aspecto no menor debido a que la Organización Mundial de la Salud señala que aproximadamente el 25% de las

⁷ Comillas en texto original.

⁸ P. Bourdieu, Poder, derecho y clases sociales (Bilbao: Desclée de Brouwer, 2001), 98.

⁹ C. Merino; C. Fernández-Silva y C. López-Andrade, Una aproximación crítica a la promoción institucional de salud: reflexiones desde la salud colectiva. Inclusiones. 5 (Nº Especial), (2018) 84.

¹⁰ G. Sousa, Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes...

¹¹ N. Almeida, Complejidad y transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones. Salud Colectiva. 2, (2) (2006) 123-146.

¹² N. Almeida, Complejidad y transdisciplinariedad en el Campo de la Salud... 132.

¹³ J. Auyero y D. Swistun, Inflamable: Estudio del sufrimiento ambiental (Buenos Aires: Paidós, 2007).

enfermedades y accidentes en el mundo están asociados a problemas ambientales derivados de la producción industrial¹⁴.

Como señala Breilh, el acercamiento a los problemas de salud no debe estar sustentado únicamente desde el quehacer reflexivo científico o en la causalidad lineal de la salud basada en la evidencia, cuya aproximación empírica queda atada a las consecuencias de un fenómeno observable, por el contrario, se *“deben integrar todas las relaciones de la determinación de una manera que permitan interpretar la génesis de dichos efectos observables”*¹⁵. En este sentido la dimensión política en el campo de la salud debe procurar incluir otras voces, saberes delegados a la condición de subalternidad por la producción de conocimiento organizacional que, a juicio de Ibacache y Leighton¹⁶ subvalora el conocimiento y capacidad de organización de las comunidades para enfrentar sus problemas, derivando en investigaciones o programas paternalistas con tendencia hacia la asimilación, integración y extracción de saberes.

La aproximación al dato en el campo político de las políticas públicas de salud implica despolitizar o neutralizar el modelo hospitalario centrado en el saber disciplinario en salud, incluyendo otras voces y prácticas sanitarias, evitando la patriarcalización del saber¹⁷ e involucrando en el debate aspectos relativos al ejercicio del poder, problemas sanitarios por degradación ambiental, orden democrático territorial, relación simétrica entre instituciones y comunidad, entre otros. Procurando al interior de las instituciones de salud *“una desbiologización del campo conceptual de la medicina preventiva, instaurando un proceso en el cual se redistribuye y se redefinen los poderes en diferentes profesiones al interior del área salud en la medida de incluir una práctica multifacética donde se encuentra incluida la práctica política”*.¹⁸

2.- La aproximación al dato desde la investigación cualitativa

Los investigadores creen que tienen el monopolio de la producción de conocimientos y desconocen el papel cognitivo de la lucha social. Ante esta pretensión, un recordatorio: la lucha por la tierra o contra el caciquismo, las marchas, la calle, la cárcel, el sufrimiento de la finca, las huelgas, el monte, las barricadas de todas las revoluciones, las asambleas populares, etcétera, ¿acaso no fueron aproximaciones cognitivas y/o laboratorios conceptuales para la resolución de conflictos y la transformación social? Esta práctica es la que debe saber “leer” el científico social para comprenderla a tiempo –en cuanto se presenta– e interpretarla para sacar conclusiones –las que, en sus ejemplos históricos, son patrimonio intelectual de las ciencias sociales.¹⁹

¹⁴ A. Ugalde, América Latina: La acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Salud Colectiva*. 3, (1) (2007) 33-48.

¹⁵ J. Breilh, La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1) (2010), 89

¹⁶ J. Ibacache y A. Leighton, *Salud colectiva: Un modelo de atención de salud contextualizado*. Ministerio de Salud. 2005.

¹⁷ A. Cuyul, La política de salud chilena y el pueblo mapuche: Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. *Salud Problema*. 7, (14) (2013) 21-33.

¹⁸ M. Liborio, ¿Por qué hablar de salud colectiva? *Revista Médica del Rosario*. 79, (3) (2013) 139.

¹⁹ A. Aubri, Otro modo de hacer ciencia: Miseria y rebeldía de las ciencias sociales. En B. Boronnet; M. Mora y R. Stahler, *Luchas muy otras: Zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas* (México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2011), 65.

El papel de los movimientos sociales en la adquisición de derechos en materia de seguridad social tiene larga data en la historia de la salud. El desarrollo del movimiento obrero en contra de las injusticias derivadas de la producción industrial permitió que un grupo significativo de profesionales de la salud vinculara las ciencias sociales con las ciencias de la salud para conceptualizar procesos como la medicina social, problematizando las externalidades negativas de un modelo centrado en el hombre maquina, engranaje que debía ser mantenido para fortalecer la producción industrial, lo cual, favoreció distintos estadios de seguridad social en la relación al Estado-Mercado-Pueblo²⁰. Estos movimientos, resguardando las singularidades territoriales constituyeron un proceso de acción que permitió conformar un cúmulo de saberes materializado en distintas tácticas de lucha puestas en movimiento para consagrar demandas significativas en beneficio del bienestar de la población, mejorando sistemas democráticos, de seguridad social, entre otros. Este patrimonio intelectual sociocultural ha sido integrado por las ciencias sociales tratando de explicar y comprender los fenómenos que ocurren en nuestra sociedad, derivando en un abanico de posibilidades metodológicas para comprender-explicar realidades complejas.

No obstante, la proliferación de estudios en contextos de la neoliberalización académica, a doblegado la realidad a las metodologías de corte extractivista, centradas en procesos superficiales de los fenómenos, invisibilizando el patrimonio cognitivo de las comunidades, así como sus capitales simbólicos y culturales de lucha y resistencia. En el caso de las investigaciones de corte cualitativo, este proceso ha derivado en investigaciones de naturaleza hermenéutica que se ha centrado en la interpretación de los procesos sociales, focalizando el análisis en la comprensión del sujeto a nivel de percepciones e imaginarios, restando fuerza a la configuración histórica, política y económica de los fenómenos sanitarios. Menéndez, señala que este proceso se ha desarrollado con mayor fuerza desde la antropología médica, debido a la proliferación de revistas especializadas, el sistema de financiamiento y las posibilidades laborales de los investigadores, connotando todo un quehacer científico sustentado en “antropologías rápidas” cuyo desarrollo teórico-metodológico se ha subordinado al modelo médico hegemónico²¹.

A proposta de “etnografias rápidas” implica despojar o trabalho antropológico não só de seu marco referencial holístico, como de sua profundidade. Esta forma de trabalho leva a que aconteça o que já se produziu, por exemplo, com respeito ao conceito estilo de vida; quer dizer a erodir a capacidade teórico-prática dos instrumentos sócio-antropológicos. Estas modificações se ajustam às concepções de Atenção Médica Primária e, em certa medida, de Atenção Primária Seletiva e podem ter potencialidade operativa, porém praticamente impossibilitam obter o que constitui parte do núcleo da proposta antropológica: as significações e das práticas dos conjuntos sociais.²²

Estas investigaciones fundadas en metodologías instrumentales de las “herramientas cualitativas” se tornan especialmente peligrosas en las investigaciones de

²⁰ S. Fleury, Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina (Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994).

²¹ Un ejemplo de manuales de Antropologías rápidas se puede observar en P- Laín, Antropología médica para clínicos (Barcelona: Salvat, 1995).

²² E. Menéndez, Antropología médica e epidemiologia: Processo de convergencia ou processo de medicalização? En Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras (Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998), 86.

Atención Primaria de Salud (APS), debido a problemas de interfaces en su implementación operativa y su diseño como estrategia sanitaria. Por ejemplo, a nivel de estrategia, la APS promueve la participación de las comunidades a través de la incorporación de los equipos de trabajos en los territorios, minimizando intervenciones de carácter biomédico por aquellas de índole psicosocial, etc, sin embargo, la puesta en marcha del modelo a develado la trampa ideológica de la APS, relativa a la desinversión de la salud, operando un modelo de Atención primaria selectivo²³ que reproduce la lógica hospitalaria centrado en programas de intervención asimétricos, externalizando la naturaleza universal del derecho a salud y fortaleciendo el programa neoliberal sanitario: Estado subsidiario, descentralización de capitales y externalización de costos en los sujetos²⁴.

Investigaciones cualitativas que releven el sistema de salud en coherencia con los procesos de democratización social, resguardo de los actos de producción de salud territorial y la capacidad de agencia de los actores sanitarios. Necesariamente deben considerar los itinerarios terapéuticos de los sujetos y las estrategias que utilizan para fortalecer su salud y bienestar: mecanismos de resistencia, adecuaciones, negociaciones entre sus saberes tradicionales y los sistemas de salud institucional. Como señala Menéndez:

Si el sector salud quiere conocer y/o implementar el sistema de atención real que utilizan los sujetos y conjuntos sociales, debería identificar, describir y analizar las diferentes formas y saberes que los sujetos y conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padeceres reales o imaginarios que reconocen como afectando su salud. Por supuesto que esto no supone que reduzcamos la identificación de los padeceres ni de las formas y saberes sólo a los que reconocen los sujetos y conjuntos sociales, sino que éste es el punto de partida para establecer la existencia de los diferentes saberes y formas de atención que los grupos no sólo reconocen sino que, sobre todo, utilizan.²⁵

Una aproximación al dato cualitativo considerando los procesos histórico-político-sociales de la producción de los actos de salud, puede cruzar distintas instancias metodológicas de carácter multi-técnico, intentando de esta forma comprender situadamente el complejo fenómeno sanitario. En esta línea el análisis del discurso considera los sustratos históricos que permiten situar los fenómenos de salud en un contexto global, buscando la comprensión de las distintas expresiones, interacciones e

²³ M. Cueto, *Saúde global: Uma breve história*. [Kindle] (Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015).

²⁴ R. Huertas, *Neoliberalismo y políticas de salud* (España: El viejo topo, 1998); M. Cueto, *The origins of primary health care and selective primary health care*. *American Journal of Public Health*. Vol. 94, (11), (2004) 1864-1874; R. Mattos, *As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: Um panorama geral da oferta de idéias*. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol.6, (2) (2001), 377-389; F. Salinas y C. Tetelboin, *Las condiciones de la política social en América Latina*. *Papeles de población*, Vol. 11, (44) (2005), 83-108; P. Villasana, *De Alma Ata a Barrio Adentro: Una aproximación al sentido histórico de las metamorfosis del discurso de la participación en salud en Venezuela*. En J. Lévy y M. Malo, *De la participación en salud a la construcción del poder popular: Experiencias para el debate* (Maracay: IAES, 2010); C. Tetelboin, *Tendencias y contratendencias en el sistema de salud de Chile en el marco de la situación regional*. En A. Costa, Et al. *Por el derecho universal a la salud* (Buenos Aires: CLACSO, 2015) y C. Merino, C. *Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria neoliberal en Chile. 1960-1998* (Osorno: Editorial Universidad de Los Lagos, 2016).

²⁵ E. Menéndez, *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* (Buenos Aires: Lugar Editorial, 2015), 19.

instancias del ejercicio del poder que intervienen en la configuración y emergencia de prácticas discursivas relacionadas con el campo de la salud²⁶. De igual forma, consideramos relevante el desarrollo teórico-metodológico de la epidemiología sociocultural que considera que las condiciones de salud no se relacionan exclusivamente con la calidad y oferta de servicios sanitarios institucionales, públicos privados, más bien, tienen correlato directo con aspectos sociales, culturales, económicos y políticos existentes en un territorio. Los sistemas de salud forman parte de procesos de mayor envergadura que finalmente determinan la salud y la enfermedad²⁷.

En este sentido la epidemiología sociocultural, considera al sujeto con capacidad de desplegar recursos y conocimientos para enfrentar problemas de salud, según sus itinerarios terapéuticos²⁸, es decir, en coherencia a la dinámica y puesta en obra de recursos económicos, sociales y culturales que son utilizados según los distintos niveles de complejidad que inciden en la calidad de vida de las personas. 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. Desde la epidemiología sociocultural, los procesos sanitarios no son interpelados para indagar la prevalencia e incidencia de enfermedades, sino más bien a la problematización de las especificidades que favorecen diferenciales epidemiológicos entre territorios, saturando las miradas objetivistas interdisciplinarias²⁹ para indagar aquellos márgenes y fronteras difusas integradas por factores culturales, sociales, económicos y ambientales contextualizados a los distintos sustratos de salud y bienestar existentes en un territorio

Conclusiones

Las investigaciones cualitativas orientadas al análisis de los procesos de producción de salud requieren cada vez con mayor necesidad, complejizar las categorías analíticas desde dimensiones externas al campo de la salud. Si bien es necesario, incorporar las percepciones, vivencias e imaginarios de los actores sociales, la integralidad de la investigación requiere sumar el carácter multidimensional estructural de los problemas de salud.

La fuerza de los estudios comprensivo-contemplativos, constituyen una primera etapa exploratoria, a la luz, de la constante intervención política-económica que vivencia el sector desde organismos internacionales y nacionales. El proceso gradual de desinversión del sistema sanitario nacional ha provocado el retorno de enfermedades que se consideraban erradicadas, no obstante, la pérdida de derechos sociales por la avanzada neoliberal ha provocado una pauperización de la calidad de vida de un segmento importante de la población global. Aspecto que ha quedado invisibilizado a raíz de enfoques epidemiológicos tradicionales que se sustentan en la transición epidemiológica. Último factor que ha provocado una serie de cuestionamientos a la estrategia de intervención en salud de atención primaria, debido a la transnacionalización

²⁶ M. Foucault, *La arqueología del saber* (México: Siglo XXI, 2010) y M. Foucault, *El orden del discurso* (Barcelona: Tusquets, 2012).

²⁷ R. Castro, *Teoría social y salud* (Buenos Aires: Lugar editorial, 2011).

²⁸ T. Engel, *Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade*. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 22, (11) (2006) 2449-2463.

²⁹ P. Hersch-Martínez, *Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria*. *Salud Pública de México*. Vol.55, (5),(2013) 512-518.

de los problemas sanitarios por organismos como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial del Comercio, entre otros.

La investigación cualitativa militante, constituye una alternativa para abordar desde las prácticas discursivas de los actores sociales las condiciones de emergencia de los procesos salud, enfermedad, atención y cuidado. Cuestionando el quehacer epidemiológico tradicional para abordar otras derivas metodológicas como la epidemiología sociocultural y crítica, cuyo marco teórico-metodológico permite evidenciar desde enfoques más profundos que las determinantes sociales las condiciones de vida de comunidades que habitan ambientes degradados en contextos de pobreza, marginalidad y exclusión.

Bibliografía

Almeida, N. Complejidad y transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*. 2, (2) (2006) 123-146.

Aubri, A. Otro modo de hacer ciencia: Miseria y rebeldía de las ciencias sociales. En Boronnet, B.; Mora, M. y Stahler, R. *Luchas muy otras: Zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. 2011.

Auyero, J. y Swistun, D. *Inflamable: Estudio del sufrimiento ambiental*. Buenos Aires: Paidós. 2007

Bourdieu, P. *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*. Buenos Aires: Taurus. 1998.

Bourdieu, P. *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer. 2001.

Breilh, J. La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1) (2010), 83-101.

Castro, R. *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar editorial. 2011.

Cueto, M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*. Vol. 94, (11),(2004) 1864-1874.

Cueto, M. *Saúde global: Uma breve história*. [Kindle]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2015.

Cuyul, A. La política de salud chilena y el pueblo mapuche: Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. *Salud Problema*. 7, (14) (2013) 21-33.

Engel, T. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 22, (11) (2006) 2449-2463.

Fleury, S. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Río de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 1994.

Foucault, M. *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI. 2010.

Foucault, M. El orden del discurso. Barcelona: Tusquets. 2012.

Hersch-Martínez, P. Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. Salud Pública de México. Vol.55, (5),(2013) 512-518.

Huertas, R. Neoliberalismo y políticas de salud. España: El viejo topo. 1998.

Ibacache, J. y Leighton, A. Salud colectiva: Un modelo de atención de salud contextualizado. Ministerio de Salud. 2005.

Laín, P. Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat. 1985.

Liborio, M. ¿Por qué hablar de salud colectiva? Revista Médica del Rosario. 79, (3 (2013) 136-141.

Mattos, R. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: Um panorama geral da oferta de idéias. Ciência & Saúde Coletiva. Vol.6, (2) (2001), 377-389.

Menéndez, E. Antropología médica e epidemiologia: Processo de convergencia ou processo de medicalização? En Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1998.

Menéndez, E. De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2015.

Merino, C. Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria neoliberal en Chile. 1960-1998. Osorno: Editorial Universidad de Los Lagos. 2016.

Merhy, E.; Feuerwerker, L. y Burg, R. Educación permanente en salud: Una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. Salud Colectiva, (2) (2006), 147-160.

Merino, C.; Fernández-Silva, C. y López-Andrade, C. Una aproximación crítica a la promoción institucional de salud: reflexiones desde la salud colectiva. Inclusiones. 5 (Nº Especial),(2018) 78-88.

Salinas, F. y Tetelboin, C. Las condiciones de la política social en América Latina. Papeles de población, Vol. 11, (44) (2005), 83-108.

Sousa, G. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva. 5, (2) (2000) 219-230.

Spinelli, H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva, 6, (3), (2010) 275-293.

Tetelboin, C. Tendencias y contratendencias en el sistema de salud de Chile en el marco de la situación regional. En Costa, A. Et al. Por el derecho universal a la salud. Buenos Aires: CLACSO. 2015.

La aproximación al dato en el campo político de las políticas públicas de salud: derivas desde la investigación cualitativa pág. 109

Ugalde, A. América Latina: La acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. Salud Colectiva. 3, (1) (2007) 33-48.

Villasana, P. De Alma Ata a Barrio Adentro: Una aproximación al sentido histórico de las metamorfosis del discurso de la participación en salud en Venezuela. En Lévy, J; Malo, M. De la participación en salud a la construcción del poder popular: Experiencias para el debate. Maracay: IAES. 2010.

Para Citar este Artículo:

Merino Jara, Claudio. La aproximación al dato en el campo político de las políticas públicas de salud: derivas desde la investigación cualitativa. Rev. Cs. Doc. Vol. 4. Num. 3. Julio- Septiembre 2018, ISSN 0719-5753, pp. 99-109.

CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL



Revista
CD
Ciencias de la
Documentación

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Ciencias de la Documentación**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Ciencias de la Documentación**.